

PUBLICADO EN LA REVISTA  
DE  
PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA  
DE EUROPA Y AMÉRICA LATINAS  
REVISTA TRIMESTRAL  
BARCELONA

AÑO V

TOMO III

NÚM. 2

Págs. 137 a 187 — ABRIL 1957

## CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA CONCEPCIÓN PLURALISTA DE LA ESQUIZOFRENIA

JUAN CODERCHI      JOSÉ M.<sup>a</sup> COSTA MOLINARI      ARTURO SARRÓ MARTÍN

### Introducción

CON el fin de investigar sobre la realidad clínica de la concepción pluralista de la esquizofrenia, iniciada por KLEIST y seguida por LEONHARD y SARRÓ, y delimitar sus diversos estados finales, hemos estudiado más de 200 esquizofrénicos procedentes del Instituto Mental de la Santa Cruz, del Instituto Pedro Mata y del Sanatorio de San Baudilio (\*). Dichos enfermos presentan un tiempo mínimo de evolución de 15 años y un máximo de 45; la mayoría oscila alrededor de los 25 años de evolución.

A efectos de estadística hemos seleccionado 152 enfermos, eliminando los más modernos y aquellos cuyo curso evolutivo nos era más difícil de precisar.

Hemos agrupado los distintos cuadros en cuatro grandes grupos: el de las formas paranoides, el de las esquizofrenias confusas, el de las catatónicas y el de las hebefrénicas.

### Formas paranoides

Son las de mayor riqueza y productividad de cuantas hemos estudiado dentro de los estados finales. En efecto, en ellas aparecen ricos contenidos delirantes, y las alucinaciones plurisensoriales son más frecuentes y generales que en las demás formas, mientras que en contraste con ello, la personalidad y afectividad están relativamente conservadas.

Los contenidos delirantes observados en estas formas varían desde los extraordinariamente ricos y polifacéticos de la fantasiofrenia a los pobrísimos y vacíos de contenido de la forma expansiva. Se diría que todos ellos llevan una doble contabilidad de su personalidad, o sea, la real y la delirante. Todos han inventado una teoría para incluir su persona real dentro de su delirio, tanto en la fantasiofrenia como en la alucinosis verbal.

Los enfermos generalmente están bien orientados, tanto auto como alopsí-

\* Agradecemos a los Directores de los citados Sanatorios, Dres. TORRAS, VILASECA y JUNCOSA, la colaboración que nos han facilitado.

quicamente. Su afectividad en muchos casos es viva, reaccionan vivamente contra las supuestas injerencias en su intimidad, contrasta en gran manera con el embotamiento afectivo de las formas catatónicas o hebefrénicas. La inteligencia, acostumbra a estar algo conservada. La forma más pobre es la expansiva y la que produce la impresión de un mayor grado de desconexión con el mundo exterior es la alucinosis verbal en sus formas avanzadas, en las que el enfermo permanece sumergido en su mundo alucinatorio, sin que sea posible sacarlo de él.

### Fantasiofrenia

Haremos una descripción de este cuadro, atendiendo a cada uno de los síntomas observados. Podemos anticipar que hay una serie que se presentan en todos los enfermos, mientras otros, aunque característicos, son menos frecuentes.

Entre los primeros tenemos la alucinosis, a la que se puede describir como múltiple, ya que encontramos pseudopercepciones visuales, auditivas y cenestésicas, nombradas en orden de menor a mayor importancia.

Las menos características son las visuales, se presentan en la mayoría de los enfermos, pero con un carácter de inespecificidad. No tienen nunca el dato fundamental de lo fantástico propio de esta forma. Las auditivas son mucho más frecuentes, aunque también bastante inespecíficas. Su contenido varía desde el halago a la amenaza.

Mayor importancia tienen las cenestésicas. Tienen un claro matiz fantástico, son absurdas, desmesuradas. Los enfermos se lamentan de los acontecimientos más absurdos; así vemos que nos dicen: «Me quitan la cabeza», «Me faltan los ojos», «Tengo muchos corazones».

En todas sus manifestaciones aparece la nota de lo fantástico. Es una característica fundamental y no se limita al yo del enfermo, sino que lo rebasa, extendiéndose a todo lo que se pone en relación con el mismo. Todas sus ideas son fantásticas, inconmesurables.

Así las ideas de grandeza no tienen límites, son rey de reyes, inmensamente ricos; uno nos dice que: «Todo lo que existe es mío, incluso el aire que respiramos».

La muerte deja de tener importancia, se convierte en un acontecimiento diario, es frecuente la identificación con el sueño, los pacientes se mueren cada noche, y por la mañana resucitan. Puede llamarse a este fenómeno «muerte reversible». Este síntoma se presenta absolutamente en todos los enfermos, todos han muerto varias veces, han vivido gran cantidad de vidas; su edad se remonta a cientos de años, a millones.

Íntimamente ligadas con la muerte reversible, están las vivencias de la reencarnación y transmigración de almas. El alma, una vez fallecido el cuerpo que la albergaba y después de un período más o menos largo, pasa a animar otro cuerpo. Nos describen cronológicamente todas sus vidas anteriores, algunos de ellos en gran número. Una enferma nos relata que sucesivamente había sido ninfa, sirena, artista y león.

Existe un cierto evolucionismo en esta transmigración, generalmente empiezan residiendo en el reino vegetal y, progresivamente llegan al humano. Incluso en algunos pacientes se extiende hasta el reino mineral, inanimado. Una había sido carro, otra zapato. Para otro, todas las piedras son morada de un alma. Esta evolución en sentido ascendente, puede pararse e incluso retroceder en el caso de que el alma sea castigada, en cuyo caso vuelve a un estado inferior; así muchas personas se convierten en vegetales u objetos como castigo a sus pecados.

Como ejemplo de lo citado anteriormente, tenemos el caso de un enfermo que mató a su madre, acusándola de impostora, ya que él, por haber vivido siempre, no podía tenerla. El mismo enfermo manifestó que anteriormente las personas eran árboles, las ramas eran las extremidades; el tronco, el cuerpo, y las raíces, el pelo, o sea la imagen invertida de la persona. Otro dice que el alma tiene cinco mil años de vida, repartidos en setenta vidas distintas; al morir pasa a ocupar inmediatamente otro cuerpo.

Lo mismo sucede con el concepto de la divinidad: Dios se convierte en un igual, se acortan las distancias entre Él y el enfermo. Es sumamente frecuente la identificación divina. Incluso se intenta una cierta racionalización del concepto, adaptándolo a la medida de su comprensión, el enfermo cree en un dios «físico y químico», otro lo identifica con el mundo.

Desaparece el concepto del yo, sus límites se borran, se confunden con el mundo circundante. El enfermo se identifica con el mundo exterior, con la naturaleza. Se hace inmenso, lo abarca todo. Como ejemplos de lo dicho tenemos las siguientes manifestaciones de distintos sujetos: «Yo soy el mundo», «Yo soy todo lo que existe», «Yo soy usted», «Soy millones de reinas, millones de médicos y millones de todas las cosas».

