

LAS ESQUIZOFRENIAS

*Conferencia presentada en la sesión ordinaria de
diciembre de 1949, de la Asociación
Médica Hondureña*

Dr. R. Alcerro Castro

Jefe del Departamento de Neuropsiquiatría del Hospital General de Tegucigalpa D. C.

El concepto de enfermedad en Psiquiatría es diferente del de enfermedad en medicina interna. En esta se cuenta con etiologías más o menos bien establecidas; la lesión anatómica forma otro pivote sobre el que asentar el concepto, y sirve al mismo tiempo para una limitación de la enfermedad en el tiempo. Este soporte anatómico falta en psiquiatría en muchos casos y se ha recurrido para la formación de cuadros sindrómicos al criterio de curso. Al repasar la historia de la evolución de las entidades clínicas en medicina general y psiquiatría se ve la diferencia del proceso histórico en ambos casos. En la primera son el resultado de la subdivisión, del desmembramiento de grandes grupos; mientras, que en la segunda hay una sucesión de separaciones y reagrupaciones. López Ibor hace notar como Willis en 1674 usaba un criterio evolutivo y pronóstico con respecto a la "estupidez gruñona" de los jóvenes a quienes en la adolescencia sobrecogía una como parálisis psíquica; como esa idea se pierde en Pinel, quien se atiene a lo puramente descripto; como Esquirol vuelve a poner en vigencia esa idea evolutiva; como Baillarger por el criterio de curso describe la locura de doble forma que en Kraepelin se convierte en la locura maníaco depresiva.

En la esquizofrenia, de que hoy nos ocuparemos, este ir y venir del grupo a las partes y viceversa se nota claramente. Morel describía la demencia o estupidez juvenil que estaba caracterizada por una estupidez sobre todo afectiva, que se presentaba en enfermos jóvenes y que tenía un origen endógeno hereditario, Placiéndola derivar del tronco de la degeneración. Kahlbaum inicia un intento de aislar entidades morbosas psiquiátricas basadas en la (unidad de etiología, de curso y de terminación y señala la importancia del estudio somático de las psicosis. Trataba de aproximar el concepto de enfermedad en medicina interna y psiquiatría; un proceso que debía regirse por leyes intrínsecas, una especie morbosas como las especies del sistema de Linneo, con una ordenación nosológica exacta y sin formas de tránsito, Kahlbaum y Hecker describieron la catatonía y la hebefrenia, y Kraepelin desarrollando más que sus predecesores la idea de enfermedad en la forma antes expuesta nos dio la famosa clasificación psiquiátrica. El agrupó en 1893 bajo la denominación de demencia pre-

coz, la idiocia adquirida de Esquirol, la demencia juvenil de Moréis y la catatonía y hebefrenia de Kahlbaum y Hecker.

Pero Kraepelin no avanzó en el estudio psicopatológico de sus enfermos, López Ibor cree que ello se debe al estar sus cuadros clínicos embebidos en la psicología de su maestro Wundt; su psicopatología era de resultados finales y *no* se cuidaba de los caminos internos por los que se llegaba a los mismos.—Freud, en uno de sus primeros trabajos trató de la aplicación del psicoanálisis a un delirio paranoico y aunque él mismo no continuara sus investigaciones sobre análisis y psicosis, dejó señalado el camino. A través de esta aproximación se hizo posible el estudio de Bleuler de la demencia precoz y el establecimiento del concepto de "esquizofrenia". Este concepto trae una agrupación, es mucho más amplio que, el de demencia precoz; no se basa en el curso sino en la psicopatología y busca un trastorno fundamental común. En la nueva tarea de la investigación psicopatológica se empenó especialmente la escuela de Heidelberg. Se trata de establecer síntomas primarios y secundarios; los primeros no son deductibles psicológicamente, no son comprensibles; Bleuler los llama fisiógenos. Los segundos son psicológicamente comprensibles, son psicógenos para Bleuler. Los primeros están en relación con, la causa de la enfermedad; los segundos con la reacción de la personalidad. Para Kurt Scheider los síntomas primarios no tiene sentido casual, sino de más característicos. Se ha intentado encontrar un trastorno primario y Berze habla de una hipertonia de la conciencia y Grühle de un trastorno de la actividad del yo; al paso que Cari Schneider vuelve a pensar que la esquizofrenia no es un trastorno único sino que en su base hay tres complejos sindrómicos. El automatismo mental de Clerambault coincide en mucho con los trastornos primarios de Kurt Schneider. Y como al lado de esos trastornos primarios, nucleares, surgen otros secundarios vuélvese a pensar que la Esquizofrenia no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades con una forma nuclear (demencia precoz) y estados esquizofreniformes. Unas serían de curso continuo y progresivo (las esquizocarias de Mauz) y otras serían fásicas, relacionándose estas últimas con las psicosis maníaco depresivas, entre las que se incluían antes. Por eso Bleuler hablaba de "las esquizofrenias" en plural.

