

# De la psicosis a la esquizofrenia. Genealogía de un concepto y su impacto en la actualidad

Ignacio Barreira Alsina<sup>1</sup>

Recibido: 31 de diciembre de 2018  
Versión Revisada: 2 de julio de 2019  
Aceptado: 10 de septiembre de 2019

---

**Resumen.** El presente artículo realiza una breve exploración sobre la genealogía histórico-conceptual de la “esquizofrenia” en tanto categoría propia de la psiquiatría. Se remite la noción de esquizofrenia a sus predecesoras, la “psicosis” y la “demencia precoz”, haciendo especial hincapié en la primera. Se analiza cómo el avance de la psiquiatría del siglo XIX y el afán de sus expertos por establecer un campo preciso en relación a las nosologías y nosografías en materia salud mental, estableció sucesivos intentos por medio de estos términos por aportar claridad en la definición de su campo. El desentrañamiento de este recorrido echa luz sobre los problemas en la articulación de la esquizofrenia como categoría nosológica. Se establece una sintética revisión histórica sobre cómo la noción de psicosis fue desarrollándose también en el psicoanálisis que desde la figura de Freud contribuyó activamente al debate. Se revisa cómo estas cuestiones impactan en la actualidad en la clasificación DSM generando un *impasse* en el campo de investigación de la esquizofrenia. Finalmente, se presentan una serie de conclusiones que apuntan a jerarquizar los aspectos epistemológicos en la consideración de la esquizofrenia como aporte al debate vigente.

**Palabras clave:** Esquizofrenia – Psicosis – Demencia precoz – DSM – Psiquiatría – Psicoanálisis – Salud Mental.

**Title:** From the psychosis to schizophrenia. Genealogy of a concept and its impact in the present

**Abstract.** This article makes a brief exploration about the conceptual and historical genealogy of “schizophrenia” as a category of psychiatry. The notion of schizophrenia is referred to its predecessors, “psychosis” and “premature dementia”. We do special emphasis on the first one. It is analyzed how the advance of the nineteenth century psychiatry and the eagerness of its experts to establish a precise field in relation to nosology and nosography in mental health, established successive attempts through these terms to provide clarity in the definition of this field. The unraveling of this journey made light on the problems in the articulation of schizophrenia as a nosological category. A synthetic historical review is established on how the notion of psychosis was also developed in psychoanalysis, which from the figure of Freud actively contributed to the debate. We review how this issue currently impacts the DSM classification generating an *impasse* in the research field of schizophrenia. Finally, a series of conclusions are

---

<sup>1</sup> Universidad del Salvador

✉ [ibarreira@yahoo.com](mailto:ibarreira@yahoo.com)

Barreira Alsina, Ignacio (2019). De la psicosis a la esquizofrenia. Genealogía de un concepto y su impacto en la actualidad. *Epistemología e Historia de la Ciencia*, 4(1), 5-32. ISSN: 2525-1198 (<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/afjor/index>)



presented that aim to rank the epistemological aspects in the consideration of schizophrenia as a contribution to the current debate.

**Keywords:** Schizophrenia – Psychosis – Premature Dementia – DSM – Psychiatry – Psychoanalysis – Mental Health.

---

## 1. Introducción

La discusión sobre el estatuto conceptual de la esquizofrenia constituye un debate vivo. Las polémicas que históricamente se han dado en torno a esta categoría clínica no han encontrado aún un cauce de conciliación. Luego de un siglo siguen vigentes los siguientes interrogantes: ¿Es la esquizofrenia una enfermedad mental? ¿De qué tipo de desorden psiquiátrico se trata? ¿Basta con decir que es una forma de ser en el mundo? Podemos ajustar las preguntas anteriores a una más radical: ¿Qué es la esquizofrenia: un concepto, una entidad clínica, ambas a la vez u otra cosa? Estas preguntas resaltan diversos aspectos de la esquizofrenia que intentan asirla en tanto fenómeno aunque ninguno *per se* ha llegado a dar una respuesta que conformara a los expertos.

Recientemente Abínzano (2018) presentó una discusión sobre el concepto de esquizofrenia sobre la base del estudio de las neuroimágenes. Allí historizó sucintamente posiciones de los clásicos de la psiquiatría y del psicoanálisis para intentar articular un concepto superador. Sin embargo, este autor acabó por concluir que existe una significativa falta de consenso entre los expertos sobre la clínica y conceptualización de la esquizofrenia (Abínzano, 2018, p. 13), motivo por el cual sus conclusiones terminan exponiendo las dificultades que justifican la imposibilidad en presentar un concepto de la esquizofrenia, duda ratificada por diferentes expertos e historiadores de la psiquiatría que se han preguntado por la legitimidad de la esquizofrenia como categoría psicopatológica, mucho más como concepto (Zilboorg y Henry, 1945; Cáceres, 1947; Ban y Ucha Udabe 1995; Ey, Bernard y Brisset, 1996; Garrabé, 1996; Baca Baldomero, 2007; Lindenmayer y Khan, 2008; Gabbard, 2009; Derito y Monchablón Espinoza, 2011; Silva Ibarra, 2014; Lieberman, 2015; Donnoli y Moroni, 2015). Por contrapartida, la posibilidad de considerar su sustitución, prescindencia o descarte, resulta impensable en el corto y mediano plazo. Es por esto que tantos especialistas y expertos se han dedicado al estudio de la esquizofrenia, y continúan haciéndolo en la actualidad.

En el presente trabajo realizaremos un recorrido sintético sobre el estatuto conceptual de la esquizofrenia en sus orígenes recurriendo a la noción de psicosis como antecedente necesario. Se planteará cómo la esquizofrenia y la noción de psicosis en psiquiatría se han desarrollado históricamente de manera correlativa, cuestión vigente en la actualidad. Por otra parte, realizaremos un breve recorrido por la obra de Freud para entender cómo este ha aportado a la noción bleuleriana de esquizofrenia, y cómo esta situación resultó significativa para una lamentable divisoria de aguas entre la psiquiatría y el psicoanálisis de aquella época.

## 2. La esquizofrenia dentro del campo de las psicosis

Históricamente se ha planteado el vínculo entre los términos psicosis y esquizofrenia como una relación de género a especie: la esquizofrenia es un cuadro psiquiátrico “específico” dentro del campo “générico” de las psicosis. Un claro ejemplo podemos advertirlo en el *Tratado de Psiquiatría* de Henry Ey (1996), donde se define a la esquizofrenia como una psicosis delirante crónica con evolución deficitaria, a diferencia de las psicosis delirantes crónicas sin evolución deficitaria: paranoia, psicosis delirantes alucinatorias y parafrenias (Ey, Bernard y Brisset, 1996). No obstante, antes de comenzar a caracterizar al cuadro clínico, se nos presenta aquí un primer obstáculo: definir qué es una psicosis. Lo problemático de esta tarea consiste en aceptar, muy a nuestro pesar, que así como no existe un consenso sobre lo que es la esquizofrenia, tampoco existe una referencia única en torno a la psicosis o sobre lo psicótico, dado que este término se encuentra profusamente disperso y utilizado de diversas maneras a lo largo de las diferentes clasificaciones vigentes (Baca Baldomero, 2007). Vale retroceder en el tiempo y comprender cómo la aparición del término “psicosis” en un contexto histórico dado, le imprimió su sentido original.

...el término psicosis fue utilizado por primera vez en 1845 por un representante de la escuela romántica, Ernst Freiherr Von Feuchtersleben (1806-1849), decano de la Facultad de Medicina de Viena, en su *Lehrbuch del ärztlichen Seelenkunde* para designar las manifestaciones de la enfermedad mental (*Seelekrankheit*), en tanto que el término neurosis designaba las alteraciones del sistema nervioso central que pueden, en ciertos casos, provocar estas manifestaciones (Garrabé, 1996, p. 33).

Mientras que para este autor los trastornos neuropsiquiátricos eran referidos a la categoría “neurosis”, los trastornos psiquiátricos lo eran para la categoría “psicosis” (Ban y Ucha Udabe, 1995). En la neurosis, la presencia del prefijo “neuro-” resultaba indicativo de la relevancia material del fenómeno; mientras que lo alusivo a lo psíquico en las psicosis (“psico-”), marcaba la diferencia de concepción y dominio. Esta noción de psicosis en aquel momento ya resultaba sinónimo de enfermedad mental, concepción similar a la que puede encontrarse en autores contemporáneos tales como Krafft-Ebing (Baca Baldomero, 2007).

Con Emil Kraepelin (1856-1926), la consideración de las psicosis dejó de ser entendida de manera exclusivamente sintomática. Kraepelin buscó criterios de agrupabilidad más sustanciales para las mismas. La psiquiatría debía apostarse a la configuración de entidades clínicas que pudieran ser investigadas como si se tratara de enfermedades médicas. Consecuentemente, las enfermedades psiquiátricas pasaron a concebirse como entidades morbosas, resaltándose la importancia de que estas fueran definidas por su curso y pronóstico más que por su sintomatología. El proyecto kraepeliniano consideró que las psicosis constituirían, en la medida que se fuera profundizando en su etiología (fisiopatología y anatomía patológica), el modelo a través del cual la psiquiatría lograra su rúbrica de especialidad médica (Baca Baldomero, 2007). El mejor ejemplo de esta concepción ha sido la propuesta de Kraepelin en el agrupamiento de las diferentes formas de la “demencia precoz”. Lógicamente, el efecto de esta concepción, que buscaba objetividad e iniciativa científica en relación a la

psiquiatría, acabó por impregnar de sesgo biologicista a la psiquiatría en general, y a las psicosis en particular.

Por estos motivos debe tenerse en cuenta que la concepción de lo psicótico históricamente ha marchado de manera paralela a las concepciones que la psiquiatría ha ido teniendo sobre su propio menester: aceptamos que aquello que se presenta ante el alienista es un cuadro que presenta alteraciones significativas en la vida de relación, y suponemos que debería estar operando alguna anomalía física u orgánica que sería la responsable de generar esta patología en cuestión; pese a que “algo de esto se sabe”, no es posible terminar de definir de qué se trata ese algo (Watson, 2018).

Consecuentemente, la relación de género a especie existente entre lo psicótico y la esquizofrenia siempre debe entenderse en el marco de las definiciones del campo de la salud mental, de sus vaivenes y de los paradigmas que han ido cambiando y que continúan haciéndolo de una época a otra. Tanto para la psicosis como para la esquizofrenia encontramos uno y el mismo problema: la falta de una definición consensuada que permita explicar y entender lo que pretenden definir.

La aproximación actual al fenómeno de lo “psicótico” supone un esfuerzo de integración de datos y pruebas que proceden de campos muy variados del conocimiento. En el campo general de las psicosis pueden identificarse cuatro tipos de factores que modulan la causalidad de lo psicótico: los factores de vulnerabilidad biológica, los factores de vulnerabilidad psicodinámica, los factores desencadenantes y los factores psicosociales (Ey, Bernard y Brisset, 1996; Baca Baldomero, 2007). Será en la ponderación de estos factores y en el modo en que estos se articulen cómo es que hoy en día se intenta comprender lo psicótico.