Como vemos, se borran los límites de la persona, ésta deja de ser una entidad circunscrita a unos determinados límites para extenderse a todo, llegando incluso a identificarse con ella. Uno recoge las piedras del jardín, por considerar que en cada una de ellas reside vida, su cuerpo está lleno de diversas capas de madera y mineral.

Otro grupo de síntomas son las vivencias escalofriantes. Manifiestan que en la casa se cometen horrores, «matan niños», «es una casa de muerte». Generalmente van acompañadas de vivencias antropofágicas. Se lamentan de que en la comida se incluyen restos humanos: «Cada día como carne humana», «chuletas humanas», «me quitan carne y me la ponen en el plato».

Todos estos relatos no van en consonancia con la afectividad del enfermo, ésta se halla sumamente empobrecida, embotada. Refieren las mayores hazañas, o las más espantosas calamidades, sin que estos relatos repercutan en su estado afectivo.

El lenguaje es generalmente claro, con tendencia a la verborrea. Suelen estar bien orientados en tiempo y espacio, aunque procuran incluir su estado actual dentro de sus ideas delirantes. Así al preguntar a un enfermo que cómo es posible tenga a la vez 5,000 años y 54 (su edad actual), nos responde que estos últimos son de su vida actual, mientras que los primeros resultan de sumar todas sus vidas. Otro explica su situación actual en el Instituto, a pesar de

ser rey de reyes, como que está pasando un período de reposo en unos edificios de su propiedad.

En cuatro casos hemos observado ideas de cambio de sexo. Una mujer nos dice: «Soy hombre». Otra nos refiere que en una de sus anteriores vidas fué un león. «Hay mujeres que cambian en hombres», «Se nace hombre y se muere mujer».

En cuanto a los falsos reconocimientos, sólo los hemos observado en tres enfermos. A nuestro juicio se trata de un síntoma que aparece al instaurarse el cuadro, pero que desaparece una vez está plenamente establecido.

### **Confabulosis**

Se trata de una forma emparentada con la fantasiofrenia, poco frecuente. En nuestra estadística figuran en número de tres casos. Junto con la forma expansiva constituye el trío de las formas fantásticas, con las que presenta (50 por 100) casos mixtos.

El delirio de estos enfermos es una fabulación de carácter fantástico, inventando biografías extraordinarias. Se circunscribe siempre a su pasado, pero en el presente aún conservan ideas megalománicas, resto de su antiguo esplendor, de cuyo recuerdo están pendientes. Relatan los sucesos más impresionantes. Atentados, muertes, inventos, viajes interplanetarios, propiedades inmensas y hazañas inverosímiles, constituyen los temas de sus relatos.

Sus vidas están formadas por las más truculentas aventuras y no se cansan de reptirlas una y otra vez con todo lujo de detalles. No parece causarles la menor impresión la discordancia entre su brillante pasado y su situación actual y que atribuyen a maquinaciones y venganzas de sus enemigos. La inflación del Yo, como hemos dicho, es constante. Uno ha sido el propio Jesucristo, otro está emparentado con las más poderosas familias reales; otro, creador de planetas, propietario de mil millones de dólares. Uno ha inventado el autogiro y al mismo tiempo ha escrito la letra y la música de «Los Gavilanes»; otro ha sido el Papa y propietario de los Estados Unidos. Uno fabrica en una sola noche millares de automóviles con materiales vegetales, que extrae de una propiedad llamada «Misisipí», situada más allá de la India, y por la noche los vende a toneladas por el Universo.

Algunos de estos enfermos identifica sus recuerdos con los sueños. Su delirio se localiza, en unos, en su pasado real; pero en otros, se extiende temporalmente siglos atrás de su nacimiento, siendo éste interpretado como un cambio. Son enfermos orientados, de afectividad conservada, pensamiento coherente, ordenados en su conducta y algunas veces presentan, además del cuadro delirante fundamental, alucinaciones auditivas y visuales.

### **Forma megalómana o expansiva**

El síntoma fundamental de este tipo de esquizofrenia es un delirio localizado en la propia persona del enfermo. Son los más ilustres personajes, como en las

dos formas anteriores, diferenciándose de las mismas, entre otras cosas, por la estricta localización de su delirio en el presente.

Se trata, además, de una forma pobre en contenido, y el delirio abarca la inconmensurable exuberancia de los fantasiofrénicos. La afectividad de estos enfermos está embotada y todo en ellos es torpe y apagado.

Su delirio no influye en su conducta, y así no es raro ver al rey de las Españas ocupado en tareas de limpieza, o en trabajos de albañilería. Algunas veces acompañan ideas de persecución debido a su elevada alcurnia.

La mayoría son enfermos desorientados, con un profundo déficit intelectual, recordando a veces a un paralítico general. Su comportamiento es dócil, y son raros en ellos los episodios agresivos.

### Alucinosis verbal

Representa una de las formas más frecuentes de esquizofrenia paranoide. En nuestra casuística figuran once casos, repartidos entre 5 mujeres y 6 hombres. La personalidad de estos enfermos se halla en casi todos conservada, y cuando no, puede atribuirse al largo período de internamiento. Por consiguiente son enfermos, la mayoría bien orientados auto y alopsíquicamente, presentándose un único caso de desorientación autopsíquica, atribuible a déficit senil sobreañadido.

La característica principal de este tipo de esquizofrenia consiste en la presencia de alucinaciones auditivas, cuyas características difieren según la personalidad de cada enfermo. Así, mientras unos son alucinaciones internas de carácter elemental, casi neurológico (ruidos, zumbidos, etc.), en otros son externas, reconocidas como voces de familiares o de personas conocidas. Unas provienen de la radio, televisión (?), «ondas hertzianas», otras son las propias personas, que como «siempre las tiene en el pensamiento», le hablan. El contenido de estas alucinaciones varía, pero generalmente son molestas, insultan, se burlan del enfermo, le ordenan haga tal o cual cosa. Sólo en un caso hemos observado eco del pensamiento y en otro interpretación como de transmisión del de otras personas.

La reacción que provocan estas alucinaciones, reconocidas casi siempre como una violación de la intimidad del enfermo, varía también a tenor de la reactividad de cada uno, del contenido de las mismas y de la interpretación que haga el enfermo de ellas. Nuestra impresión es de que todo depende del tipo de personalidad y del grado en que está conservada, que éste es el que modula el carácter inofensivo o insultante de la alucinación, para reaccionar después según sus pautas temperamentales.

Así, el apático reacciona ante unas alucinaciones elementales, casi acúfenos, diciendo: «¿Puedo pedir una gorra de goma refractaria de water-polo, para envolverme la cabeza contra esto?». El agresivo reacciona con violencia ante unas alucinaciones insultantes con otros insultos, pega y riñe constantemente. El equilibrado, incluso niega tenga alucinaciones, pero al fin contesta: «Las

voces están disciplinadas, no les hago caso, la voluntad es mía», y organiza su personalidad en forma defensiva ante la agresión que las alucinaciones representan para su integridad.

