

Casos clínicos:

Entre lo Pseudoneurótico y lo Límitrofe

Alejandro Águila¹, Leticia Álvarez¹, Daniel Díaz¹

Resumen

El término Pseudoneurótico recogería el problema de la interface fenomenológica entre psicosis y neurosis. Acuñan este término para tratar de especificar un cuadro psicopatológico caracterizado por exhibir manifestaciones clínicas pan-neuróticas, pan-sexuales y pan-ansiosas, enmascarando síntomas de una real esquizofrenia. Los fenómenos psicóticos serían sutiles y breves y en ocasiones se sufriría de episodios psicóticos intensos diurnos o nocturnos tales como pesadillas que se continúan con alucinaciones. La esquizofrenia Pseudoneurótico, junto con los conceptos de demencia precoz atenuada, esquizofrenia latente, esquizofrenia ambulatoria, estructura de personalidad pre esquizofrénica y esquizofrenia límite, se reclutaron en la noción, de personalidad límite.

Palabras claves: Pseudoneurótico, esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad.

Among the Pseudoneurótico and Borderline.

Summary:

The term Pseudoneurótico collect the problem of phenomenological interface between psychosis and neurosis. Coined this term to try to specify a psychopathological condition characterized by display-anxious bread, pan-neurotic, pan-sexual and clinical masking symptoms of a real schizophrenia. Psychotic phenomena would be brief and subtle and sometimes suffer from intense day or night psychotic episodes such as nightmares that continue with hallucinations. The Pseudoneurótico schizophrenia, along with the concepts of early dementia attenuated, latent schizophrenia, ambulatory schizophrenia, schizoid personality structure and limit pre schizophrenia were recruited in the notion of borderline personality.

Keywords: Pseudoneurótico, schizophrenia, borderline personality disorder.

Caso clínico

Paciente CRU, 45 años. 5º año Medio, Liceo comercial. Casado, 2 hijas (17 y 21 años). Antecedentes médicos: Dislipidemia. Hábitos: OH: ocasional, Tabaco y Drogas: no. Religión: Testigo de

Jehová desde los 20 años. Comuna de residencia: Huechuraba. Ocupación: Trabajó durante 20 años en SOME de un Cesfam, hace 3 años (oct. 2013) lo despiden por salud incompatible, luego ha tenido trabajos esporádicos, pero lo despiden al poco andar. Cesante, con pensión de invalidez transitoria.

Antecedentes Psiquiátricos:

Hospitalizaciones, diagnósticos de egreso.

- 1999: Enfermedad Bipolar fase depresiva, Daño orgánico cerebral discreto.
- 2013: Trastorno afectivo bipolar episodio mixto, Trastorno obsesivo compulsivo.
- 2015: Trastorno Afectivo Bipolar tipo I, Estructura psicótica de Personalidad.

Ficha Antigua

Evaluación neuropsicológica (1999)

De acuerdo al test de WAIS, el paciente presenta un nivel intelectual dentro de un rango de *Normal Lento* en comparación con su grupo etario. Presenta indicadores de D.O.C. (El daño psico-orgánico puede deberse más que a un deterioro, a problemas derivados de la fase distímico que cursa el sujeto). En términos generales el paciente presenta un compromiso difuso de áreas frontales, predominantemente a nivel del hemisferio izquierdo.

Hospitalización: (1999), el paciente de 28 años, fue evaluado por neurólogo por haber referido pérdida del control de esfínteres (que luego la esposa clarifica que no existen), hemiparesia izquierda, pérdida de memoria y cefalea. Durante dicha hospitalización, médico tratante refiere que no hay paresia evidentes y que su memoria ha ido mejorando. He descarta patología orgánica.

Evaluado en supervisión de Programa de Enfermedades Afectivas (2003)

No parece tener una enfermedad afectiva si no, un trastorno de la personalidad límite, con una ganancia secundaria.

Concluyen: TDP límite con episodios disociativos histéricos con descontrol de impulsos.

Informe Test de Roschach (2015): concluye que se trata de una *estructura de personalidad psicótica*, con un escaso desarrollo de la estructura yoica.

1. Médico Psiquiatra, Sector 7 del instituto psiquiátrico Dr. José Horwitz. B.

Servicio de Urgencia. (2016)

Ingreso:

En tratamiento por T.A.B y T.O.C. en Consultorio, último control 4 días previo al ingreso.