### 3. Lo psicótico en la clasificación DSM

La naturaleza problemática y compleja del término se ve reflejada en clasificaciones como la CIE-10, en la que se opta por no ofrecer definición del término pese a que se mantenga su uso (Ban y Ucha Udabe, 1995); lo mismo vale para el DSM-IV, en el cual se explicita, “...el término psicótico ha sido definido de varias formas distintas, ninguna de las cuales ha sido universalmente aceptada” (DSM-IV, 1997 [1994], p. 279). Posteriormente, se presentan una serie de definiciones que jugarán un rol importante en las diferentes figuras que se presentan en el capítulo *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*:

La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría las alucinaciones manifiestas que también son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto. Aún más amplia es la definición que incluye otros síntomas positivos de la esquizofrenia (p. ej., lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Al contrario que estas definiciones basadas en síntomas, la definición utilizada en anteriores clasificaciones (p. ej., DSM-II y CIE-9) era probablemente demasiado amplia y se centraba en la gravedad del deterioro funcional, de forma que un trastorno mental se denomina psicótico si ocasionaba un «deterioro que interfería en gran medida con la capacidad

para responder a las demandas cotidianas de la vida». Finalmente, el término se ha definido conceptualmente como una pérdida de frontera del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. Los distintos trastornos de esta sección ponen énfasis en diferentes aspectos de las varias definiciones del término psicótico (DSM-IV, 1997 [1994], p. 279).

El DSM-IV utilizará las primeras tres definiciones para agrupar las categorías diagnósticas del capítulo, mientras que las últimas dos han sido descartadas por haber sido consideradas “superadas”. En esta clasificación se privilegian las definiciones operativas de los trastornos mentales por sobre las conceptuales o funcionales tal como puede verse en la Tabla 1.

Por su parte, la clasificación americana vigente (DSM-5), en lugar de definir a las "psicosis", o a lo "psicótico", directamente se evita esta tarea, pese a que lo psicótico pasa a ser un tipo de trastorno, sea una esquizofrenia u otro trastorno psicótico. En todo caso, se inicia el capítulo *Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos* estableciendo las características que definen los trastornos psicóticos: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos (DSM-5, 2014 [2013], pp. 87-88).

Tipo de Definición		Definición	Categorías a las que aplica
Definiciones que parten de los síntomas:	Definición más restrictiva:	Incluye a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica.	Trastorno delirante y trastorno psicótico compartido ( <i>folie à deux</i> ).
	Definición algo menos restrictiva:	Incluiría las alucinaciones manifiestas que también son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto.	Trastorno psicótico debida a una enfermedad médica y trastornos psicóticos inducidos por sustancias.
	Definición más amplia:	Incluye otros síntomas positivos de la esquizofrenia, p. ej., lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico.	Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoaectivo y trastorno psicótico breve.
Definición basada en el deterioro funcional:		Al contrario que estas definiciones basadas en síntomas, la definición utilizada en anteriores clasificaciones (p. ej., DSM-II y CIE-9) era probablemente demasiado amplia y se centraba en la gravedad del deterioro funcional, de forma que un trastorno mental se denomina psicótico si ocasionaba un «deterioro que interfería en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida».	Sin categorías en el DSM-IV
Definición conceptual:		Finalmente, el término se ha definido conceptualmente como una pérdida de frontera del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad.	Sin categorías en el DSM-IV

**Tabla 1.** Definiciones de lo “psicótico” según el DSM-IV (1997 [1994])

A diferencia de su antecesor, el DSM-5 presenta una estrategia de evaluación clínica que justifica el modo en que el manual presenta las sucesivas figuras psicopatológicas. Los criterios que justifican esta presentación se fundamentan en la idea de partir en la evaluación clínica de aquellos trastornos psicóticos que presentan sintomatología menos disruptiva; en el eventual caso que los cuadros en cuestión presenten sintomatología psicótica más explícita y florida, el manual continúa avanzando hacia las figuras más características del grupo. De esta manera, se evita partir del

diagnóstico de esquizofrenia (garantizando que no constituye un punto de partida sino un punto de llegada), estableciendo un camino a recorrer, en el que otros cuadros psicopatológicos deberían ser descartados antes de considerar a la esquizofrenia como diagnóstico. Los criterios que establece el DSM-5 son los siguientes tres: 1. La consideración de afecciones, “...que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno psicótico o que se limitan a un dominio de la psicopatología” (DSM-5, 2014 [2013], pp. 88-89). 2. Afecciones limitadas en el tiempo. 3. La exclusión de otras afecciones que pueden dar lugar a la psicosis (DSM-5, 2014 [2013], pp. 88-89). Tener en cuenta esta secuencia de criterios al momento de la evaluación se basa en que el diagnóstico de trastornos mentales severos tales como la esquizofrenia o el trastorno delirante pueda ser filtrado de manera adecuada por criterios relevantes antes de llegar a la conclusión diagnóstica. No obstante, y a diferencia del DSM-IV, no aparecen definiciones contundentes de lo que se considera psicótico; en todo caso, se intenta establecer una guía de diagnóstico más adecuada.

Sin embargo, ingresar en el debate sobre lo psicótico en el DSM implica definir antes qué es un trastorno mental. En este sentido, la idea de trastorno mental engloba las cualidades antes mencionadas y justifica las clasificaciones establecidas:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente (DSM-5, 2014 [2013], p. 20).

De acuerdo con esta definición, los trastornos mentales consisten en modos de presentación de cuadros psicopatológicos que deberían ser atendidos por el psiquiatra. En el caso de los trastornos psicóticos, los mismos son agrupados en torno a las características que se encuentran más presentes en la esquizofrenia. En el DSM-5 no encontramos definiciones de "psicosis", "psicótico" o "trastorno psicótico"; en todo caso, y únicamente, se define la figura específica del *trastorno psicótico breve*.

Resulta particularmente llamativo que las características que definen a los trastornos psicóticos en general coincidan enteramente con las características del criterio A para el diagnóstico de esquizofrenia. Si bien se resalta el rol de los delirios, los mismos son valorados en el contexto de otros criterios que coinciden con los del diagnóstico de esquizofrenia; una prueba más de que lo psicótico y la esquizofrenia son términos difícilmente diferenciables.

Lo expuesto nos lleva considerar que la relación entre "psicosis" y "esquizofrenia", tal vez no debería ser entendida en términos de género a especie, pues esta relación parece más de correlatividad que de género a especie: en la medida que se entiende un término, debe entenderse al otro no de manera vertical o jerárquica, sino de manera horizontal. No es claro todavía qué tipo

de relación precisa cabe establecer entre ambos términos dentro de esta conceptualización, debido a que las expectativas de que las neurociencias descubran la evidencia que explique lo que erráticamente hace siglos no se ha logrado, continúan poniendo en suspenso esta cuestión (Donnoli y Moroni, 2015).

#### 4. Freud en relación con las psicosis

A continuación haremos un breve recorrido sobre las consideraciones psicoanalíticas en relación con las psicosis. “Psicosis” es el término que absorbe la condición clínica de la esquizofrenia (o la “demencia precoz”), dentro de las consideraciones nosológicas y nosográficas para el psicoanálisis freudiano, teniendo en cuenta la época y los interlocutores de Freud (Laplanche y Pontalis, 2011).

En un primer apartado se precisará la posición que Freud tomó en relación con las psicosis (su definición), mientras que en un segundo apartado revisaremos qué tipos de psicosis consideró más adecuadas para el desarrollo de sus teorías psicoanalíticas (su posición en relación a las diferentes formas de la psicosis: paranoia, esquizofrenia o demencia precoz y parafrenia), y cómo las articuló de acuerdo a su concepción clínica (sentido nosológico), en su clasificación de los padecimientos mentales (sentido nosográfico).

##### 3.1. Posición freudiana frente a la psicosis

Apelando a una concepción diferente de la psiquiatría, Freud fue desarrollando sus teorías sobre las psicosis en sucesivos momentos de su obra (Laplanche y Pontalis, 2011). A fines del siglo XIX expuso en *Las neuropsicosis de defensa* (2006 [1894]) la noción de defensa frente al rechazo de un aspecto de la realidad ante una representación inconciliable en un caso de paranoia alucinatoria, ensayando una concepción sintomática de las psicosis. Varios años después, al exponer su trabajo sobre el *Caso Schreber* (Freud, 2005 [1911]), intentó explicar la paranoia de Daniel Paul Schreber en términos de regresión de la libido a diferentes fases psicosexuales del desarrollo, buscando establecer por medio de estos argumentos los fundamentos psicodinámicos de este cuadro psicótico en cuestión. En 1914, en el contexto de las polémicas con Jung, Freud estableció una diferencia específica entre la libido narcisista y el concepto de introversión de la libido para explicar la psicodinamia de las parafrenias (a la que propuso como categoría agrupadora de la demencia precoz de Kraepelin o esquizofrenia de Bleuler, y la paranoia), y las neurosis de transferencia (Freud, 2007 [1914]). Pero fue luego de definir su segunda tópica del aparato psíquico que Freud definió a la psicosis como un conflicto entre el yo y el mundo exterior<sup>2</sup>, en términos de la pérdida de la realidad<sup>3</sup> (Freud, 1993a [1924], 1993b [1924]). Esta última definición freudiana sobre las psicosis buscó establecer un diagnóstico diferencial en contraposición con las neurosis, dividiendo aguas al servicio de la indicación y contraindicación del psicoanálisis como método de trabajo con los

<sup>2</sup> “La neurosis es un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos del yo con el mundo exterior” (Freud, 1993a, [1924], p. 155).

<sup>3</sup> “...en la psicosis ese mismo yo, al servicio del ello, se retira de un fragmento de la realidad (Realität, contenido objetivo) (...) lo decisivo para la psicosis es la hiperpotencia del ello (...) La pérdida de realidad (objetividad) estaría dada de antemano en la psicosis” (Freud, 1993b [1924], p. 193).

pacientes diagnosticados como neuróticos (Barreira, 2016). Esta consideración se instaló en el campo de la salud mental, siendo utilizada por psiquiatras y psicólogos en la práctica clínica cotidiana. Lo cierto es que en la actualidad este modo de concebir el diagnóstico diferencial continúa resultando bastante útil para los clínicos y expertos. Para Freud se trataba de una definición estrictamente metapsicológica (por la carga teórica de los términos intervinientes en la misma: “conflicto”, “yo” y “realidad” sobre tres términos fuertemente cargados de abstracción), aunque con fines metodológicos para la práctica del psicoanálisis: en caso de diagnosticarse psicosis, debería descartarse (incluso contraindicarse) el psicoanálisis como modalidad de tratamiento (Barreira, 2016).

Los seguidores de Freud así lo entendieron (Fromm-Reichmann, 1981a [1954], 1981b [1957]; Sechehaye, 2018 [1947], Federn, 1984 [1952], Bion (1996a [1953], 1996b [1955], 1996c [1957]; Rosenfeld, 1974a [1954], 1974b [1963]; Searles, 1994 [1966]; Lacan (2013 [1966])). Muchos de estos estudiaron y trataron a pacientes psicóticos adecuando los dispositivos de trabajo de manera conducente. Vale precisar que la definición “conflicto entre el yo y la realidad” supone la existencia de una serie de dificultades que los sujetos en cuestión presentan en su vinculación con sus mundos circundantes e internos, cuestión que implica la ruptura misma en un orden de significación objetivo, y generando la aparición en la vida de relación de diferentes cuestiones, que son las que terminan de configurar la rúbrica de lo “psicótico”: sobreinterpretación, desconexión, suspicacias, embotamiento, desorganización, ensimismamiento, abulia, aplanamiento afectivo, euforia patológica, fuga de ideas, etc. Estas alteraciones son el efecto tangible de las relaciones de por sí problemáticas entre las personas y la realidad.