En dos de nuestros casos se presentan, además, alucinaciones visuales, y en otro, junto con éstas, alucinaciones cenestésicas. Casi la mitad de ellos presentan ideas delirantes, de influencia, de culpabilidad, autorreferenciales o celotípicas. Casi la mayoría tiene conciencia de enfermedad, aunque debido al déficit intelectual que presentan y del que hablaremos más adelante, surge de motivos fútiles. Se consideran algo nerviosos, sienten el tiempo, se quejan de insomnio, o de las seudopercepciones cenestésicas. También, y por el mismo motivo, interpretan la causa de su reclusión como una equivocación, una injusticia; una enferma asegura que su esposo la hizo encerrar para quedar libre y así poder ir con su amante; otro, se equivocó de camino.

La conducta de estos enfermos varía según su reacción ante las alucinaciones. Unos contestan a las voces airados, volviéndose susceptibles e irritables, no trabajando. Otros trabajan ordenadamente e incluso uno trabaja con actividad desenfrenada para «distraerse de las voces». Su afectividad está en casi todos conservada, y en los que no, se desvía hacia el polo de la iritabilidad.

Su pensamiento es coherente, pero en todos ellos predomina el tipo llamado concretista por HANFMANN y KASANIN. Son enfermos que están apegados a lo concreto, a lo anecdótico, no siendo capaces de generalizar un concepto, ni de pensar en términos abstractos. El símbolo pierde su carácter, una metáfora pierde su sentido. Es análogo al descrito por GOLDSTEIN en sus traumatizados craneales. Se pone especialmente de manifiesto, en la prueba de la interpretación de refranes. Así, por ejemplo, el refrán «Quien a buen árbol se arrima, buena sombra le cobija», responde uno de ellos: «En esto, hay que buscar el árbol que se comprenda es el más bueno». El refrán: «Tantas veces va el cántaro a la fuente que al fin se rompe», recibe estas dos respuestas: «Esto quiere decir que los cántaros no son muy seguros, y que hay que ir con mucho cuidado con las cosas que no son muy fuertes», y «Lo normal es que sea la mujer quien vaya a la fuente, no el hombre. Cada uno que haga su trabajo».

### Delirio de influencia

Son los enfermos más conservados. Su sintomatología se puede expresar en una tríada fundamental: las alucinaciones auditivas, las cenestésicas y el sentimiento de influencia.

Se trata de enfermos relativamente conservados, su afectividad está menos embotada que en la fantasiofrenia. Frecuentemente se sienten humillados, vejados por la violación de su intimidad, protestando continuamente de sus molestias y exigiendo el verse libres de la actividad influenciadora, aunque también es frecuente el hecho de que lleguen a acostumbrarse a sus fenómenos cenestésicos, quitándoles importancia.

Las alucinaciones auditivas aparecen siempre, su contenido es variable, aun-

que en su inmensa mayoría son de carácter ofensivo, reaccionando el enfermo en ocasiones violentamente contra ellas.

Las cenesésicas son abundantes y variadas, de tal manera que incluso dieron nombre al cuadro, alucinosis hipocondríaca, son tan extravagantes y absurdas que podemos decir que tienen un claro matiz fantasiofrénico. Los enfermos se quejan de que les roban los órganos, que abusan de ellos, que les molestan. Son frecuentísimas, casi constantes las seudopercepciones genitales: «Me quitan el semen por dentro», «Me tocan los órganos de la naturaleza». Son frecuentes sensaciones de calambres y corrientes por todo el cuerpo, predominantemente nocturnas. Se lamentan que les roban las vísceras, parte del cuerpo. «Me falta el corazón y el estómago», «Me han quitado los huesos», «Me quitan la vista».

Intentan explicar sus seudopercepciones por intermedio de diversos instrumentos técnicos. Es frecuente achacarlos a la televisión, al teléfono, radio, «máquinas eléctricas»...

Lo fundamental, lo que por sí solo caracteriza al cuadro es el sentirse influenciados. Una parte considerable de su persona deja de pertenecerles, se escapa al dominio del yo, para pasar a depender de una fuerza extraña, exterior, que le obliga a realizar los más diversos actos. En ningún momento se ven libres de esta fuerza, y esto les molesta más que las alucinaciones por lo que representa de limitación de su libertad. Se lamentan de que la entidad influenciadora, que acostumbra a ser indeterminada, «ellos» y «los de arriba», o que se mantiene en el misterio, actúa sobre ellos. En ninguna o en muy pocas ocasiones, llega a individualizarse esta entidad.

«Me hace mover los músculos de la lengua», «me hacen hablar, me obligan a hacer el amor, me paralizan, me traban, me hacen mover».

Cómo vemos por los ejemplos, esta fuerza es superior al enfermo, éste no puede hacer nada por contrarrestarla. Tiene absoluto dominio sobre todas las áreas de su persona.

### Psicosis de inspiración

Es un tipo de esquizofrenia poco frecuente, caracterizada por la presencia de un delirio de inspiración, gracias al cual el enfermo se cree investido de un poder que se le transmite desde esferas extramundanas. Tiene cierta semejanza con el delirio de influencia, pero mientras que en éste el paciente sufre las consecuencias de las maquinaciones de sus enemigos que le provocan las más desagradables sensaciones, en la psicosis de inspiración se cree investido de poderes sobrenaturales o emisario en el mundo de ideas innovadoras o reveladoras de verdades que han de revolucionar a la Humanidad entera. Se diferencia del delirio de influencia, porque respeta mucho más que éste la integridad de la persona.

El contenido más frecuente del delirio característico es el tema religioso y místico. Quieren convertir al mundo a las enseñanzas de Jesucristo, del que son continuadores y colaboradores directos; pero nunca se observan identificaciones con Dios. A lo sumo se consideran santos. Son constantes las alucinaciones audi-

tivas, reconocidas la mayor parte de las veces como la voz de Dios que les guía y les aclara todos sus pensamientos. En uno de ellos aparecen además alucinaciones visuales: se les aparecen Dios y todos los santos.

En otro de nuestros casos aparecen ideas de persecución y ser objeto de injusticias. Otra forma era un cuadro mixto formado con la esquizofasia. Su comportamiento y actitud es correcto, trabajando ordenadamente.

### **Psicosis de relación**

Tipo también poco frecuente, podemos caracterizarlo diciendo que es una esquizofrenia de comienzo hecha crónica. Abundan las interpretaciones delirantes de tipo autorreferente. Todo hasta lo más mínimo, tiene relación con el enfermo, sus pensamientos o sus actos.

Se sienten perseguidos, han perdido su libertad y su intimidad es ya un dominio público. Hablan de denuncias, envenenamientos e injusticias de que son objeto. Son enfermos bien orientados, trabajadores, bien conservados.

En un caso hemos hallado la presencia de alucinaciones auditivas: en ellas las voces hablan entre sí anunciando que irán a buscarle.