Quetiapina 100 mg 1-1-4 v.o., Clonazepam 1 mg 1-1-2 v.o., Propanolol 10 mg ½-0-½ v.o., Aripiprazol 15 mg 2-1-0 v.o., Carbonato de litio 300 mg ½-0-1 v.o., Zolpidem 10 mg 0-0-1 v.o.

Anamnesis:

Derivado hace 4 días de Consultorio a Urgencia, pero se rechaza por falta de camas, con control cada 24 Hrs. Consulta hoy por angustia, irritabilidad, tristeza e insomnio (duerme 4 hrs en la noche, sin necesidad de más). Golpea puertas y paredes, se golpea la cabeza, se pega a sí mismo. Niega heteroagresividad. Ideación suicida activa: "tirarse al metro o al micro".

Han aumentado compulsiones de chequeo y orden. Niega alteraciones sensorceptuales.

Examen Mental:

Vigil, consciente, orientado en tiempo y espacio, atento, lúcido. Cooperar, escaso contacto ocular. Sin alteraciones de la psicomotricidad, ni movimientos involuntarios. Lenguaje notficativo, lento.

Pensamiento concreto, sin otras alteraciones del curso formal. Sin ideas delirantes.

Control del pensamiento alterado, con ideas obsesivas de hacerle daño a otros, catastróficas. Bradipsíquico, con ideas suicidas activas con planificación.

Niega alteraciones sensorceptuales. Juicio de realidad conservado, sentido de realidad alterado. Conciencia de enfermedad conservada.

Afecto triste, escasa modulación afectiva. Refiere angustia e irritabilidad.

Examen Físico: sin alteraciones.

Diagnósticos:

- Síndrome Suicidal
- Trastorno Afectivo Bipolar episodio mixto.
- Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Indicaciones: Clorpromazina 25 mg 1-1-1 IM, Lorazepam 4 mg ½-½-1 IM, Carbonato de litio 300 mg ½-0-2 v.o.

Evolución:

Paciente ha permanecido tranquilo, sin desajustes conductuales, sin agitación psicomotora, duerme durante la noche, pero

despierta un par de veces. No refiere ideación suicida actual. Compulsiones han disminuido. No relata ideas delirantes ni alteraciones sensorceptuales. Se decide traslado a sector.

Sector 7 (14-06-2016)

Ingreso:

Den la entrevista destaca:

Del TOC: Paciente habla de sus "TOC", refiriéndose a los ritos, un ejemplo es revolver la taza del té, 3 veces y luego con la cuchara golpear la taza 3 veces. Empezó a los 18-19 años, "yo pienso que si no lo hago me va a dar cáncer."

¿Pero cómo es posible que no cumplir con el rito le vaya a dar cáncer?

No sé explicarlo, sólo sé que si no lo hago me va a dar cáncer.

Última ideación suicida, la semana pasada

Al Examen Mental:

Ingresa por sus propios medios, viste pijama, logra entablar buen contacto con entrevistadores, aunque algo lejano, apático. Afecto pueril, mal modulado.

Pensamiento: velocidad enlentecida, en cuanto a la estructura no hay alteración. Concreto, mímica complementaria: si.

Contenido: cuando se le pide aclarar fenómeno obsesivo reacciona con reticencia e irritabilidad, mirada transfixiones, que obliga a repreguntar de varias formas, hasta llegar a la claridad que dicha idea se caracteriza por una certeza apodíctica, delirante, incorregible.

Sin ideación suicida actual. No hay patología somática agregada.

Diagnósticos:

- Síndrome Pseudobsesivo
- Obs. Trastorno esquizoafectivo
- Obs. TAB I

Indicaciones: Carbonato de litio 300 mg ½-0-2 v.o., Quetiapina 100 mg ½-0 -1 v.o., Clonazepam 2 mg 1-0-1 v.o.

Exámenes (2016)

Hemograma: normal. Pruebas de coagulación: normal Hormonas tiroideas: normales. Glicemia: 115 mEq/L.

Col total 236; HDL 45, 2; LDL 143, 9, TGC 232

VDRL no reactivo

Litemia 0, 65 mEq/L.

EEG (2015): normal

Evolución

Durante la primera semana, paciente se mantiene tranquilo, ajustado, refiere periodos de fluctuación del ánimo entre irritabilidad y tristeza, de menor intensidad que a su ingreso. Sin embargo, a las entrevistas más bien impresiona una baja modulación afectiva. No registra conductas de autoagresión. Se mantiene sin ideación suicida.