Para Freud esta concepción no negaba al registro de la biología, pese a que no se trataba de una explicación biológica de la psicosis.<sup>4</sup> En todo caso, cumplía con el objetivo de definir a lo psicótico por sus modos de presentación: diferentes estados mentales distorsionados en los que la relación entre el yo y el mundo se encuentra parasitada por elementos que son propios de la persona en cuestión. Claramente tiene una fuerte impronta psicológica, pero no anula su articulación con otro tipo de explicaciones. En este sentido, el punto de vista económico (Freud, 1993 [1900]), se presenta como terreno fértil para la articulación con concepciones biologicistas. Pese a que el mismo Freud concibió esta posibilidad, él mismo no exploró esos caminos.<sup>5</sup> Sin embargo, un buen ejemplo de

---

<sup>4</sup> Como claro ejemplo de esto, vale el pasaje de *Introducción al narcisismo*, en el que Freud estableció una analogía entre la histeria y la demencia precoz o parafrenia propiamente dicha, y la neurosis obsesiva con la paranoia, de acuerdo a su inteligibilidad psicodinámica, reservando la noción de introversión para las neurosis y retrotracción de la libido narcisista sobre el yo en las psicosis: “Puesto que la parafrenia a menudo (sino la mayoría de las veces) trae consigo un desasimiento meramente parcial de la libido respecto de los objetos, dentro de su cuadro pueden distinguirse tres grupos de manifestaciones: 1) las de normalidad conservada o la neurosis (manifestaciones residuales); 2) las de proceso patológico (el desasimiento de la libido respecto de los objetos, y de ahí el delirio de grandeza, la hipocondría, la perturbación afectiva, todas las regresiones), y 3) las de la restitución, que deposita de nuevo la libido en los objetos al modo de una histeria (dementia praecox, parafrenia propiamente dicha) o al modo de una neurosis obsesiva (paranoia)” (Freud, 2007 [1914]). En esta explicación no se habla de trastornos genéticos, hereditarios o congénitos, ni hace alusión a la biología de las parafrenias, sino que Freud se restringe a la consideración psicodinámica de las diferentes formas. Esto no niega la intervención de otras variables como pudieran serlo las orgánicas; en todo caso, quedan por fuera de la consideración psicoanalítica.

<sup>5</sup> “Freud y Gross señalan el hecho importante de la existencia de representaciones disociadas, y a Freud pertenece el mérito de haber sido el primero en demostrar el principio de la conversión en un caso de



cómo puede aprovecharse el punto de vista económico para articular al psicoanálisis con el aspecto biológico de las enfermedades lo constituye la obra de Pierre Marty (2003 [1990]).

### 3.2. *Las psicosis en Freud: dementia praecox, esquizofrenia, parafrenia y paranoia*

Según Glen Gabbard, Freud definió a la esquizofrenia como una regresión en respuesta a intensas frustraciones y conflictos con los otros (Gabbard, 2009), concepción más adecuada a lo que había expresado en el *Caso Schreber* (Freud, 2005 [1911]), que en *Neurosis y Psicosis* (1993a [1924]) y *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis* (1993b [1924]). Lo cierto es que la posición de Freud en relación con la esquizofrenia se encontró teñida por su relación personal e intelectual con Jung, Abraham y el mismo Eugen Bleuler.<sup>6</sup> Sus primeras aproximaciones hacia la esquizofrenia se iniciaron en el *Caso Schreber* (Freud, 2005 [1911]), pese a menciones esporádicas en otros escritos previos a la “*dementia praecox*”, y se vincularon con las discusiones sobre la intelección de las psicosis que estos cuatro sostuvieron entre 1907 y 1914. Freud rescató de Abraham su idea de aplicar las ideas psicoanalíticas a la demencia precoz a partir de 1907 (Abraham, 1994 [1908]). Pero fue por la aparición de las ideas de Bleuler sobre la esquizofrenia que Freud se sintió obligado a tomar una posición definida en relación a esta.

Siguiendo a Gabbard, rescatamos una referencia de Freud objetando el uso de los términos “demencia precoz” y “esquizofrenia”, optando por el uso del término “parafrenia” en lugar de estos. Este comentario, que es de *Schreber*, es simultáneo a la aparición de la *Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias* (Bleuler, 2011 [1911]). El mismo se trata de una opinión del propio Freud en relación al modo en que él entendía que había que identificar a este grupo de cuadros psicopatológicos y el estatuto del mismo en relación con la paranoia:

Estimo bien justificado el paso que dio Kraepelin al fusionar en una nueva entidad clínica, junto con la catatonía y otras formas, mucho de lo que antes se llamara “paranoia”, aunque fue un desacierto escoger para esa unidad el nombre de “dementia praecox”. También a la designación de “esquizofrenia”, propuesta por Bleuler para ese mismo grupo de formas, cabría objetarle que sólo parece utilizable si uno no recuerda su significado literal, además prejuzga demasiado, pues emplea para la denominación un carácter postulado en la teoría y que, por añadidura, no le es exclusivo y, a la luz de otros puntos de vista, no puede ser declarado el esencial. Pero, en general, no

---

demencia precoz paranoica (represión y reaparición indirecta de los complejos). No obstante, los mecanismos de Freud no alcanzan para explicar por qué se produce una demencia precoz y no una histeria; por lo tanto hay que postular para la demencia precoz un concomitante específico del afecto (¿toxina?) que provoca la fijación final del complejo y daña el conjunto de funciones psíquicas. No se puede negar la posibilidad de que esta “intoxicación” pueda surgir en primer lugar, por causas “somáticas”, para luego apoderarse del último complejo que podía encontrarse allí y transformarlo patológicamente” (Jung, 1987 [1971], p. 34).

<sup>6</sup> Jung y Abraham trabajaron juntos en la clínica psiquiátrica *Burghölzli* de Zürich durante tres años (1904-1907), bajo la jefatura de Bleuler. Este encuentro resultó decisivo para los aportes de Abraham al psicoanálisis (Grotjahn, 1968), pero también para Jung, Bleuler y el mismísimo Freud como se vislumbra en el debate aquí presentado.

es muy importante cómo se nombre a los cuadros clínicos (...) Entiendo que lo más adecuado es bautizar a la demencia praecox con el nombre de "parafrenia", que, en sí mismo, de contenido indeterminado, expresa sus vínculos con la paranoia (que conservaría su designación) y además recuerda a la hebefrenia contenida en ella. Y no importa que el nombre ya se haya propuesto antes para otra cosa, pues estas otras acepciones no han cobrado vigencia (Freud, 2005 [1911], pp. 69-70).

Freud estaba muy al tanto de las ideas de Bleuler sobre la esquizofrenia, por lo que su opinión sobre el libro *Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias* vertida en el *Caso Schreber* (ambas obras fueron publicadas el mismo año), estaba lejos de ser una reacción impulsiva. En el trabajo de Bleuler, la escisión (*Spaltung*), es el mecanismo que define a la esquizofrenia: "*Denomino a la demencia precoz "esquizofrenia", porque, como espero demostrarlo, la "escisión" (Spaltung), de las distintas funciones psíquicas es una de sus características más importantes*" (Bleuler, 2011 [1911], pp. 21-22). La *Spaltung* de Bleuler estaba muy vinculada con ideas que Freud y Jung venían desarrollando en relación con la coexistencia de grupos de representaciones mentales independientes entre sí; de hecho, el término "complejo"<sup>7</sup> fue muy utilizado por Jung y Freud en esta época; de hecho, muchos sostienen que el psicoanálisis le debería este término a Jung y Bleuler (Laplanche y Pontalis, 2011 [1967]). La idea de "complejo" indica la existencia de cierta vinculación de representaciones que se encuentran estrechamente entrelazadas por motivos meramente singulares; en las neurosis apuntan al núcleo inconsciente del conflicto psíquico, en las psicosis se advierten como grupos de representaciones disociadas o escindidas. En este sentido, la *Spaltung* es la operación que escinde al complejo de representaciones del yo. No obstante, para Bleuler la *Spaltung* resulta secundaria a un déficit primario que es lo que para él constituye una auténtica disgregación del proceso mental: "*Bleuler distingue dos etapas de la Spaltung: una Zerspaltung primaria (una disgregación, un verdadero estallido) y una Spaltung propiamente dicha (escisión del pensamiento de diferentes agrupaciones*" (Laplanche y Pontalis, 2011 [1967], p. 129). De este modo, la escisión sería un mecanismo que sobreviene a una relajación primaria de la textura asociativa, cuestión trabajada por Jung

---

<sup>7</sup> Jung define al complejo tempranamente en sus escritos sobre la demencia precoz de la siguiente manera: "Una vez observé el siguiente incidente que sirve como ejemplo: había ido yo a pasear con un señor muy histérico y sensible. En un pueblo sonaban las campanas de la iglesia (una sonoridad nueva y muy armoniosa). Mi acompañante, que en otras ocasiones disfrutaba mucho de esos repiques, de repente empezó a renegar: que no aguantaba este repugnante repique en tono mayor, que sonaba horrible. Que en resumidas cuentas se trataba de una iglesia horrible y un pueblo poco simpático (El pueblo es conocido por su ubicación encantadora). Este afecto inapropiado y extraño me interesó y continué investigando. Mi acompañante empezó a insultar al párroco local; como motivo adujo que tenía una barba repulsiva y que escribía una poesía muy mala. Mi acompañante también tenía inclinaciones poéticas. En consecuencia, el afecto surgía de la rivalidad. El ejemplo muestra cómo cada molécula (el repique, etc.) participa en la tonalidad emocional de toda la masa de ideas (de la competencia poética) que denominamos complejo de tonalidad emocional. Comprendido en este sentido, complejo es una unidad psíquica más alta" (Jung, 1987 [1971], p. 36). Por su parte, Laplanche y Pontalis ofrecen la siguiente definición: "Conjunto organizado de representaciones y recuerdos dotados de intenso valor afectivo, parcial o totalmente inconscientes. Un complejo se forma a partir de las relaciones interpersonales de la historia infantil; puede estructurar todos los niveles psicológicos: emociones, actitudes, conductas adaptadas" (Laplanche y Pontalis, 2011 [1967], p. 55).

también por aquellos años y que revela la influencia directa de Pierre Janet (Bercherie, 1996 [1983]).<sup>8</sup> Por otra parte, en segundo lugar el "autismo"<sup>9</sup> al que Bleuler hace alusión no es otra cosa que el "autoerotismo" freudiano pero con la extracción de la connotación sexual del término de Havelock Ellis apropiado por Freud para el psicoanálisis. Esta cuestión se encuentra evidenciada en la sustracción del prefijo "eros", que remitía a las consideraciones sobre el papel que jugaba la sexualidad en los procesos psicopatológicos (Rodríguez, 1996); de este modo, el "autoerotismo" freudiano devino "autismo" bleuleriano. Es altamente probable que la negativa de Freud en aceptar el término esquizofrenia de Bleuler, estuviera impregnada por este conflicto y su resultado: la ausencia de una concepción de la libido sexual en el libro *Dementia praecox o el grupo de las esquizofrenias*; esto constituía un motivo de peso como para tomar una posición que dejara en evidencia sus diferencias con Bleuler. Esta diferencia resulta indicativa de lo que poco tiempo después detonará la relación entre Freud y Jung.