### **Esquizofrenias confusas**

Creemos justificado añadir —siguiendo a KLEIST— a los tres grandes grupos hasta ahora admitidos: el de las esquizofrenias confusas. Damos este nombre a aquellas formas en las que se combinan alteraciones del pensamiento, del lenguaje y de la atención.

KLEIST distingue tres formas: patológica, incoherente alucinatoria y esquizofasia. Nosotros no hemos encontrado entre nuestros enfermos la forma patológica. Creemos que ello puede ser debido a la extrema rareza de esta forma, o a diferencias raciales. En cambio, hemos incorporado a este grupo la forma que llamamos disgregada pura.

Las formas que componen este grupo no pueden incluirse en ninguno de los tres hasta ahora admitidos ya que faltan en ellos los trastornos psicomotores, la afectividad no se halla fundamentalmente embotada, ni se observan los síntomas productivos propios de las esquizofrenias paranoides, puesto que aun cuando en la forma incoherente alucinatoria se observen constantes seudopercepciones, la violencia e intensidad de las mismas, así como la incoherencia y la confusión mental, nos recuerdan un cuadro de amencia o un delirio agudo infeccioso más que una forma paranoide.

Un punto de semejanza existe entre formas que constituyen este grupo y es que presentan todas ellas un profundo trastorno en el mecanismo de expresión del pensamiento y de la relación interhumana, dando lugar a un lenguaje ininteligible, debido a sus trastornos paralógicos, parafásicos y paragramaticales.

incoherencia y distracción que se combinan en proporción variable y determinan las características de estas formas.

Intentaremos precisar el concepto de cada una de ellas y especialmente establecer las diferencias fundamentales que existen entre las mismas.

### **Disgregada pura**

Lo característico de esta forma consiste en un profundo trastorno del pensamiento, que presenta destrucción del contenido conceptual y disgregación asociativa. Podemos decir que corresponde, en cuanto a los trastornos del pensamiento, a la primitiva concepción de la esquizofrenia como mente hendida o disgregada.

Este profundo trastorno del pensamiento se revela tanto en las exteriorizaciones verbales como en la alteración de la conducta. El pensamiento disgregado de estos enfermos es, ante todo, desorganizado, fragmentado; las asociaciones normales se encuentran completamente destruidas, siendo reemplazadas por nuevas, cuyos contenidos no guardan entre sí una relación objetivable. De esta forma, el pensamiento disgregado resulta falto de toda lógica, sentido o coherencia, no sólo tomado como expresión de una idea, sino incluso término a término.

El trastorno del lenguaje es así mismo intensísimo, presentándose alteraciones parafásicas y paragramaticales que condicionan una desintegración del lenguaje con neologismos. En ocasiones se observa cierta analogía con la esquizofasia por la abundante verborrea en forma de ensalada verbal. Las estereotipias verbales son frecuentes.

Como hemos dicho, los trastornos de la conducta corresponden a los del pensamiento. Estos enfermos presentan frecuentemente estados de excitación, con agresividad. El estado de ánimo es tenso, colérico e irritable. Los matices negativistas son frecuentes. No reaccionan a preguntas acerca de la familia, libertad, etc. Al interrogatorio no consiguen formar ninguna respuesta correcta, aun cuando la atención es buena.

Algunos de estos enfermos nos han manifestado oír voces, pero no es posible investigar más a fondo sobre estas alucinaciones auditivas debido a la incoherencia del lenguaje. La mímica es seria, con meditación profunda. En algunos casos hay musitación espontánea. Falta por completo la iniciativa propia. No se consigue nunca adaptarlos a ningún trabajo.

### **Esquizofasia**

Ésta es aquella forma de este grupo en la que más conservada se halla la personalidad. Se halla caracterizada por las peculiares y relativamente aisladas alteraciones del lenguaje. Ya fué descrita por KRAEPELIN como confusión del lenguaje y deslindada de otras formas nosológicas. Esta confusión del lenguaje

es el síntoma principal de la enfermedad, manifestándose ya desde el principio, aumentando progresivamente, y dominando por último el cuadro.

En todos los casos pueden mostrarse ejemplos de las alteraciones aisladas del lenguaje, o sea, mutilaciones parafásicas de palabras y equívocaciones; hay diversas clases de neologismos, como derivaciones y composiciones defectuosas de palabras, así como de defectos gramaticales y paragramaticales.

Raramente deja de observarse algunas de estas alteraciones aunque su proporción sea diferente en cada caso, fluyendo las palabras sin cesar, dando lugar a lo que se entiende como diarrea o ensalada verbal, que puede ser detenida mediante un estímulo enérgico. Observamos entonces que el enfermo está orientado auto y alopsíquicamente. Es capaz de sostener por breve tiempo una conversación correcta y, en la mayoría de los casos, de interpretar refranes y efectuar sencillas operaciones aritméticas.

Dentro del ambiente sanatorial se comportan correctamente, hallándose siempre perfectamente adaptados al trabajo. El hecho de que mediante enérgicos estímulos verbales sea posible cortar la ininteligible verborrea del enfermo obteniendo respuestas correctas, así como su comportamiento adecuado, al tiempo de constituir su máxima diferencia con la forma disgregada, demuestra que hay un núcleo de la personalidad del enfermo que conserva su integridad. No creemos, sin embargo, que tras esta confusión verbal característica se esconda un pensamiento carente de todo trastorno. Al contrario, se encuentran algunas destrucciones conceptuales con disturbios alógicos y paralógicos, que demuestran la existencia de una alteración del pensamiento.

La atención del enfermo se encuentra vertida hacia el exterior, nunca hay autismo ni hipoprosexia. La mímica es animada y expresiva, en algunos casos angustiada, quizá por el esfuerzo de hacerse comprender sin conseguirlo. Son frecuentes las estereotipias verbales. En las formas más antiguas la verborrea tiene lugar en forma musitante. Se observan muchas asociaciones por asonancia. En algunos casos se observa comportamiento alucinatorio, que dada la confusión del lenguaje es difícil interpretar. Se presentan algunos estados de excitación, que pueden ser atribuidos a dicho componente alucinatorio. Sin embargo, en la mayoría de los casos no cabe suponer trastornos de la sensopercepción. La afectividad está bastante conservada. El estado de ánimo es más bien eufórico y expansivo.

### **Incoherente alucinatoria**

En esta forma el paciente vive sumergido por completo en un mundo alucinatorio, adoptando el aspecto típico del alucinado, y abstrayéndose hasta tal punto que en la mayoría de los casos resulta totalmente inabordable, no siendo posible obtener de él contestación alguna.

Indiferente a todos los estímulos, permanece en continua conversación con invisibles interlocutores, en la que el juego mímico, la mirada y el gesto toman parte por igual. En algunos casos mediante fuertes estímulos es posible atraer

por un momento su atención; pero la intensidad de las alucinaciones es tal que aquélla es prontamente apartada de la realidad.