Al volver de permiso por el fin de semana refiere que en contexto de irritabilidad (espontánea, sin desencadenantes ambientales ni intrapsíquico) presenta conductas autoagresivas, se pega combo en la cara, su esposa lo contiene, le afirma los puños.

Además, al repreguntar por alteraciones de la sensopercepción, refiere alucinaciones cenestésicas, estando despierto alguien lo aplasta en la cama y le impide moverse. Le cuesta sacar la voz, llama a su esposa quien lo mueve, y esto cede. Última hace 1 mes, las ha tenido durante toda su vida.

Dados los antecedentes, es reevaluado por el equipo, dentro de la entrevista destaca sugestionabilidad del paciente (incorpora elementos en su relato antes comentados por médico tratante). Impresiona paciente dependiente, con necesidad de ser cuidado.

Discusión

Entre lo Pseudoneurótico y lo Límitrofe *Neurosis- psicosis*

La neurosis no desmiente la realidad, sólo la ignora; la psicosis lo desautoriza e intenta reemplazarlo.

Una neurosis generalmente se contenta con evitar la parte de la realidad en cuestión y protegerse contra entrar en contacto con ella.

Así vemos que tanto en la neurosis como en la psicosis surge la cuestión no sólo de una pérdida de realidad, sino también de un sustituto de la realidad. (Freud S. 1924) (De Oliveira, 2015)

Lo que cuenta para Freud, y Lacan lo sigue, es la invención compensatoria del sujeto que produce una transformación en el caso. La transformación es el efecto de lo que Freud llama diversamente, compensación, construcción, sublimación, nueva realidad e incluso un parche. (Klein R., 2013)

A los diversos mecanismos neuróticos con los que el psicoanálisis nos ha hecho familiares, y una parte psicótica de la personalidad que es tan dominante que la parte no psicótica de la personalidad, con la que existe en negativo yuxtaposición, se oscurece.

Además, considero que esto es cierto para el neurótico severo, en quien creo que hay una personalidad psicótica oculta por la neurosis como la personalidad neurótica es examinada por la psicosis en el psicótico, que tiene que ser puesto al descubierto y tratado. (Bion W. R. (1957)

Pseudoneurótico

Los síntomas Pseudoneurótico se sientan en la frontera entre la psicosis y la neurosis. De hecho, por la esquizofrenia Pseudoneurótico de los años sesenta, se sinónimo del término «Estados fronterizos».

Cuando el trastorno límite de personalidad fue finalmente introdujo en el DSM-III en 1980 el diagnóstico fue formulado predominantemente en términos de humor y conducta, distinta de la esquizofrenia subsindromático, que se denominó trastorno "personalidad Esquizotípico" (Connor, Karen O , 2009)

Hoch y Politan's la formulación de este complejo trastorno ayudar al médico a diferenciar estos casos más graves de los más neuróticos favorables. A pesar de la amplia aceptación del concepto de la esquizofrenia Pseudoneurótico, el diagnóstico de este el trastorno común y problemático difícil. A menudo se hace sólo después de un largo período de fracasos terapéuticos (Schiele, B. C., 1962)

La personalidad Esquizotípico elementos se encuentran a veces en conjunción con estos ítems personalidad inestable, pero también ocurren independientemente.

Los elementos Esquizotípico de la personalidad se centran en el tipo de Trastornos perceptivos o cognitivos. Hoch y Polatin (1949) y Frosch (1964) describió ideas de referencia, ilusiones recurrentes, despersonalización, desrealización, pensamiento mágico, y paranoico, (Rieder Ronald O. 1979.)

El término Pseudoneurótico recogería el problema de la interfase fenomenológica entre psicosis y neurosis. Hoch y Polatin, en 1949 acuñan este término para tratar de especificar un cuadro psicopatológico caracterizado por exhibir manifestaciones clínicas pan-neuróticas, pan-sexuales y pan-ansiosas, enmascarando síntomas de una real esquizofrenia. (Tabla 1)

El concepto sostiene que si bien, hay una grave alteración de la identidad del yo de quien lo padece, no sería evolutivamente desintegradora de las características de su personalidad, pero estaría sufriendo constante ansiedad, síntomas depresivos, fóbicos, histéricos y obsesivo-compulsivos.