En relación a la concepción nosográfica propuesta en este párrafo por Freud, queda claro que para este la "paranoia" debía ser preservada como categoría nosográfica específica con autonomía de las otras categorías, mientras que propone para la otra (la demencia precoz de Kraepelin o esquizofrenia de Bleuler), el rótulo de "parafrenias" entre 1911 y 1913, pese a que el mismo hubiera sido utilizado por Kraepelin en otro sentido. No obstante, esto mismo fue modificado por Freud al poco tiempo, quién dejó de lado esa división entre categorías psicóticas entre 1913 y 1916, agrupando a la demencia precoz o esquizofrenia, y a la paranoia bajo el género de las parafrenias (Bercherie, 1996 [1983]). Esto puede advertirse en los trabajos *Sobre la iniciación de tratamiento* (Freud, 2005a [1913])<sup>10</sup>, la primera edición de *La predisposición a la neurosis obsesiva* (Freud, 2005b [1913-

<sup>8</sup> "Es interesante ubicar el origen de las concepciones de Jung. Cada vez que evoca el déficit mental que acompaña a la fuga autoerótica a la enfermedad (a la cual pronto denominará introversión de la libido) emplea en francés la expresión "descenso del nivel mental", tomada de la teoría de la psicostenia de Pierre Janet. Por lo demás, el mismo explicita claramente la filiación conceptual: "piscastenia = introversión de la libido = demencia precoz" (...) Janet consideraba las neurosis como efecto de un descenso de la tensión psicológica que hacía al sujeto incapaz de ejercer la función de lo real, la actividad psicológica que exigía al máximo de tensión mental (acción voluntaria adaptada), y lo dejaba librado al reino de los automatismos – los ensueños de autosatisfacción constituían uno de los aspectos, lo mismo que los síntomas de la neurosis– La escuela de Zurich conocía bien a Janet: Bleuler tomó de él el marco conceptual de su teoría de la esquizofrenia, Jung asistió a sus cursos en París durante el invierno de 1902-1903" (Bercherie, 1996 [1983]).

<sup>9</sup> "Denominamos autismo a este desapego de la realidad, combinado con la predominancia, relativa o absoluta, de la vida interior" (Bleuler, 2011 [1911], p. 100).

<sup>10</sup> "Hartas veces, cuando uno se enfrenta a una neurosis con síntomas histéricos u obsesivos, pero no acusados en exceso y de duración breve –vale decir, justamente las formas que se considerarían favorables para el tratamiento–, debe dar cabida a la duda sobre si el caso no corresponde a un estadio previo de la llamada «dementia praecox» («esquizofrenia» según Bleuler, «parafrenia» según mi propuesta) (Freud, 2005a [1913], p. 126). En una nota al pie de página del mismo escrito, Freud establece una propuesta de diagnóstico diferencial anticipatoria de Neurosis y psicosis (Freud, 1993a [1924]): "De buena gana, siguiendo a Jung, contrapondría yo histeria y neurosis obsesiva, como «neurosis de transferencia», a las afecciones parafrenicas, como «neurosis de introversión»" (Freud, 2005a [1913], p. 127, n. 4).

1918)]<sup>11</sup>, *El interés por el psicoanálisis* (Freud, 1994, [1913])<sup>12</sup>, *Introducción al narcisismo* (Freud, 2007 [1914])<sup>13</sup>, y las *Conferencias introductorias al psicoanálisis* (Freud, 1992c [1916-1917], 1992d [1916-1917]).<sup>14</sup>

En estas referencias podemos ver las dos posiciones en relación al valor nosográfico de las parafrenias en Freud: 1. Las parafrenias son identificadas con la *dementia praecox* o esquizofrenia a diferencia de la paranoia (Freud, 2005 [1911], 2005a [1913], 2005b [1913-1918]). 2. Las parafrenias son una categoría que engloba a la *dementia praecox* (Kraepelin) o esquizofrenia (Bleuler) y también a la paranoia (2005b [1913-1918], Freud, 1994 [1913], Freud, 2007 [1914], 1992c [1916-1917], 1992d [1916-1917]). Tan solo pudiendo ver las fechas de las citas de los trabajos en los que Freud comunicó estas ideas, puede inferirse que el cambio de concepción habría sido hacia 1913; esto puede observarse con claridad a partir de *El interés por el psicoanálisis* (Freud, 1994, [1913]), trabajo que marca el viraje en su concepción. En todo caso, es claro que después de 1913 la parafrenia dejó de ser sinónimo de demencia precoz o esquizofrenia para constituir

<sup>11</sup> En la versión definitiva de *La predisposición a la neurosis obsesiva* (Freud, 2005b [1913-1918]), que fue corregida en 1918, Freud refirió: “El orden en que suelen citarse las formas principales de las psiconeurosis –histeria, neurosis obsesiva, paranoia, *dementia praecox*– corresponde (aunque no con total exactitud) a la secuencia temporal con que tales afecciones irrumpen en la vida. Las formas patológicas histéricas pueden observarse ya en la primera infancia; la neurosis obsesiva manifiesta sus primeros síntomas, por lo común en el segundo período de la infancia (de los seis a los ocho años); las otras dos psiconeurosis, reunidas por mí bajo el rótulo de «parafrenia», sólo aparecen después de la pubertad y en la madurez” (Freud, 2005b [1913], p. 338). En una nota al pie de página James Strachey dice: “En la primera edición se leía aquí: «que yo he denominado “parafrenia” y “paranoia”»” (Freud, 2005b [1913-1918], p. 338, n. 4). La unificación de una única categoría que agrupa aparece en otros escritos de 1913, 1914 y 1916 y fue lo que ameritó la corrección del original 1918. Esta agrupación es la precuela de la categoría psicopatológica “psicosis” tal como luego fue presentada en *Neurosis y psicosis* (Freud, 1993a [1924]).

<sup>12</sup> En este trabajo se advierten las dos maneras referidas utilizadas de manera simultánea en que Freud utilizó el término parafrenia: A. Concibiendo de manera indistinta los términos demencia precoz, parafrenia y esquizofrenia, omitiendo nombrar a la paranoia dentro de este grupo: “En otra afección neurótica, en verdad incurable, la *dementia praecox* (parafrenia, esquizofrenia), que en sus peores desenlaces vuelve a los enfermos por completo apáticos...” (Freud, 1994 [1913], p. 177). B. Tres páginas después se refiere a las parafrenias en el segundo sentido, como una categoría que agrupa a la demencia precoz y a la paranoia: “...para el lenguaje de pensamiento de la neurosis obsesiva y de las parafrenias (*dementia praecox* y paranoia) se obtienen particulares plasmaciones idiomáticas que en una serie de casos ya comprendemos y somos capaces de referir unas a otras” (Freud, 1994 [1913], p. 180). Este último sentido se corresponde con lo dicho por Freud en la versión definitiva de *La predisposición a la neurosis obsesiva* (Freud, 2005b [1913]).

<sup>13</sup> “Un motivo acuciante para considerar la imagen de un narcisismo primario y normal surgió a raíz del intento de incluir bajo la premisa de la teoría de la libido el cuadro de la *dementia praecox* (Kraepelin) o esquizofrenia (Bleuler). Los enfermos que he propuesto designar «parafrénicos» muestran dos rasgos fundamentales de carácter: el delirio de grandeza y el extrañamiento de su interés respecto del mundo exterior (personas y cosas)” (Freud, 2007 [1914], p. 72). “Un estudio directo del narcisismo me parece bloqueado por dificultades particulares. La principal vía de acceso a él seguirá siendo el análisis de las parafrenias. Así como las neurosis de transferencia nos permitieron rastrear las mociones pulsionales libidinosas, la *dementia praecox* y la paranoia nos permitirán inteligir la psicología del yo” (Freud, 2007 [1914], p. 79).

<sup>14</sup> “...las formas que después citaremos como parafrenias (*dementia praecox* y paranoia)” (Freud, 1992c [1916-1917], p. 355). “La forma de enfermedad conocida como paranoia, la insania crónica sistemática, ocupa los intentos clasificatorios de la psiquiatría actual una posición fluctuante. Empero, su estrecho parentesco con la *dementia praecox* no ofrece ninguna duda. En una ocasión me permití hacer la propuesta de reunir paranoia y *dementia praecox* bajo la definición común de parafrenia” (Freud, 1992d [1916-1917], p. 385).

una categoría que agrupaba a esta, a la que no dejó de llamar “*parafrenia propiamente dicha*” (Soengas, Bolpe y Dinamarca, 2017), junto con la paranoia (Laplanche y Pontalis, 2011 [1967]).<sup>15</sup> Por otra parte, luego de las *Conferencias introductorias al psicoanálisis* (1992c [1916-1917], 1992d [1916-1917]), no volvemos a encontrar mención a las parafrenias. Solo en *Neurosis y psicosis* (1993a [1924]), Freud utilizó el término psicosis y dejó sepultados en el pasado de su psicoanálisis estos términos en sus consideraciones nosográficas. Esto es corroborado por James Strachey en una nota al pie de página en el caso Schreber:

El propósito de Freud, tal como se manifiesta por primera vez en este pasaje, era evidentemente que el término «parafrenia» reemplazase a «dementia praecox» y a «esquizofrenia» y fuera diferenciado de una categoría afín, la «paranoia». Durante un tiempo lo usó con este sentido –p. ej., en «Sobre iniciación de tratamiento»–; pero no pasó mucho antes de que empezara a darle una acepción más amplia, abarcando con él tanto la «dementia praecox» como la «paranoia». Esto queda bien en claro en el trabajo sobre el narcisismo, donde reúne a ambas en la categoría de «las parafrenias» y distingue la «dementia praecox o parafrenia propiamente dicha» de la «paranoia». Que ese cambio de significado era deliberado lo muestra un pasaje de «La predisposición a la neurosis obsesiva»; en la primera edición de dicho artículo, de fines de 1913, Freud se refería a «las otras dos psiconeurosis que yo he denominado «parafrenia» y «paranoia»; pero al reimprimirse en 1918 esta última cláusula se convirtió en «reunidas por mí bajo el rótulo de “parafrenia”». Por último en la 26 de sus Conferencias de introducción al psicoanálisis, escribió: «En una ocasión me permití hacer la propuesta de reunir paranoia y dementia praecox bajo la designación común de “parafrenia”». A partir de entonces, sin embargo, parece haber abandonado su intento de introducir este término (Freud, 2005 [1911], p. 70, n. 25).

En definitiva, el rol del término “parafrenia” perdió fuerza para Freud frente al de “psicosis”, aunque hay quienes sostienen que: “*Freud renunció rápidamente a su sugerencia terminológica, sin duda ante el éxito del término bleuleriano de esquizofrenia*” (Laplanche y Pontalis, 2011, p. 269).