Son frecuentes los estados de excitación, provocados sin duda por los trastornos de la sensopercepción, durante los cuales los enfermos hablan y discuten a grandes gritos. Sin embargo, nunca se observan actos agresivos. La verborrea es unas veces clara e inteligible y otras se convierte en obscura musitación. Son muy frecuentes las estereotipias verbales.

Como ya hemos dicho, la confusión e incoherencia mental y la viveza de las alucinaciones nos recuerdan un delirio agudo infeccioso o un cuadro de amencia. Generalmente no es posible obtener ninguna respuesta correcta. El estado de ánimo es con frecuencia irritable, colérico y la actitud recelosa y hostil en los casos en que es posible atraer algo su atención, presentándose también matices negativistas.

Las visitas de sus familiares les dejan indiferentes por completo. Gatismo en algunos casos. La falta de iniciativa es completa, no pudiendo ser adaptados a ningún trabajo.

### Hebefrenias

El grupo de las hebefrenias se caracteriza fundamentalmente por un trastorno de la afectividad en el sentido de disminución, que se refleja globalmente en la conducta del enfermo. Todo en él es pobre y apagado, faltan las grandes excitaciones y rebeldías, faltan los síntomas productivos y los trastornos de la sensopercepción desempeñan un papel muy secundario. El colorido vital ha desaparecido, no hay grandes sufrimientos, ni hay ideas delirantes de rico contenido. Una pátina gris y densa envuelve todos sus actos y pensamientos. El curso del pensamiento es siempre lento y pesado. Un síntoma común a todos ellos es el trastorno acentuado de la temporalización. Para estos enfermos el tiempo no transcurre; cuando se les pregunta qué edad tienen, contestan invariablemente la que tenían en el momento de su ingreso. Así vemos enfermos de 70 años decir que tienen 25, mostrándose ingenuamente sorprendidos cuando se les dice su verdadera edad. Las diferencias que se observan en este grupo no son tan grandes como las que separan entre sí las formas paranoides, puesto que han de establecerse en el plano de la afectividad, siempre de límites menos precisos que el delirante-alucinatorio o el psicotomotor.

### Hebefrenia necia

Esta forma se presenta casi exclusivamente en mujeres. El síntoma principal es la conducta necia. A medida que evoluciona la enfermedad, la risa va perdiendo su viveza, volviéndose insulsa e inmóvil. La superficialidad afectiva y ética, observable ya al principio, va emergiendo a primer plano, así como también la pobreza de impulsos, la disminución de la expresión verbal y el trastorno alógico del pensamiento. La actividad psicomotora es normal. Existe marcado interés

hacia el examinador. La mímica es risueña con alegría estúpida. Es muy frecuente el gesto de taparse la boca con la mano al reírse con gesto de coquetería. La desorientación no es muy marcada al principio, pero va aumentando en los casos cuya evolución se cuenta por decenios. No tienen nunca verdaderas ideas de grandeza, pero gustan de jugar con las que les son sugeridas, tomándolas prestamente como propias. Al preguntarles sobre el motivo de su estancia en el sanatorio inventan toda clase de infantiles explicaciones, como por ejemplo: «Mamá me trajo aquí para pasar unos días».

Frecuentemente narran relatos de contenido erótico, tales como bodas, noviazgos, etc. No expresan nunca deseos de marcharse a su casa. Si se les pregunta sobre ello, responden afirmativamente pero sin ningún entusiasmo, lo cual debe tomarse, a no dudar, como muestra de su embotada afectividad.

Cuidan de su aseo personal mejor que en otras formas hebefrénicas, pintando algunas sus uñas y adornando con lazos su ropa y cabello.

Se intercalan estados de excitación ligeros, fácilmente dominables. En las formas antiguas el lenguaje se convierte en musitación, atribuible al factor ambiental. Es en esta forma en la que más acentuado se presenta el trastorno de la temporalización antes citado.

Cuando se insiste en el interrogatorio se obtienen algunas pararrespuestas. Nunca se consigue hacerles trabajar. Las pruebas de juicio revelan un pensamiento empobrecido, pero no disgregado. Ante el espejo reaccionan positivamente con indudables muestras de coquetería.

### Hebefrenia apática

El carácter principal de esta forma es la indiferencia afectiva, aun cuando breves estados distímicos y de excitación de naturaleza predominantemente irritable pueden interrumpir a veces los períodos tranquilos. Nada interesa a estos enfermos, excepto la satisfacción de sus instintos más primordiales. Desconocen la angustia, la inquietud y el tedio. Sus familiares no cuentan para ellos, en su afectividad están definitivamente muertos.

La actitud es algo rígida, aunque no con la tensa rigidez de un catatónico. Indiferentes a todo estímulo, tampoco el interrogatorio de que se les hace objeto les interesa lo más mínimo. Con intensa hipoprosexia, la mirada perdida en el vacío se fija raramente en el interrogador. Cuando se insiste, dan respuestas ordenadas, pero con frecuencia indiferentes, que en algunos casos pueden catalogarse de pararrespuestas.

En dos de nuestros enfermos hemos hallado matices negativistas, que pueden atribuirse a la completa falta de interés en colaborar en el examen. La expresión verbal está fuertemente disminuída. La locución es apagada, monótona, a media voz o cuchicheante, sin modulación ninguna, como si al enfermo le produjera una fatiga enorme el hablar. Generalmente contestan por monosílabos. No se esfuerzan en comprender al interrogador ni tampoco en ser comprendidos. En las pruebas de juicio se obtienen pararrespuestas, pensamiento incoherente y

paralógico. Como ejemplo de esto último, citaremos el caso de una enferma que había sido cantante de zarzuela, la cual llevaba algún tiempo trabajando en una sección que en el Instituto Mental de la Santa Cruz llaman «La redonda». Habiendo intentado trasladarla a otra sección, dijo que tenía que seguir allí, puesto que ella había trabajado con Marcos Redondo.

La bradipsiquia es muy acentuada siempre. Cuando se les pregunta si quieren ver a sus familiares, no se consigue despertar en ellos la menor resonancia emocional. Algunos de ellos contestan francamente que les da lo mismo. Tampoco se conmueven cuando se les habla de abandonar el establecimiento. Algunos de ellos declaran que les agrada su permanencia en él. Pasan todo el día sentados en un rincón de la sala o patio, aun cuando se consigue hacer trabajar a algunos de estos enfermos si se les ordena continuamente lo que deben hacer.

Muy descuidados en su aseo. Ninguna reacción ante el espejo ni ante su fotografía. La desorientación témporoespacial es casi constante. Sólo en dos casos hemos registrado alucinaciones auditivas.

### **Hebefrenia depresiva o amanerada**

Se caracteriza por un estado de ánimo depresivo, plañidero, con quejas hipocondríacas monótonas, hábitos extravagantes y manerismos. La pobreza afectiva y la carencia de impulsos no alcanzan el grado que en la hebefrenia apática. Se observan faltas alógicas del pensar e improductibilidad mental. Para definir el estado emocional de estos enfermos puede emplearse el término de «seriedad crónica», aunque no puede decirse que realmente estén tristes.