Los fenómenos psicóticos serían sutiles y breves y en ocasiones se sufriría de episodios psicóticos intensos diurnos o nocturnos

Tabla N°1

Diagnóstico de esquizofrenia Pseudoneurótico

<p>Síntomas clínicos primarios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos del pensamiento y la asociación: proceso; contenido 2. Trastornos de la regulación emocional: forma; contenido 3. Trastornos de síntomas clínicos secundarios de funcionamiento sensoriomotor y automático <p>Síntomas clínicos secundarios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pan-ansiedad 2. Pan-neurosis: sintomatología neurótica, comportamientos y síntomas de trastorno de carácter 3. Pan-sexualidad

(Connor K., 2009)

tales como pesadillas que se continúan con alucinaciones durante la vigilia (Vega-Dienstmaier & Saavedra, 2001).

Sandor Rado (1959), plantea que un alto número de pacientes diagnosticados como ansiedad histérica, conversión histérica, neurosis obsesiva compulsiva y psiconeurosis mixta, son erróneamente diagnosticados. Según este autor, estos casos se explicarían por una organización Esquizotípico del yo.

Concluye, que el poder hacer un diagnóstico diferencial entre neurosis y pseudoneurosis, reside en la experiencia y habilidad del psiquiatra para detectar la presencia o ausencia de rasgos esquizofrénicos mínimos, usando su propia resonancia emocional, ya que no existe método alguno para demostrar las deficiencias Esquizotípico latente.

Se hicieron esfuerzos para correlacionar los resultados con diversos factores, que van desde la historia familiar de la enfermedad mental, a través de las vicisitudes del medio ambiente, la reactividad a los estímulos, precipitando factores que conducen

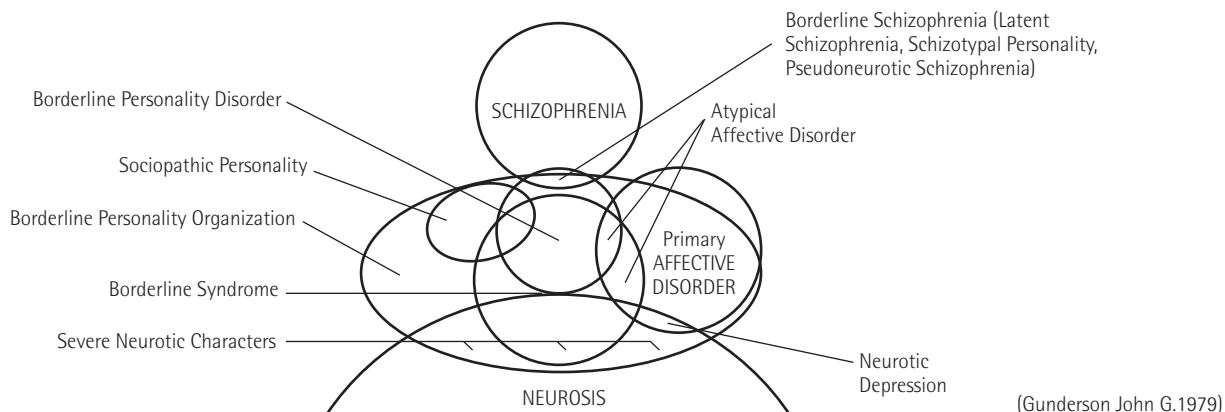
a la discapacidad, el tipo de tratamiento. No había evidencia de alguna correlación con la precipitación de los factores y tipo de tratamiento (Hoch P, Polatin P. 1949)

Se trata de un informe de seguimiento de 5-20 años el curso y resultado de 109 pacientes con esquizofrenia Pseudoneurótico. No parece haber una alta incidencia de una historia de por vida de la enfermedad, a pesar de la edad de inicio es difícil de determinar. Había una concentración notable de los pacientes de los terceros (50%) y cuarto (25%) décadas en el momento de comenzar el tratamiento. (Vega-Dienstmaier J. 2001)

Aproximadamente el 20% de los pacientes desarrollaron sintomatología esquizofrénica abierta en algún momento durante el periodo de seguimiento, pero la mitad de ellos (10%) tuvieron una remisión. Por lo tanto, el 10% que originalmente tenía la forma de la esquizofrenia Pseudoneurótico desarrollada formas crónicas de la esquizofrenia catatónica con la típica sintomatología paranoide, y ocasionalmente hebefrénico. (Figura 1) (Weller M. (1987)

Figura N°1

El cuadro límite: Interrelaciones entre categorías de diagnóstico superpuestas



Limítrofe

Personalidad Esquizotípico o Trastorno límite de la personalidad

La esquizofrenia Pseudoneurótico, junto con los conceptos de demencia precoz atenuada, esquizofrenia latente, esquizofrenia ambulatoria, estructura de personalidad pre esquizofrénica y esquizofrenia límite, se reclutaron en la noción, propuesta en 1938 por Stern, de personalidad límite.