## 5. La psicosis en el psicoanálisis después de Freud

Posteriormente a Freud, vale resaltar que el psicoanálisis luego de este continuó tomando como modelo de la psicosis a la paranoia y no a la demencia precoz o la esquizofrenia. Desde la escuela freudiana de *Las neuropsicosis de defensa* (1993 [1894]), en donde trata el rechazo en la paranoia alucinatoria, o en el mismo *Caso Schreber* (2005a [1911]), la paranoia se prestaba de mejor manera para la aplicación de explicaciones psicoanalíticas. Varios psicoanalistas posteriores a Freud trabajaron con pacientes esquizofrénicos (Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, Paul Federn, Wilfred Ruppert Bion, Herbert Rosenfeld y Harold Searles entre otros), pero sin llegar a extraer conclusiones potentes para el psicoanálisis. En cambio, la dinámica psicológica de la

<sup>15</sup> “Si bien Freud habló de esquizofrenia (a pesar de continuar utilizando el término «demencia precoz»), propuso el término «parafrenia», que, según él, era más fácil de relacionar con el de «paranoia», indicando así, simultáneamente, la unidad del campo de las psicosis y su división en dos vertientes fundamentales” (Laplanche y Pontalis, 2011, p. 130).

paranoia y las posibilidades que el psicoanálisis permite en la problematización de las situaciones clínicas y psicopatológicas a partir de sus teorías (Jacques Lacan), se continuó inclinado la balanza en la consideración esta última como modelo de la psicosis en detrimento de la esquizofrenia (Evans, 2003).

Los desarrollos psicoanalíticos sobre la esquizofrenia y los pacientes esquizofrénicos, suelen remitirse al trabajo de los psicoanalistas con sus pacientes, la manera de abordarlos, las características y cualidades que presenta el desafío de tratarlos, etc. Por contrapartida, son nulos los trabajos que intentan explicar la etiología o psicogénesis de la esquizofrenia. Entre algunos de los ensayos que mejor se han acercado a la caracterización de la esquizofrenia desde una perspectiva psicoanalítica destacamos a Harold Searles (1994 [1966]) y Martín Alomo (2012). En el caso de Searles, este se limitó a realizar una caracterización descriptiva de la integración y diferenciación<sup>16</sup>, la comunicación del paciente esquizofrénico, la transferencia y las fases de interacción en la psicoterapia (Searles, 1994 [1966]). Por su parte, Alomo realiza una serie de estudios clínicos en pacientes diagnosticados como esquizofrénicos desde una línea psicoanalítica de orientación lacaniana. En este estudio se destaca el trabajo de los fenómenos transferenciales, testimonios clínicos, comentarios en relación al dispositivo, etc. Pese a que ofrece una definición de paciente esquizofrénico<sup>17</sup>, la misma resulta específica desde su orientación psicoanalítica, motivo por el cual, lamentablemente, se pierde la posibilidad de articular esta posición con otras del mismo psicoanálisis, otras corrientes psicológicas u otros enfoques psiquiátricos.

Jacques Lacan se destacó por realizar una serie de desarrollos bien significativos en relación a las psicosis. Para este, las psicosis, junto con las neurosis y las perversiones conforman una tríada vinculada a las estructuras freudianas (Roudinesco y Plon, 1998; Evans, 2003; Chemama y Vardermersch, 2004), y las define como una estructura clínica caracterizada por la presencia de la operación de la forclusión del Nombre-del-Padre (Nasio, 1988; Evans, 2003). La misma estaría vinculada a una falla en la formación del yo a una temprana edad, y se ratificaría en el complejo de castración en la primera infancia (Barreira, 2016). Esta concepción desarrollada por Lacan hacia la década de 1950 propone un modo de estructuración psicótico de la subjetividad. En relación a la concepción lacaniana de las psicosis y las figuras de la psiquiatría clásica, a Lacan le interesa más la paranoia al momento de considerar la psicosis como objeto de estudio que la esquizofrenia. Según Dylan Evans, *“Lacan sigue a Freud al mantener una distinción estructural entre la paranoia y la esquizofrenia”* (Evans, 2003, p. 158).

Por su parte, Jean Bergeret establece una diferencia entre la estructura esquizofrénica y la paranoica (ambas estructuras de la personalidad psicótica). La manera de entender estas estructuras obedece a la caracterización del modelo de regresión a

---

<sup>16</sup> “Desde un punto de vista puramente descriptivo, cabe considerar que la esquizofrenia consiste básicamente en un menoscabo de la integración y la diferenciación, que son sólo el anverso y reverso de un proceso unitario de crecimiento. También desde un punto de vista psicodinámico este menoscabo de la integración-y-diferenciación constituye un determinante esencial de las desconcertantes complejidades y variadas manifestaciones de la esquizofrenia” (Searles, 1994 [1966], p. 15).

<sup>17</sup> “El esquizofrénico es aquel para el que no se ha constituido el vacío primordial que constituye el primer paso dialéctico de la constitución del sujeto” (Alomo, 2012, p. 27). Nótese hasta qué punto la saturación de términos propios del psicoanálisis de orientación lacaniana tornan esta definición altamente dificultosa para su comprensión.

puntos de fijación libidinal, tal como lo desarrollaron Freud y Abraham a inicios del siglo XX: en el caso de la estructura esquizofrénica la regresión libidinal se daría a fijaciones orales primarias (regresión al autoerotismo), mientras que en la paranoia la regresión estaría dada a fijaciones anales primarias (magia de las palabras). En este esquema todo parecería indicar que la paranoia tendría niveles regresivos menores a la esquizofrenia, quedando más cercana a las neurosis; consecuentemente, estableciendo una idea de mayor evolución psicopatológica de la paranoia por sobre la esquizofrenia. Esta opinión fue muy compartida por el grueso de los psicoanalistas de todos los tiempos, pero fue en Bergeret donde encontró un modo de desarrollo y enunciación definitiva.

Las propuestas de Lacan y Bergeret resultan los desarrollos más resonantes en nuestro medio en la consideración de cómo el psicoanálisis le otorga a la explicación de las psicosis una caracterización específica de estructuración de la subjetividad, concepción radicalmente diferente a las médicas que entienden a las psicosis como enfermedades mentales. Existen otros desarrollos psicoanalíticos, como el de Otto Kernberg, en el que se entiende a las organizaciones psicóticas de la personalidad como enfermedades atípicas (Kernberg, 2005 [2004]). Presenta una concepción completamente deficitaria de las mismas, en la que no se rescata riqueza alguna, muy diferente de otras concepciones psicoanalíticas. De hecho, Kernberg no postula un mecanismo específico de las psicosis. Esta concepción de las psicosis se corresponde con una concepción más psiquiátrica que psicoanalítica de dichos cuadros. La concepción estructural de Kernberg apunta concretamente a la tarea del diagnóstico diferencial, tarea propia de la psiquiatría, aunque no era ajena de la propuesta freudiana de 1924 (Barreira, 2016).<sup>18</sup> Aunque en los manuales DSM se incluyeron los trastornos paranoide y esquizoide de la personalidad desarrollados por Kernberg (Kernberg, 2005 [2004]), los mismos deben ser entendidos tal como su nombre lo indica, como trastornos de la personalidad, y no como otros trastornos mentales con síntomas psicóticos tales como la esquizofrenia o los trastornos delirantes (dentro de los que hay que incluir a la paranoia) (DSM-5, 2014, pp. 649-655).

En definitiva, para la explicación de las psicosis, tal como lo han hecho Jacques Lacan o Jean Bergeret, es la paranoia (trastorno delirante) la que se erige en el cuadro más adecuado para pensar la psicosis, y no la esquizofrenia que es la psicosis que mejor marida con la concepción médica de las psicosis.

## 6. Conclusiones de psicótico en psiquiatría y en psicoanálisis

Hemos visto cómo en psiquiatría, lo psicótico ha sido entendido como el efecto de una enfermedad física, aunque se ha tratado de la inferencia de algo que no ha podido ser

---

<sup>18</sup> Para Vandermerch y Chemama, psicoanalistas lacanianos, la psicosis es una, "... organización de la subjetividad en la que Freud ve una forma específica de pérdida de la realidad con regresión de la libido sobre el yo y con, eventualmente, la constitución de un delirio como tentativa de curación; para Lacan, el mecanismo constitutivo de la psicosis es la forclusión del Nombre-del-Padre" (Vandermerch y Chemama, 2004, p. 546). En esta definición puede verse con claridad cómo la psicosis es considerada desde lo positivo: una organización de la subjetividad que cuenta con un mecanismo psíquico de producción propia (la forclusión). En el caso de Kernberg, las psicosis son una enfermedad, no hay un mecanismo de producción propio. Los únicos mecanismos que Kernberg propone son la represión para las neurosis y la escisión para los estados fronterizos (Kernberg, 1979, pp. 37-39; 1987, p. 12; 2005, p. 14).

comprobado (esto queda en evidencia en la comentada diferenciación entre neurosis y psicosis de Von Feuchtersleben). Esto puede encontrarse en la concepción jaspersiana de proceso, o inclusive en su nosografía de las enfermedades mentales (Jaspers, 1996 [1946]). Lo cierto es que en general esto mismo era considerado por los autores de su época, pero también los contemporáneos (Bleuler, 2011 [1911]; Minkowski, (1989 [1927]); Conrad, 1997 [1958]; Ey, Bernard y Brisset, 1996 [1978]).

Los psicoanalistas en general tienden a seguir a Freud utilizando la categoría psicosis (con el nombre “psicosis”, “estructura psicótica”, “organización psicótica”, etc.), para agrupar dentro de este género a la esquizofrenia, a la paranoia (actualmente trastorno delirante) y a la psicosis maniaco-depresiva (actualmente trastornos bipolares). Sin embargo, existe un corrimiento de sentido del término “psicosis” tal como fue utilizado originariamente en la psiquiatría, a cómo lo entienden los psicoanalistas, cuestión que excede el presente trabajo. No obstante, las diferencias intrínsecas a la racionalidad de la psiquiatría y el psicoanálisis justifican que la diferencia sea establecida.

	<b>Psiquiatría</b>	<b>Psicoanálisis</b>
Forma clínica que se encuentra mejor identificada con la concepción de psicosis:	Esquizofrenia	Paranoia
Concepción sobre los factores intervinientes en la generación de las psicosis:	Etiología biológica. Se trata de una enfermedad mental. Concepción médica, anomalía física.	Psicogénesis. Se trata de una forma de ser en el mundo. Concepción psicológica, se entiende como un modo de organización subjetiva.