La conducta se halla por completo estereotipada. Abundan los manerismos que se diferencian de las estereotipias propiamente dichas, en que no se repiten constante e inmotivadamente, sino que son provocados por determinadas situaciones. Así, dos de los enfermos vistos por nosotros tiran parte de la comida al suelo cada vez que se disponen a comer; otro, da dos vueltas alrededor de la silla antes de sentarse; otro, toca el marco de la puerta antes de pasar por ella; otro, no habla sino es tapándose la boca con la mano; otro se levanta a cada pregunta que se le hace para volver a sentarse acto seguido. Todos estos ceremoniales recuerdan los de los enfermos obsesivos. Algunas estereotipias se repiten constantemente en numerosos enfermos; tales son: contarse los dedos, escupirse en las manos, rascarse la barbilla, etc. Uno de estos enfermos llegó a presentar una profunda úlcera en el ala izquierda de la nariz a consecuencia del constante pellizcamiento.

Las estereotipias verbales son también frecuentes ya sea en forma de quejas hipocondríacas o en forma de monosílabos. No es raro conseguir que el enfermo trabaje aunque sea de un modo automático.

### **Hebefrenia autista**

No hemos encontrado ni un solo caso de la hebefrenia autista descrita por KLEIST. Éste la describe como una forma fácil de confundir con la esquizofrenia

paranoide, ya que en todos los casos se descubren formaciones delirantes y alucinaciones en todos los campos sensoriales. Estados distímicos y de excitación son también propios de la hebefrenia autista; acompañándose de excitabilidad, desconfianza y alucinaciones. Al remitir las excitaciones y en períodos tranquilos, los enfermos niegan obstinadamente sus alucinaciones e ideas delirantes.

La característica esencial de esta forma la constituye el autismo, que va incrementándose más y más, en correspondencia con una mímica impenetrable de los enfermos. Pueden diferenciarse pacientes arrogantes de sonrisa altanera, tímidos y apocados. Además se va desarrollando progresivamente un embotamiento afectivo y pérdida de iniciativa.

### **Hebefrenia pseudooligofrénica**

Haremos muy brevemente la descripción de esta forma, ya que su pobreza nos dispensa de extendernos en más detalles.

No siempre que se observa una falta completa de potencia intelectual en un enfermo debe pensarse en una hebefrenia injertada sobre un fondo oligofrénico. Confirma la experiencia que cuando un retrasado mental desarrolla una esquizofrenia escoge la forma hebefrénica. Pero en muchos casos en los que se observa una absoluta pobreza intelectual, la personalidad prepsicótica poseía un nivel mental completamente normal. Debe pensarse entonces que la hebefrenia ha producido no sólo una pobreza afectiva, sino también un profundo déficit intelectual lo suficientemente intenso para no poder ser atribuido a la falta de atención o de capacidad volitiva.

Con estos enfermos la sensación experimentada es la de hallarse ante un oligofrénico profundo. Muy raramente se halla conservada la orientación autopsíquica, la alopsíquica falta en todos los casos. En las pruebas de juicio fallan por completo. Solamente algunos reconocen su fotografía. A veces, cuando se insiste en el interrogatorio, tiene tendencias a fabulaciones que, por lo pobres, suelen pasar inadvertidas. Pueden hallarse algunas ideas de perjuicio dirigidas hacia sus familiares o hacia otros enfermos. La mímica y la expresión son algo infantiles.

### **Formas catatónicas**

Las formas catatónicas tienen como rasgo común la alteración del impulso psicomotor y del tono muscular. Los distintos cuadros de este grupo corresponden a otras tantas variantes de estas dos alteraciones.

### **Catatonía acinética**

Esta forma, la más frecuente entre las catatónicas, presenta cierta semejanza con el parkinsonismo; Sin embargo, no debe tomarse excesivamente en consideración esta analogía con una forma neurológica. Para ello basta observar las

crisis de agitación, actos impulsivos y agresividad que se producen en algunos de estos enfermos, para darse cuenta de que su sintomatología no es de origen neurológico.

El carácter fundamental de esta forma es, como indica su nombre, la acinesia. Los pacientes semejan inmóviles estatuas, permaneciendo sentados o de pie en un rincón de la sala, insensibles por completo a todo estímulo externo. Ni el frío, ni el calor, ni los ruidos hacen mella en ellos. Se hallan en actitud estereotipada, generalmente con la cabeza y el cuerpo inclinados hacia adelante y los brazos cruzados sobre el pecho. Si se intenta movilizarles se observa fuerte rigidez muscular y, a veces, el signo de la rueda dentada. Muy frecuentemente hay catalepsia, y tan sólo en un caso, colaboración motora.

Ante el interrogatorio permanecen indiferentes por completo, con aprosexia total, mímica inexpressiva y la mirada desviada del interrogador. La expresión verbal falta casi por completo excepto en los estados de excitación. Algunos enfermos contestan con monosílabos al insistir en el interrogatorio.

A pesar de su inmovilidad y rigidez, al efectuar lo que llamamos «prueba del equilibrio», consistente en inclinar hacia atrás la silla en que están sentados, todos reaccionan vivamente, echándose hacia adelante, para evitar la caída, y uno de los enfermos, mutista hasta aquel momento, nos dijo: «Cuidado, me harán caer».

Tampoco la visita de sus familiares consiguen atraer su atención. Los estímulos internos no parecen afectarles puesto que no cumplen con sus necesidades más elementales por sí solos ni acuden a comer si no se les llama. Los movimientos son bruscos y entrecortados, como los de un muñeco mecánico. Son frecuentes los movimientos estereotipados con las dos manos. Uno de los enfermos visto por nosotros, permanece siempre con los dedos de la mano izquierda flexionados sobre el pulgar, de tal manera que éste ha quedado reducido a un apéndice atrófico.

Faltos de toda iniciativa propia, algunos de ellos trabajan automáticamente cuando se les ordena, quedando de nuevo inmóviles una vez han terminado la labor mandada. No parece que existan trastornos de la sensopercepción. No puede dejar de mencionarse el hecho de que en algunos de estos enfermos, mutistas e indiferentes a todo estímulo, se consigue un mínimo de atención y algunas respuestas tras insistir pacientemente durante largo tiempo y un contacto personal muy próximo. En estas condiciones algunos han llegado a darnos la mano.

### Catatonía paracinética

Al contrario de lo que ocurre en la forma anterior, el impulso motor está aumentado en ésta, por lo que recuerda en cierto modo la corea de Huntington.

Algunos de estos enfermos pasan el día de pie, paseando de un lado a otro, sin sentarse ni permanecer quietos jamás. Sus movimientos son ampulosos, exagerados, teatrales y estereotipados. Uno de estos enfermos, al andar, ejecuta varios movimientos adelante y atrás, como imitando un paso de baile. Existe una

colaboración motriz en los movimientos impuestos. Algunas veces, conservación de actitudes de breve duración, ya que no les es posible permanecer mucho tiempo en una misma postura.