El DSM-III criterios para el trastorno límite de la personalidad, en su típica inequívoca pero no ponderada manera, que tiene generosidad sido referido como el enfoque "menú chino", requieren por lo menos cuatro de los siguientes: impulsividad, actos autolesivas, interpersonales inestables relaciones, la intolerancia a la soledad, vacío y aburrido y la identidad de la perturbación, el último aparente más parecido a la esquizofrenia y la primera a la psicopatía.

En este estado, se pueden observar manifestaciones características de la psicosis, como la presencia de ideas delirantes, alucinaciones y una conducta extravagante o desorganizada, pero sin llegar a constituir una psicosis propiamente tal.

Estos fenómenos se compartirían con características clínicas y pronósticos de la neurosis, es decir sin la evolución del deterioro grave a largo plazo y con una adaptabilidad a las exigencias sociales y laborales mejor que la que se da en las psicosis. (Tabla 2)

Trastorno límite de la personalidad- Trastornos Disociativos

Por lo tanto, hemos encontrado, a través de la historia de la histeria, que los términos psicosis e histeria están contenidos en un único concepto, por mencionar la psicosis histérica (en la CIE- 10, la conversión del trastorno disociativo también se llama "histérica psicosis"). Desde los años 2000, el nuevo concepto de surge la esquizofrenia. Así que hemos notado que el término disociativa se asocia una vez con neurosis y una vez con psicosis, o incluso ambos.

¿Están en la frontera entre estas dos entidades como lo demuestran la sintomatología clínica y la historia? (Devillé C., (2014)

De hecho, la construcción de la disociación no se aplicó sólo a "histeria" originalmente. Bleuler (1911) también con los típicos síntomas esquizofrénicos, como la interrupción pensamientos y emociones, pensado como el mecanismo psicopatogénico en la esquizofrenia. (Sar Vedat. 2009)

Hemos identificado que los trastornos disociativos son una de problemas cercanos a trastornos psicóticos, debido a voces, entre otras cosas. Los síntomas de "como-psicosis" (Trastornos del comportamiento, agitación, pseudo alucinaciones auditiva y pseudoilusiones) son una parte del trastorno disociativo, dando este diagnóstico difícil de hacer. (Devillé C., (2014)

Sin embargo, el concepto de psicosis psicógena no es nuevo. De hecho, muchos psiquiatras de principios del siglo XX enfati-

Tabla N°2

Varios enfoques de Borderline
Criterios de diagnóstico
La ira como principal o sólo afecta; Relaciones anaclíticos, dependientes, complementarios, pero raramente recíprocos; Falta de identidad propia; depresión caracterizada por la soledad más que por la vergüenza o la culpa. <i>Síndrome Clínico Grinker</i>
Afecto intenso, usualmente hostil o deprimido; Historia del comportamiento impulsivo; áreas de adaptación social; Breves experiencias psicóticas; pensamiento flojo en situaciones no estructuradas; Relaciones que vacilan entre transitorios superficialidad e intensa dependencia. <i>Entidad clínica Gunderson</i>
Alteración sutil del pensamiento, la asociación y la regulación emocional, acompañado de pan-ansiedad, pan-neurosis, y polimorfos sexualidad perversa. <i>Esquizofrenia mediana Hoch y Polatin</i>
Pensamiento deserético; breves trastornos cognitivos o disociativos; micropsicosis; anhedonia; superficial ("como si") interpersonal y caótico relaciones sexuales; Múltiples síntomas neuróticos. <i>Esquizofrenia Limite, Kety, Rosenthal, y Wender</i>
Comunicación extraña; Pensamiento referencial; recelo; Ilusiones recurrente; pensamiento mágico; relación inadecuada; ansiedad social indebida o sensibilidad a la crítica; aislamiento social. <i>Personalidad Esquizotípico. Spitzer, Endicott, y Gibbon</i>
<i>Trastornos afectivo Atípico. Categoría no utilizada. Klein</i>
ifusión de la identidad e incapacidad relacionada para experimentar a los demás como unas todas personas; uso predominante de operaciones defensivas primitivas; realidad pruebas intactas o mejora cuando las distorsiones se enfrentan, se aclaran o se interpretado. <i>Distinción Psico-estructural Kernberg</i>
(Liebowitz, M. Is borderline a distinct entity? Schizophrenia Bulletin, Vol 5(1), 1979, 23-38)

zaron los factores psicogénicos en los trastornos mentales psicóticos. Todavía, se ha hecho poco para establecer la duración de los llamados "episodios psicóticos transitorios" (Lotterman, A.C 1985) (Chinchilla A, 1989)