**Tabla 2.** Caracterización de lo psicótico en la psiquiatría y en el psicoanálisis

A fines de la presente exposición, se resalta la importancia de que para los psicoanalistas, la identificación de cuestiones psicóticas apuntará a la detección de aspectos psicológicos, psicodinámicos y/o psicogenéticos que conciben a lo “psicótico” como un estilo de funcionamiento mental característico, idiosincrático, propio de estos cuadros. Esto no excluye la posibilidad de concebir psicosis que se puedan desencadenar por factores biológicos; no obstante, los psicoanalistas suelen buscar indicios psicológicos en la constitución y/o desencadenamiento de los cuadros psicóticos. Bien se dice constitución y/o desencadenamiento, dado que no pocos autores han destacado que la psicosis puede entenderse en términos de estructuración de la subjetividad o de la personalidad, tal como hemos referido en relación del psicoanálisis de orientación lacaniana, que así entienden las estructuras clínicas psicóticas (Lacan, 2013 [1966], 2008 [1955-56]; Nasio, 1988; Evans, 2003), o el caso de Jean Bergeret, quien postula una estructura psicótica<sup>19</sup> de la personalidad, categoría dentro de la que este autor diferencia

<sup>19</sup> “Aparte del caso de las «enfermedades» declaradas, examinado en el párrafo precedente, existe otra forma inteligente de utilizar los calificativos «neurótico» o «psicótico». Nos referimos a los casos en que, sin aún estar descompensada, la personalidad se halla al menos organizada de manera ya estable e irreversible con mecanismos de defensa poco variables, con un modo de relación de objeto selectivo, con un grado de evolución libidinal y yoica definido, una actitud precisa ante la realidad que se asume de



a la “estructura esquizofrénica”<sup>20</sup> y a la “estructura paranoica”<sup>21</sup> (Bergeret, 2005 [1974]), no para explicar trastornos de la personalidad tal como lo entiende Kernberg, sino para referirse a la peculiaridad de la organización subjetiva de la esquizofrenia y de la paranoia.

## 7. La esquizofrenia a partir de la psicosis

De acuerdo con las propuestas que los psiquiatras han realizado en relación a las concepciones sobre la “psicosis” y lo “psicótico”, sigamos la postura de quienes han propuesto que la esquizofrenia constituye una especie mórbida dentro de un género difuso. Habiendo anticipado el problema por la definición de lo “psicótico”, debemos sumar ahora un segundo problema que es el que atañe a la especificidad de la esquizofrenia. Esto no resulta en absoluto novedoso si tenemos en cuenta que la suerte que corre uno de los términos arrastra necesariamente al otro, en un maridaje inevitable. Ahora bien, a diferencia de lo que sucede con la psicosis, en el caso de la esquizofrenia, existen detractores que postulan su inexistencia. En este caso, la suerte de la esquizofrenia no se halla ligada a la concepción de las psicosis, sino que apunta a lo que sucede con el campo que alberga: de la misma manera que existe la psiquiatría y la antipsiquiatría, existen también quienes postulan la no-existencia de la esquizofrenia (Read, Mosher y Bentall, 2006). La esquizofrenia es una categoría nosográfica así bautizada por Eugen Bleuler (2011 [1911]), en un acto que este intentó resignificar con el mayor rigor y precisión a la predecesora demencia precoz así definida por Emil Kraepelin (2005 [1899], 1996 [1909-1913]). Para Bleuler, la demencia precoz, que adolecía de no presentar precisión conceptual al momento de justificar la agrupación de las diferentes figuras sindrómicas que la componían (Pereyra, 1965 [1943]); al mismo tiempo, agrupaba formas que no necesariamente “*llegan a un deterioro completo*” (Bleuler, 2011 [1911], p. 21); es decir, no constituían genuinas demencias. Por este último motivo, para Bleuler los pacientes que padecían de esquizofrenia no eran dementes en sentido estricto; en todo caso se trataba de personas afectadas por otros factores que debían ser ponderados adecuadamente:

Incluimos bajo el nombre demencia precoz o esquizofrenia todo un grupo de enfermedades que pueden distinguirse claramente de todos los otros tipos patológicos en el sistema kraepeliniano. Dichas enfermedades tienen muchos

---

manera repetitiva, y un juego recíproco suficientemente invariable de los procesos primario y secundario” (Bergeret, 2005 [1974], p. 73).

<sup>20</sup> “Entre las estructuras psicóticas, la estructura esquizofrénica se sitúa en la posición más regresiva, tanto desde el punto de vista de la evolución libidinal como desde el punto de vista del desarrollo del Yo (...) Podemos decir que la estructura esquizofrénica corresponde específicamente a una organización psicótica del Yo fijado en una economía pregenital del dominante oral” (Bergeret, 2005 [1974], pp. 108-109).

<sup>21</sup> “Entre las estructuras auténticamente psicóticas, la estructura paranoica ocupa la posición menos regresiva en el plano libidinal, aunque no sea cierto que ocupe un lugar más progresivo que la estructura melancólica en el plano de los desarrollos del Yo. Podemos decir que, si la estructura esquizofrénica se caracterizaba por fijaciones pregenitales oral, la estructura paranoica corresponde específicamente a una organización psicótica del Yo fijado en una economía pregenital con preponderancia anal y que alcanza especialmente el sub-estadio anal ” (Bergeret, 2005 [1974], pp. 111-112).

síntomas comunes y pronósticos semejantes, aunque sus cuadros clínicos pueden ser extremadamente diversos (Bleuler, 2011 [1911], p. 16).

Se trata de personas afectadas por, “...un proceso de dislocación que desintegra su capacidad “asociativa” (signos primarios de disociación); proceso que, al alterar su pensamiento, les sume un una vida autística cuyas ideas y sentimientos constituyen –como en ensueño– la expresión simbólica de los complejos inconscientes (signos secundarios) (Ey, Bernard y Brisset, 1996, p. 473).

Por eso mismo, la definición del síndrome tuvo que cambiar su nombre debido a la modificación de criterios en su caracterización esencial:

Denomino a la demencia precoz “esquizofrenia”, porque, como espero demostrarlo, la “escisión” (Spaltung), de las distintas funciones psíquicas es una de sus características más importantes (Bleuler, 2011 [1911], pp. 21-22).

Bleuler creyó que sus aportes complementaban y perfeccionaban a la entidad creada por Kraepelin. La idea de aportar un concepto a las especies mórbidas agrupadas por una categoría más general complementaría y ratificaría la clínica de la esquizofrenia. Sin embargo, contrario a sus propias expectativas en proponer un término que constituía para él una verdadera *denominatio a potiori*, Bleuler mismo terminó constituyendo una concepción que no hizo otra cosa que configurar una entidad diferente, debido al corrimiento de sentido que agregaba a la discusión previa (Silva Ibarra, 2014). Los criterios de agrupabilidad que Kraepelin había utilizado para la demencia precoz, poco y nada tenían que ver con formas clínicas homogéneas, y mucho menos con evidencia sobre su etiología. En todo caso se trataba de síndromes clínicos inespecíficos aunados por un criterio que implicaba el curso degenerativo de estos cuadros (Lieberman, 2015), que a su vez coincidían con el momento de inicio de la “enfermedad” (precoz) en relación a otro tipo de demencias (pre-seniles y seniles). Lejos de resolver la polémica de la demencia precoz, la esquizofrenia de Bleuler cristalizó la categoría encerrando el debate por los criterios de definición de la categoría nosográfica en cuestión.

El ejercicio sistemático de inferir desde un cuadro clínico definido las causas que lo determinan y que indican el curso natural o pronóstico de la enfermedad fue una idea que se encontraba presente en las investigaciones de Koch y que influyeron fuertemente sobre la impronta de Kraepelin. La parálisis general progresiva, por su etiología sifilítica establecida con precisión, constituyó la ratificación de que el establecimiento de especies mórbidas era el camino a seguir (Silva Ibarra, 2014). Lo cierto es que hoy en día, el hecho de que se pueda establecer un diagnóstico de esquizofrenia basado en marcadores biológicos objetivos y mensurables no ha ocurrido aún. De esta manera, la idea de que la esquizofrenia constituye un proceso patológico cerebral subyacente continúa siendo sólo una hipótesis (Donnoli y Moroni, 2015); inclusive, aún no se han podido establecer con la precisión pretendida las causas de las enfermedades mentales “endógenas” (Derito y Monchablón Espinoza, 2011).

Año	Autor	Término	Concepción	Implicancias epistemológicas
1845	Von Feuchtersleben	Psicosis	Se diferencia de la neurosis. Se remite a las manifestaciones psíquicas de la enfermedad mental.	Discrimina los cuadros psiquiátricos por su clínica, prescindiendo de su raigambre biológica causal.
1909	Kraepelin	Demencia Precoz	Categoría que agrupa cuadros sintomáticos diferentes bajo el criterio de demencia de inicio temprano.	Agrupamiento de formas heterogéneas en la clínica que pueden obedecer a naturalezas tanto biológicas como psíquicas diferentes.
1911	Bleuler	Esquizofrenia	Término que intenta conceptualizar a los pacientes antes diagnosticados como dementes precoces, destacando una dinámica psicológica y psicopatológica específica.	Aporta un intento de caracterización genérico que no aplica al género.
1924	Freud	Psicosis	Concepto que aplica a la exclusión de los pacientes del dispositivo psicoanalítico.	Se trata de una concepción que aplica a la propuesta del psicoanálisis. Permite identificar lo que no puede ser tratado mediante psicoanálisis.

**Tabla 3.** Sentidos del término psicosis y su influencia en el término esquizofrenia

La variedad de instrumentos y herramientas que se encuentran presentes en el acto de evaluación psicopatológica para llegar a una conclusión diagnóstica consistente, siempre dependiente del clínico que realiza la evaluación, determinan la ausencia de un criterio único y compartido universalmente para definir a la esquizofrenia. No obstante, existe un acuerdo tácito en definir a la esquizofrenia como una patología grave y crónica, en la que se ve profundamente comprometida la personalidad, y que se puede identificar en diversos rendimientos afectivos, volitivos, cognitivos, de la expresividad e interpersonales (Donnoli y Moroni, 2015).

## 8. La esquizofrenia en la clasificación DSM

La clasificación DSM-IV presenta una definición descriptiva de la esquizofrenia que resulta operativa, ya que lo relevante de la misma es que sea útil para el clínico que diagnostica:

La esquizofrenia es una alteración que persiste al menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). También se incluyen en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual) (DSM-IV, 1997, p. 279).

Esta definición parece eximida de sesgos conceptuales. Sin embargo, Juan Carlos Stagnaro sostuvo que el DSM presentó, desde su tercera edición en 1980, tres supuestos básicos que constituían lo esencial de su concepción: 1. Se trata de una nosografía criteriológica a-teórica. 2. Presenta una concepción naturalista en la que a cada trastorno le corresponde una base fisiopatológica que subyace y explica la presencia de ese trastorno. 3. Dados 1 y 2, la terapéutica debería ser farmacológica acompañada de terapia cognitiva conductual. Estos supuestos básicos habrían ido cayendo durante las décadas

de 1990 y 2000 frente a las evidencias de que el DSM no constituye una nosografía a-teórica, sino que es multi-teórica, y de que el modelo neuronal de la década de 1980 fuera demasiado simplista, cae la propuesta de que la farmacoterapia sería la indicación exclusiva para el tratamiento de estos trastornos (Stagnaro, 2006, 2007, 2009, 2012; Barreira, 2016).