La expresión verbal se halla muy disminuída, por lo que no resulta posible la exploración del juicio. Son frecuentes las estereotipias verbales. La locución es en voz baja, obscura. Se observa también musitación espontánea. Algunos de estos enfermos rompen cuanto ropa se les pone, en forma estereotipada. Frecuentemente dan la mano de un modo automático cuantas veces se les ofrece, pero sin pasar de un radio reducido; si la distancia de la mano que se les ofrece supera dicho radio, inician el movimiento, pero lo detienen al llegar a cierto punto.

La atención es también móvil, inquieta, raramente se consigue que permanezcan mirando al interrogador. La mímica es cambiante, pseudoexpresiva puede llamarse, puesto que no parece que realmente refleje variaciones del ánimo. Presentan a veces risa o llanto espasmódicos. Afectividad muy embotada. Obedecen órdenes sencillas. Nunca se consigue adaptarlos al trabajo.

### **Catatonía verbal pronta o parafémica**

Forma la menos frecuente entre las catatonías. Los enfermos que la integran se nos presentan en actitud tranquila e indiferente. No hablan espontáneamente, pero cuando se les pregunta pronuncian con extrema prontitud una contestación breve y desatinada, pero que por su contenido deja adivinar que se ha captado el sentido de la pregunta, lo que le confiere el carácter de pararrespuesta.

La contestación sigue siempre a la pregunta de un modo automático, como si ésta pusiera en marcha un indefectible mecanismo y, no estando capacitado el enfermo para responder adecuadamente, lo hiciera empleando las fórmulas verbales más próximas a ello. La mímica es inexpresiva, la afectividad embotada y falta por completo toda iniciativa propia.

### **Catatonía proscinética**

Esta forma es poco frecuente. En dos síntomas fundamentales se apoya su cuadro clínico. Uno de ellos es la musitación incesante, musitación espontánea e ininteligible que al parecer no va dirigida a nadie, pues estos enfermos no demuestran, en ningún momento, sufrir trastornos de la sensopercepción. El otro síntoma es el interés que despiertan en ellos los objetos que les rodean, hasta tal punto que cada uno de dichos objetos se comporta como una fuente de estímulos, que, actuando sobre el paciente, provoca un inmediato reflejo de prensión.

Si se les ofrece la mano, la toman una y otra vez, pudiendo repetirse esta maniobra docenas de veces, sin que lleguen a cansarse nunca. Toda la conducta del enfermo da la impresión de que éste se halla vertido hacia fuera, a

pesar de lo cual su atención no permanece fija en el interrogador, sino dispersa ante los mil estímulos que la solicitan.

No es rara la presentación de ecolalia. Obedecen órdenes sencillas. No se adaptan a ningún trabajo.

### **Catatonía bradifémica**

El síntoma fundamental de esta forma es la falta completa de expresión verbal. Algunos de los enfermos vistos por nosotros han pasado más de veinte años sin proferir una sola palabra. En otros casos, mediante tenaz persistencia en el interrogatorio, es posible obtener algunas respuestas rudimentarias o musitación ininteligible. Otro dato característico es la evidente existencia de alucinaciones auditivas, existiendo también alucinaciones visuales en uno de los casos.

La mímica es vacía e inexpresiva, pero no tensa y espasmodizada, como la de las formas acinéticas, con la que tiene de común la falta de movilidad. Nunca hay rigidez muscular, sino, por el contrario, colaboración motora. Otros de estos enfermos, corrientemente mutistas hablan durante los estados de excitación frecuentes en esta forma. Los actos agresivos se producen con frecuencia. Uno de los enfermos, el cual lleva más de quince años sin pronunciar palabra, desarrolla un gran rendimiento en el trabajo, efectuando correctamente cuanto se le ordena. Cuando se le pregunta, contesta con gestos o movimientos de cabeza.

La indiferencia afectiva, total en esta forma, sólo se ve interrumpida por los frecuentes estados de excitación, relacionados seguramente con una actividad alucinatoria.

### **Catatonía negativista**

No hemos hallado ninguna forma negativista extrema, tal como se viene describiendo en todos los tratados de Psiquiatría, que lleve su actitud hasta el punto de hacer lo contrario de lo que se le manda. Por el contrario, hemos hallado matices negativistas en numerosos enfermos, como reacción a constantes alucinaciones auditivas o cenestéticas, o a su delirio de influencia o de relación.

No es cosa extraordinaria que quien está escuchando insultos continuamente, reaccione en forma negativista y a veces agresiva hacia quienes le rodean, pero no creemos que ello sea motivo para considerar como negativistas a estos enfermos, sino tan sólo juzgar como tales a aquellos en cuyo comportamiento domina esta faceta, aun cuando no sea de un modo absoluto.

Generalmente, deben ser conducidos en contra de su voluntad a presencia del interrogador. Permanecen en actitud rígida, estereotipada, sin que sea posible captar su mirada. En ocasiones permanecen mutistas; en otras, dan par-respuestas, y en otras, manifiestan francamente que se les deje en paz, llegando a veces a insultar y amenazar al interrogador.

Se niegan a la movilización pasiva y a tomar la mano que se les ofrece. Algunos se muestran desconfiados, coléricos y recelosos. Frecuentemente intentan una y otra vez abandonar la presencia del interrogador. En cuanto a la afectividad, dan la sensación de hallarse más bien tristes y deprimidos, sumergidos en un insondable autismo.

El comportamiento es variable. Parte de ellos se niegan a trabajar, no se relacionan con nadie y evitan todo contacto con los demás. Otros, en cambio, aceptan realizar trabajos sencillos, siempre que no se les moleste y se les deje actuar a su manera. Cuando se intenta hacerles obrar contra su voluntad, llegan a desencadenar verdaderas batallas campales. La agresividad inmotivada es frecuente.

CUADRO ESTADÍSTICO

<i>Paranoides</i> ... ..	60	
Fantasiofrenia ... ..	16	10'5 %
Confabulosis ... ..	3	2 %
Forma expansiva ... ..	5	3'2 %
Alucinosis verbal ... ..	11	7'2 %
Delirio de influencia ... ..	21	13'8 %
Psicosis de inspiración... ..	2	1'3 %
Psicosis de relación ... ..	2	1'3 %
<i>Hebefrenias</i> ... ..	42	
Apática ... ..	15	9'8 %
Necia... ..	11	7'2 %
Amanerada... ..	10	6'5 %
Pseudooligofrénica ... ..	6	3'9 %
<i>Catatóxicas</i> ... ..	23	
Acinética ... ..	7	4 %
Paracinética ... ..	3	2 %
Proscinética... ..	2	1'3 %
Bradifémica... ..	6	3'9 %
Parafémica... ..	2	1'3 %
Negativista... ..	3	2 %
<i>Confusas</i> ... ..	20	
Incoherente alucinatoria ... ..	9	5'9 %
Disgregada... ..	6	3'9 %
Esquizofasia ... ..	5	3'2 %
<i>Mixtas</i> ... ..	7	
Total ... ..	152	

Mixtas. — Distribuidas de la siguiente manera:  
 Delirio de influencia - Alucinosis verbal.  
 Delirio de influencia - Confabulosis.  
 Delirio de influencia - Forma expansiva.  
 Delirio de influencia - Forma expansiva.  
 Fantasiofrenia - Forma expansiva.  
 Heb. necia - Fantasiofrenia.  
 Heb. necia - Heb. apática.