Stephens encontró que estos dos grupos (Esquizofrénicos vs psicosis psicógena) difirieron significativamente en que los pacientes reactivos tenían a) un inicio más agudo, b) un estrés más precipitante, c) más síntomas afectivos, d) más confusión, e) menos embotamiento afectivo, f) un mejor ajuste premórbido, G) menos rasgos esquizoides premórbidos, h) menos parientes esquizofrénicos, e i) un resultado mucho más favorable a largo plazo. (Stephens JH. 1982)

Bibliografía

1. Bion W. R. Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities. (1957). *International Journal of Psycho-Analysis*, 38:266-275
2. Chinchilla A, López-Ibor JJ, Cebollada A, Carrasco JL, Vega M, Jordá L, Viñas R, Sánchez P, Moreno I, Camarero M. [Hysterical psychosis: clinical aspects and disease course]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1989 Jul-Aug;17(4):231-6
3. Connor K., Barnaby Nelson, Mark Walterfang, Dennis Velakoulis, Andrew Thompson. Pseudoneurotic schizophrenia revisited. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2009; 43:873_876
4. Devillé C, Moeglin C., and Sentissi O. Case Report Dissociative Disorders: Between Neurosis and Psychosis. *Case Reports in Psychiatry* Volume 2014 (2014), Article ID 425892, 6 pages
5. De Oliveira Jacqueline. Drawin, Carlos R. Possible relation between psychosis and the unconscious: a Review of "The Unconscious," by Freud *Frontiers in Psychology*. July 2015|Volume6|Article1001
6. Freud S. The Loss of Reality in Neurosis and Psychosis' 1924 C.P., 2, 277-82. (Tr. Joan Riviere.)
7. Gunderson John G. The Relatedness of Borderline and Schizophrenic Disorders. *Schizophr Bull*. 1979;5(1):17-22.
8. Klein R. Paper 8 – Loss of Reality in Neurosis and Psychosis. FEBRUARY 18, 2013 En: www.lacanian-forum.org.uk/paper-7-loss-of-reality-in-neurosis-
9. Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia *Psychiatr Q*. 1949 Apr;23(2):248-76.
10. Hoch P., J. P. Cattell, M. O. Strahl, and H. H. Pennes the course and outcome of pseudoneurotic schizophrenia. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.119.2.106>
11. (Liebowitz MR. Is borderline a distinct entity? *Schizophr Bull*. 1979;5(1):23-38).
12. Lotterman, A.C Prolonged psychotic states in borderline personality Disorder. *Psychiatric Quarterly* March 1985, Volume 57, Issue 1, pp 33-46.
13. Rado Sandor *Psychoanalysis of Behavior: Collected Papers*, Vol. 2, 1959-1961
14. Rieder Ronald O. Borderline Schizophrenia: Evidence of Its Validity. *Schizophrenia bulletin*. VOL. 5. NO. 1, 1979. 39-46
15. Sar Vedat. Öztürk Erdiñ Capitulo 35 Psychotic presentations of dissociative identity. Pág. 535-545 January 2009
16. Schiele, B. C. Treatment of pseudoneurotic schizophrenics and chronic Neurotics. *The Canadian Journal of Psychiatry* Volume: 7 issue: 1_suppl, page(s): 60-66 Issue published: December 1, 1962
17. Stern, W. (1938). *General psychology from the personalistic standpoint* (H.D. Spoerl, Trans.). New York: Macmillan Co
18. Stephens JH, Shaffer JW, Carpenter WT Jr. Reactive psychoses. *J Nerv Ment Dis*. 1982 Nov;170(11):657-63.
19. Vega-Dienstmaier J1, Saavedra J. [Pseudoneurotic schizophrenia: a case report]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2001 Jul-Aug; 29(4):275-8.
20. Weller M. The spectrum of schizophrenia. *Postgraduate Medical Journal* (1987) 63, 1021-1024

Conclusión

Actualmente, la denominación de Esquizofrenia Pseudoneurótica, casi no se usa y está incluida dentro de la definición del trastorno Esquizotípico de la CIE-10 (Vega-Dienstmaier Et Saavedra, 2001) o trastornos límite de la personalidad del DSM-IV-TR.

La clínica Pseudoneurótica son manifestaciones variadas que han sido absorbidas en la historia por el campo de lo esquizofrénico o limitrofe.