Pese a los intentos del proyecto DSM en operativizar las definiciones de los trastornos psiquiátricos en general, y eliminar la carga teórica “contaminante” que pudiera influir en la nosografía, resulta imposible prescindir de las posiciones teóricas. No es posible anular la presencia de sesgos teóricos porque todo enfoque implica una toma de posición en relación los fenómenos implicados. Este problema presente en el DSM III, es así traspelado al DSM-IV, y consecuentemente al DSM-5.

A raíz de una serie de cambios que el comité de trabajo del DSM-5 quiso imprimir a la nosología americana, la esquizofrenia pasó a concebirse ya no como una categoría diagnóstica, sino como un espectro de cuadros. Antes de la publicación de la quinta edición del DSM en 2013, sus autores presentaron los criterios nosológicos introducidos para la misma en el Proyecto espectros.<sup>22</sup> Este proyecto llevado a los trastornos psicóticos, implicó el establecimiento de un continuo en cuatro cuestiones puntuales: “*Dominio de espectro psicótico: incluye sensibilidad interpersonal, percepciones erróneas paranoides, esquizoides y síntomas psicóticos típicos*” (Rigier, Narrow, Kuhl y Kupfer, 2012, p. 34). Esta concepción, implica que las variables mencionadas pueden variar estando presentes con mayor o menor intensidad, o inclusive podrían estar ausentes; en todo caso, deberán ser calificadas de acuerdo al grado de importancia que presenten en la presentación del cuadro clínico en cuestión. Estos cambios, anunciados de manera resonante como la evolución del DSM, son esencialmente más metodológicos que conceptuales, dado que la concepción de esquizofrenia continúa siendo la de un trastorno psicótico tal como fue definida desde su tercera edición en 1980. Si existe algún cambio, el mismo obedece a una cuestión metodológica en la que el diagnóstico debe realizarse considerando ciertas variables, pero esto no implica que la concepción psicopatológica de fondo hubiera cambiado en absoluto. Lejos de aceptar el fracaso del pretendido ateoricismo, la idea de operativizar los cuadros psicopatológicos amparándose en una guía tendiente a la facilitación del trabajo clínico se profundizó sin que se revisaran los supuestos básicos nosológicos. El proyecto de espectros no constituye una evolución conceptual en sentido estricto tal como sus mentores lo consideran, dado que los cambios no apuntan a modificaciones en la concepción de base sobre la esquizofrenia; de hecho, la clasificación presenta menos elementos conceptuales que su edición precedente. Incluso, consultando el DSM-5 no es posible encontrar una sola definición de esquizofrenia; en todo caso de esta manera se establece su caracterización de acuerdo a criterios descriptivos:

---

<sup>22</sup> “El Proyecto de Espectros conceptualiza la psicopatología como un continuo con la normalidad y adopta un enfoque continuo o dimensional para la medición dentro de las categorías tradicionales del DSM-IV de trastornos del estado del ánimo, de ansiedad, psicóticos, de la conducta alimentaria y por consumo de sustancias. Este enfoque considera la presencia de síntomas tanto durante la vida como aquellos más recientes, tendencias conductuales y rasgos temperamentales relacionados con cada una de estas categorías, independientemente del grado en que se agrupen en el tiempo” (Rigier, Narrow, Kuhl y Kupfer, 2012, p. 34).

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser: 1. Delirios. 2. Alucinaciones. 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente). 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico. 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia). B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio. C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. D. Se ha descartado un trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de ánimo durante los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado del ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes solo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad. E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica. F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio de la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace desde los delirios o alucinaciones notables, además de otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (DSM-5, 2014, p. 99).

Resulta notable que se pretenda sostener la idea de una evolución conceptual en el DSM-5 si, tal como se precisó *supra*, lejos de haber definiciones que aclaren conceptos, la definición de esquizofrenia prácticamente se yuxtapone con lo que se considera psicótico. A la luz de los problemas históricos planteados de la psicosis a la demencia precoz, y de la demencia precoz a la esquizofrenia, en este ejemplo puede advertirse cómo la problematización de la esquizofrenia quedó adormecida en los albores del siglo XX.

## 9. Conclusiones

De acuerdo al objetivo principal del trabajo, se ha realizado un sintético recorrido histórico de diversas concepciones tanto de psiquiátricas como psicoanalíticas que permiten entender la genealogía del concepto de esquizofrenia: desde la aparición del término psicosis con Von Feuchtersleben, pasando por la presentación de la demencia precoz de Kraepelin, la esquizofrenia de Bleuler y las consideraciones freudianas de la época, para pasar a la esquizofrenia en la clasificación DSM. Para la psiquiatría, la esquizofrenia es concebida, desde sus inicios a la actualidad, como una enfermedad mental pese a que muchos expertos suelen definirla por su clínica, sin estar del todo de acuerdo en el estatuto de enfermedad de dicho cuadro (etiología, factores de desencadenamiento, curso, etc.). Sin embargo, desde sus inicios la definición de la esquizofrenia ha presentado su conflictiva con el psicoanálisis freudiano, porque ha tomado ideas de este tal como sucede con dos nociones fundamentales postuladas por Bleuler: la *Spaltung* que opera sobre los “complejos” de representaciones tan considerados por Freud y Jung (aquí el aporte freudiano radica en sus investigaciones por establecer un mecanismo específico o no para estos cuadros, desde allí Bleuler da una respuesta: la escisión), y el “autoerotismo” freudiano tomado de Havelock Ellis que

influyó decisivamente en el “autismo” como fenómeno que permite la concepción de la dinámica de estos cuadros en cuestión. Esta apropiación de términos psicoanalíticos en un contexto de consideración diferente (el de la psiquiatría), operó desmintiendo el aspecto psicológico de los conceptos psicoanalíticos que se encuentran en el núcleo de la definición de la esquizofrenia, considerada como una enfermedad mental de naturaleza biológica; en este sentido, juega un rol muy importante la impronta de Janet en Jung y Bleuler en relación al “descenso del nivel mental” (Bercherie, 1996 [1983]), concepción que opera como precondition de la escisión y el autismo en la esquizofrenia, y a la inercia de la concepción naturalista de la demencia precoz de Kraepelin, considerada como una enfermedad degenerativa de inicio temprano.

Para la psiquiatría, en mayor o menor medida la esquizofrenia parece ser un padecimiento que se fundamenta en fallas biológicas, y serían estas fallas las que explican las condiciones necesarias de la enfermedad. Sin embargo, luego de más de un siglo de investigaciones, no se ha logrado identificar aún su fundamento biológico (Watson, 2018). Este entuerto epistémico en donde la psicología nutre a la clínica, pero luego es corrida para evitar las consideraciones pseudocientíficas en la psiquiatría, lleva más de un siglo y carece de programas conducentes de investigación. Más bien pareciera todo lo contrario: lejos de volverse a la clínica, cada vez más se cuestiona el estatuto de la esquizofrenia, considerándose que la investigación de la misma debe continuar en la órbita de las neurociencias, camino que lleva directamente a la medicina biologicista y que alimenta los problemas vigentes de medicalización (Cannelotto y Luchtenberg, 2010; Frances, 2014). Las modificaciones de los últimos años no han tendido a flexibilizar el diagnóstico de esquizofrenia (tal como se ha visto en la clasificación DSM), tal como ha sucedido con otras figuras psicopatológicas como el trastorno por déficit de atención. En todo caso, el problema que existe con la esquizofrenia es la naturalización de esta categoría clínica que proviene de su impronta original kraepeliniana, y lo dicho sobre la apropiación de factores psicológicos en la definición de la figura dentro de la lógica del naturalismo. Esto lleva a que la esquizofrenia sea estudiada de manera “científica”, de acuerdo a enfoques reduccionistas que no acaban de aportar la evidencia prometida.

Por otra parte, de acuerdo con lo desarrollado cabe observar cómo la concepción de psicosis troquela a la concepción de esquizofrenia, y en algunos casos se confunde de tal manera que no se pueden distinguir como en el DSM. Se destaca también que las mejores definiciones de esquizofrenia, no necesariamente explican de qué se trata la esquizofrenia, aunque al menos permiten articular dos dimensiones solidarias: una dimensión teórica-conceptual y otra dimensión clínica. Esto permite que lo observado pueda ser interpretado a la luz de ciertas premisas explicitadas que son las que guían al profesional de manera transparente, advirtiendo del sesgo clínico en el que se incurre. La explicitación de estas dos dimensiones constituye la mejor posibilidad de articular diferentes puntos de vista profesionales de manera interdisciplinaria. Quizá no sepamos de qué se trata en materia biológica, pero resulta válido explicitar qué sentido impregnamos en aquello que creemos comprender.

Otra cuestión de alta relevancia obedece al modelo conceptual con el que conciben las psicosis tanto los psiquiatras como los psicoanalistas: mientras los primeros tienden a pensar a las psicosis de acuerdo al modelo de la esquizofrenia, los segundos tienden a pensar las psicosis desde el modelo de la paranoia, sobre todo las corrientes

psicoanalíticas de orientación lacaniana. Esta diferencia se encuentra estrechamente vinculada a las posibilidades en concebir y proyectar modos de entender y explicar la clínica desde cada idiosincrasia profesional. En este sentido, estas diferencias apuntan al acrecentamiento de la bifurcación entre las nociones *jaspersianas* de proceso y desarrollo para la concepción clínica: los psiquiatras serían más “procesistas” (explicación *diltheyana*), mientras que los psicoanalistas serían más “desarrollistas” (comprensión *diltheyana*). Esta cuestión presenta un serio problema que impacta en la clínica ya que polariza posiciones simplificando roles que introducen el riesgo de la observación crítica de los fenómenos clínicos.

En relación a la esquizofrenia en niños, en algún momento denominada “*demencia precocísima*” por Santa de Sanctis en 1905 (De Ajuriaguerra, 1993 [1977], p. 673), no se ha examinado tal figura en este trabajo debido a que la misma no ha contribuido al debate de fondo por la categoría clínica ni por el concepto; muy por el contrario, se ha extendido el diagnóstico de esquizofrenia desde la adultez hacia la niñez, pero no al contrario (De Ajuriaguerra, 1993 [1977]).<sup>23</sup> En el ámbito clínico los diagnósticos de esquizofrenia en la infancia tienden a evitarse, proponiéndose diagnósticos tales como “psicosis infantil” (etiqueta que poco dice sobre una eventual enfermedad y que se remite a modos de funcionamiento mental), o “trastorno psicótico no especificado” (que tiende a ubicar algo del orden de lo psicótico pero justifica en su misma figura que no deba darse cuenta de qué). En todo caso, esto sucede porque el diagnóstico de esquizofrenia tiende a hacerse posteriormente a la pubertad, no antes (Ey, Bernard y Brisset, 1996 [1978]). Este criterio, que tiene en cuenta el desarrollo que va de la niñez a la adolescencia, es el que divide aguas entre un diagnóstico presuntivo (prepuberal), de un diagnóstico más asertivo (postpuberal).

Por último, el sostenido fracaso en ubicar las causas biológicas de la esquizofrenia nos advierte sobre el hecho de revisar la categoría de acuerdo a la agrupación de sus subtipos. La historia del término muestra la cantidad de decisiones que se fueron tomando hasta que la esquizofrenia se asentó como categoría psicopatológica. Dicha complejidad amerita una deconstrucción que pueda tener impacto en la clínica; es decir, una revisión conceptual en vías de generar concepciones clínicas más claras.