La escasez de formas mixtas se debe, con toda seguridad, al hecho de que con el transcurso del tiempo los enfermos diagnosticados como tales han perdido los síntomas que podríamos considerar como accesorios, quedando la es-

estructura básica de cada forma, como indicamos más adelante. Entre los enfermos que de la revisión llevada a cabo en el año 1947, han cambiado de sintomatología, teniéndose que diagnosticar como formando parte de otro grupo, figuran los siguientes:

Alucinosis verbal convertida en Fantasiofrenia.  
P. oscinética convertida en Expansiva.  
Fantasiofrenia convertida en Delirio de influencia.  
Proscinética convertida en Acinética  
Incoherente alucinatoria convertida en Paracinética.  
Fantasiofrenia convertida en Héb. apática.  
Delirio de influencia convertida en Disgregada.  
Incoherente alucinatoria convertida en Disgregada (1).  
Héb. apática convertida en Disgregada.  
Bradifémica convertida en Disgregada.  
Alucinosis verbal convertida en Negativista.  
Delirio de influencia convertida en Confabulosis (1).

Los cuadros señalados con el signo (1) representan cambios atribuibles a la lobotomía practicada. Asimismo las formas que han pasado a formar parte del grupo de las disgregadas, más que a un verdadero cambio en su sintomatología, deben ser atribuidos a distinto criterio sostenido por nosotros, al dar una mayor importancia a esta forma de las esquizofrenias con confusión del pensamiento, que no fué incluida en 1947. De lo dicho anteriormente se desprende que únicamente han cambiado fundamentalmente el 4 por 100 de los estados finales, que se consideraron como tales hace nueve años, pero todos ellos llevaban menos de 10 años de evolución de su enfermedad en estado de reclusión. De aquí nuestra afirmación de que no puede tomarse un cuadro como forma terminal de esquizofrenia, cuando no haga más de diez años de su comienzo.

### Conclusiones

Debemos decir, en primer lugar, que del análisis de los estados finales por nosotros estudiados resulta incontrovertible el hecho de que las diferencias entre ellos observadas son demasiado grandes para no admitir como una realidad clínica la concepción pluralista de la esquizofrenia, y considerar a ésta como un conjunto de enfermedades mentales de origen endógeno con unos caracteres comunes indiscutibles, pero con unos rasgos diferenciales lo suficiente marcados para justificar la descripción por separado de las diversas formas clínicas.

Como dice SARRÓ, el hecho de que el período de comienzo de la esquizofrenia se describan síntomas comunes, es debido más a la uniformidad de la respuesta de la personalidad normal ante la invasión procesal que al hecho de que ésta constituya algo unitario. En el mismo sentido se pronuncia GIRAUD, cuando afirma que el concepto de esquizofrenia más que constituir una entidad nosográfica constituye un síndrome.

La esquizofrenia evoluciona con gran lentitud hacia su estado final, para alcanzar el cual son necesarios un mínimo de quince años.

Los estados terminales se caracterizan:

I. Por la detención del proceso.

II. No cambian ni evolucionan, tan sólo se empobrecen debido a la senectud y al factor ambiental.

III. Contrariamente a lo que sucede en las formas de comienzo, la sintomatología no es proteiforme ni cambiante sino que se mantiene dentro de límites clínicamente objetivables. Debido a ello no hay tantas formas finales como enfermos, sino que pueden ser agrupados en los cuadros descritos.

IV. La facilidad con que es posible penetrar dentro del estilo vital del enfermo demuestra que no existe nada en él que no esté íntimamente conexionado con el nódulo central de su sintomatología. Podemos decir que todo en el enfermo es enfermedad, sin que haya quedado nada de su personalidad fuera de ella.

V. El caudal ideatorio, verbal y psicomotor es extremadamente reducido, por lo que las ideas delirantes, incluso en los cuadros aparentemente más ricos, acaban pronto por agotarse, repitiéndose monótonamente a lo largo del interrogatorio. Lo mismo ocurre en la esfera de la psicomotilidad y del lenguaje.

VI. Los casos vistos por nosotros que habían sido anteriormente diagnosticados de parafrenia han venido a perder sus características de mayor conservación de la personalidad y menor disgregación psíquica, quedando encuadrados dentro del «delirio de influencia» las más de las veces, o de la forma «megámana» en los casos de parafrenia expansiva.

VII. En la revisión efectuada en 104 de los casos estudiados por SARRÓ y O'SHAHANAN en su ponencia al Congreso Español de Neuropsiquiatría de 1950, hemos podido comprobar que tan sólo doce de ellos han sufrido variaciones fundamentales en su cuadro clínico, permaneciendo el resto inalterado.

La diferencia entre el número de formas mixtas y atípicas halladas por dichos autores y las halladas por nosotros, creemos tiene su explicación en el hecho del mayor tiempo de evolución de nuestros enfermos.

Las formas que presentan elementos característicos de diversos estados terminales, con el transcurso de los años van despojándose de su polimorfismo, quedando centrado el núcleo de su sintomatología en uno de los círculos finales.

#### RESUMEN

Se estudian en este artículo un lote de más de 200 enfermos esquizofrénicos terminales, según la concepción pluralista de la escuela de Frankfurt. Después de la descripción de cada una de las formas que puede adoptar el estado final esquizofrénico, los autores establecen su concepto de estado final, como una forma limitada, estable, reducida e invariable. Distinguen al lado de los grandes grupos paranoide, hebefrénico y catatónico, el grupo de las confusas ya descrito por KLEIST. Explican las diferencias entre su estudio y los de los demás autores, en lo referente a la proporción entre formas mixtas y formas puras, a causa del mayor tiempo de evolución de sus enfermos, lo que les haría perder sus caracteres secundarios accesorios. En conjunto se trata más de un estudio clínico-descriptivo que de un trabajo teórico de especulación.

## SUMMARY

In this article a set of more than 200 terminal Schizophrenic patients are studied according to the pluralist concept of the School of Frankfurt. After a description of each of the terminal forms the authors establish their concept of final state, as a limited, stable, reduced and invariable form. Together with the large paranoic hebefrenic and catatonic groups, they differentiate a fourth group of confused, already mentioned by Kleist. They explain the difference between his work and that of other authors, referring to the proportion between mixed forms and pure forms, due to the greater time of evolution of their patients, which make them lose their accessory characteristics.