## 10. Bibliografía

- Abíznano, R. (2018). Aproximación al concepto de esquizofrenia: de la psiquiatría al psicoanálisis. *Investigaciones en Psicología*. Año 23, Vol. 1, pp. 7-13.
- Abraham, K. (1994 [1908]). *Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz*. En: Abraham, K. (1994). *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aire, Argentina: Ediciones Hormé. Pp. 48-59.
- Alomo, M. (2012). *La elección irónica. Estudios clínicos sobre la esquizofrenia*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.

---

<sup>23</sup> “En función del conocimiento de la esquizofrenia del adulto, existe una tendencia a describir en el niño formas específicas del adulto –hebefrenia, síndrome paranoide, catatónico-. Sin embargo, en el niño, lo que llama la atención desde el principio es el polimorfismo de los trastornos propios de cada caso y el cambio de evolución del síndrome en el tiempo” (De Ajuriaguerra, 1993 [1977], p. 693).

- Baca Balodmero, E. (2007). *Lo psicótico. Historia conceptual de la psicosis*. En: Roca Bannasar, M. (Coord.). *Trastornos psicóticos*. Madrid, España: Ars Médica. Pp. 3-21.
- Ban, T. y Ucha Udabe, R. (1995). *Clasificación de las psicosis. Historia de los conceptos básicos, con énfasis en los conocimientos recientes*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Salerno.
- Barreira, I. (2016). *Análisis crítico del diagnóstico en salud mental. Nosologías y nosografías en psiquiatría y psicoanálisis*. Saarbrücken, Alemania: Editorial Académica Española.
- Bercherie, P. (1996 [1983]). *Génesis de los conceptos freudianos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bergeret, J. (2005 [1974]). *La personalidad normal y patológica*. Barcelona, España: Gedisa Editorial.
- Bion, W. R. (1996a [1953]). *Notas sobre la teoría de la esquizofrenia*. En: Bion, W. R. (1996 [1967]). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires, Argentina: Lumen-Hormé. Pp. 38-54.
- Bion, W. R. (1996b [1955]). *Desarrollo del pensamiento esquizofrénico*. En: Bion, W. R. (1996 [1967]). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires, Argentina: Lumen-Hormé. Pp. 55-63.
- Bion, W. R. (1996c [1957]). *Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas*. En: Bion, W. R. (1996 [1967]). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires, Argentina: Lumen-Hormé. Pp. 64-91.
- Bleuler, E. (2011 [1911]). *Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Polemos.
- Cáceres, A. (1947). *La evolución de la Psiquiatría*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Atlántida.
- Cannelotto, A. y Luchtenberg, E. (2010). *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades*. Buenos Aires, Argentina: Unsam Edita.
- Chemama, R. y Vardermersch, B. (2004). *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Conrad, K. (1997 [1958]). *La esquizofrenia incipiente*. Madrid, España: Fundación Archivos de Neurobiología.
- De Ajuriaguerra, J. (1993 [1977]). *Manual de psiquiatría infantil*. Cuarta edición (1977), sexta reimpresión (1993). Barcelona, España: Masson.
- Derito, M. N. C. y Monchablón Espinoza, A. (2011). *Las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Inter-médica.
- Donnoli, V. F. y Moroni, M. V. (2015). *Clínica y psicopatología*. En: Donnoli, V. F.; Moroni, M. V. y Brusés, J. L. (2015). *Esquizofrenia única*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Salerno. Pp. 23-160.
- DSM-IV, 1997 [1994], American Psychiatric Association (1997). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*. Primera edición, tercera reimpresión. Barcelona, España: Editorial Masson.



- DSM-5, 2014 [2013], American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. Primera edición, tercera reimpresión. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Evans, D. (2003). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Ey, H.; Bernard, P. y Brisset, Ch. (1996 [1978]). *Tratado de Psiquiatría*. Octava edición, Sexta reimpresión. Barcelona, España: Masson.
- Federn, P. (1984 [1952]). *La psicología del yo y las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?* Buenos Aires, Argentina: Ariel.
- Freud, S. (1992a [1916-17]). *16ª conferencia. Psicoanálisis y psiquiatría*. En *Obras Completas*, Tomo XVI (1992). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992b [1916-17]). *23ª conferencia. Los caminos de la formación del síntoma*. En *Obras Completas*, Tomo XVI (1992). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992c [1916-17]). *24ª conferencia. El estado neurótico común*. En *Obras Completas*, Tomo XVI (1992). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992d [1916-17]). *26ª conferencia. Lo teoría de la libido y el narcisismo*. En *Obras Completas*, Tomo XVI (1992). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1993 [1894]). *Las neuropsicosis de defensa*. En *Obras Completas*, Tomo III (1993). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1993 [1900]). *La interpretación de los sueños*. En *Obras Completas*, Tomo V (1993). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1993a [1924]). *Neurosis y psicosis*. En *Obras Completas*, Tomo XIX (1993). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1993b [1924]). *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis*. En *Obras Completas*, Tomo XIX (1993). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1994 [1913]). *El interés por el psicoanálisis*. *Obras Completas*, Tomo XIII (1994). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2005 [1911]). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Demencia paranoide) descrito autobiográficamente*. *Obras Completas*, Tomo XII (2005). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2005a [1913]). *Sobre iniciación de tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis)*. *Obras Completas*, Tomo XII (2005). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2005b [1913-1918]). *La predisposición a la neurosis obsesiva*. *Obras Completas*, Tomo XII (2005). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2007 [1914]). *Introducción al narcisismo*. *Obras Completas*, Tomo XIV (2007). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Fromm-Reichman, F. (1981a [1954]). *Psicoterapia de la esquizofrenia*. En: Fromm-Reichmann, F. (1981). *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maníaco-depresivos*. Pp. 111-130. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Hormé.
- Fromm-Reichman, F. (1981b [1957]). Problemas básicos de la psicoterapia de la esquizofrenia. En: Fromm-Reichmann, F. (1981). *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maníaco-depresivos*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Hormé. Pp. 131-141.
- Gabbard, G. (2009). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. 3ª edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Garrabé, J. (1996 [1992]). *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. México D. F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Grotjahn, M. (1968). *Karl Abraham (1877-1925). El primer psicoanalista alemán*. En Grotjahn, M y Otros (1968). *Historia del psicoanálisis I*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Jaspers, K. (1996 [1946]). *Psicopatología general*. México D. F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Jung, C. G. (1987 [1971]). *Psicología de la demencia precoz. Psicogénesis de las enfermedades mentales 1*. Barcelona, España: Paidós.
- Kernberg, O. (1979 [1976]). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Kernberg, O. (1987 [1984]). *Trastornos graves de la personalidad. Estrategias psicoterapéuticas*. México D. F., México: Editorial El Manual Moderno.
- Kernberg, O. (2005 [2004]). Una teoría psicoanalítica de los trastornos de personalidad. En: *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica*. Capítulo 1, pp. 3-25. México D. F., México: Manual Moderno.
- Kraepelin, E. (1996 [1909-1913]). *La demencia precoz. 1ra. Parte*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Kraepelin, E. (2005 [1899]). *Dementia Paecox y Paranoia*. La Plata, Argentina: De la Campana.
- Lacan, J. (2008 [1955-56]). *Las psicosis. El seminario 3*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (2013 [1966]). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En: *Escritos 2*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI editores.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (2011 [1967]). *Diccionario de Psicoanálisis*. 13va. reimpresión. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Lieberman, J. (2015). *Historia de la psiquiatría. De sus orígenes, sus fracasos y su resurgimiento*. Barcelona, España: Grupo Zeta.
- Lindenmayer, J. P. y Khan, A. (2008). *Psicopatología*. En Lieberman, J.; Stroup, T. S. y Perkins, D. O. (2008). *Tratado de esquizofrenia*. Barcelona, España: Ars Médica. Pp. 185-219.

- Marty, P. (2003 [1990]). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Minkowsky, E. (1989 [1927]). *La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Nasio, J. D. (1988). *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis*. Barcelona, España: Gedisa Editorial.
- Pereyra, C. R. (1965 [1943]). *Esquizofrenia. Demencia precoz*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Salerno.
- Read, J.; Mosher, L. y Bentall, R. (2006). *Modelos de locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*. Barcelona: Herder.
- Rigier, D.; Narrow, W. ; Kuhl, E. y Kupfer, D. (2012). *DSM-5. Evolución conceptual*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Rodrigué, E. (1996). *El siglo del psicoanálisis*. 2 Tomos. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana.
- Rosenfeld, H. (1974a [1954]). *Consideraciones relativas al abordaje psicoanalítico de la esquizofrenia aguda y crónica*. En: Rosenfeld, H. (1974 [1965]). *Estados psicóticos*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Hormé. Pp. 139-151.
- Rosenfeld, H. (1974b [1963]). *Observaciones sobre la psicopatología y el tratamiento psicoanalítico de la esquizofrenia*. En: Rosenfeld, H. (1974 [1965]). *Estados psicóticos*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Hormé. Pp. 183-197.
- Roudinesco, E. y Plon, M. (1998). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Searles, H. (1994 [1966]). *Escritos sobre esquizofrenia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Secheyay, M. A. (2018 [1947]). *La realización simbólica y Diario de una esquizofrenia. Exposición de un nuevo método psicoterapéutico*. México D. F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Silva Ibarra, H. (2014). *La esquizofrenia. De Kraepelin al DSM-V*. Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Soengas, E.; Bolpe, M. P. y Dinamarca, M. (2017). *Construcción de la oposición neurosis-psicosis*. En: De Battista, J. (Coord.). (2017). *Las psicosis en Freud. Contribución de los hallazgos y obstáculos freudianos a una lectura de Lacan*. La Plata, Argentina: Editorial de la Universidad de La Plata. Pp. 7-21.
- Stagnaro, J. C. (2006). *Nosografías en psiquiatría*. En : Suárez Richards, M. (Comp.). *Introducción a la Psiquiatría*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Polemos. Pp. 171-190.
- Stagnaro, J. C. (2007). *Perspectiva crítica de las nosografías psiquiátricas contemporáneas*. En: Laurent, E.; Furman, M.; Scheinkestel, S. y Skiadaressis, R. *Psiquiatría y psicoanálisis. Diagnóstico, institución y psicofármaco en la clínica actual*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones. Pp. 55-63.
- Stagnaro, J. C. (2009). *Psiquiatría y neurobiología: el arte de curar y la ciencia del cerebro en crisis paradigmática*. En: Amigo, S. y Azaretto, C. *Jacques Lacan y los*

*matemáticos, los lógicos y los científicos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Escuela Freudiana de Buenos Aires. Pp. 109-116.

Stagnaro, J. C. (2012). *Nosografías psiquiátricas contemporáneas: descripción y perspectivas críticas*. En: Vaschetto, E. (Comp.) (2012). *Epistemología y Psiquiatría. Relaciones peligrosas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Polemos. Capítulo 11, pp. 203-238.

Watson, J. D. (2018). *ADN. El secreto de la vida*. Barcelona, España: Taurus.

Zilboorg, G. y Henry, G. (1945). *Historia de la psicología médica*. Buenos Aires, Argentina: Librería Hachette.