Independientemente de esta diferencia nosológica habíamos ya mencionado que hay dificultades intrínsecas en la limitación del concepto de enfermedad en psiquiatría. Es que se considera que la enfermedad es una categoría sólo aplicable a la biológico. Los espiritualistas dicen que el espíritu no puede enfermar, y para los materialistas no podría haber enfermedades psíquicas por ser lo psíquico un epifenómeno de lo orgánico. Por todo al encontrarse con síntomas únicamente psíquicas hay que contentarse con soluciones provisionales y tratar de encontrar entre las anomalías psíquicas, criterios que hagan permisible la clasificación de algunas de ellas como patológicas. López Ibor cree que hay una exageración al poner el problema sólo en lo psíquico, porque el cuerpo tam-

poco enferma; "lo que enferma siempre es el hombre y todo el complejo de sus manifestaciones". La enfermedad, dice, es un ente abstracto, un "eidos platónico"; —No se puede definir en medicina somática prescindiendo de la idea de valor; cree que "no hay posibilidad de una definición puramente natural de la enfermedad", es decir conforme a los cánones de la ciencia natural. Y cree que la razón es que el hombre es algo más que un ser exclusivamente natural.

La falla del principio de unidad y distinción nosológica hace pensar a Hoche en "formas de reacción", para substituir a las "enfermedades", ésto es las formas patológicas unitarias. Hoche dice que el espíritu no flota sobre las aguas, sino que se halla unido al soma de! alguna manera. Pero el hablar de localización psíquicas cerebrales es muy difícil; a veces habría que pensar en que para una función la localización es en todo el cerebro. Nuestra mente no es capaz de separar por ejemplo, el sentimiento de la voluntad y, cómo podría entonces buscarse su correlato anatómico? Con la teoría de las formas de reacción se piensa que en el organismo hay ya preformados dispositivos reaccionales que al dispararse aparecen como acoplamientos sintomáticos.

Como esos acoplamientos sintomáticos se¹ repiten en diferentes circunstancias (en acentuaciones de reacciones patológicas o en procesos orgánicos) puede pensarse que las enfermedades psíquicas constituyen la manifestación de esos complejos preformados. Kraepelin que al principio fue enemigo de estas ideas aceptó en sus últimos años la teoría de las formas de reacción y expresó que las causas externas de la locura sólo ejercen un influjo general y director sobre la plastia del cuadro clínico. Bumke sostiene también las ideas de Hoche y Adolfo Mayer clasifican los enfermos mentales según los tipos de reacción.

La palabra reacción tiene diversas aplicaciones en psiquiatría. Aparte del concepto general expresado de que las enfermedades psiquiátricas no son más que formas de reacción por las que el organismo manifiesta los dispositivos preformados se habla de: A) reacciones biológicas, por las que se entiende las respuestas cerebrales frente a noxas externas o internas. Bumke se refiere en sentido biológico a la reacción esquizofrénica pero limitándose a la capacidad de respuesta en forma esquizofrénica, y Popper para el tipo de reacción esquizofrénica se limita a la determinación endógena. B) la Reacción Psicológica, que se manifiesta como: 1) reacción de contraste, cuando a un estado psicótico se sucede inmediatamente uno opuesto; 2) como Reacción causal o anomalía reactiva cuando se presentan desviaciones engendradas por vivencias; con determinación etiológica, clínica, pronóstica y terapéutica. 3) Reacción Comprensible, cuando se exige que la relación entre el contenido de la vivencia y de la reacción sea comprensible y que desaparezca al desaparecer el motivo. Puede ser adecuada e inadecuada y lo último tanto cuantitativa como cualitativamente; y en este último sentido sea por su forma o por su contenido. 4) Reacción Intermitente, en la que la vivencia perma-

nece en el fondo de la vida psíquica y aparece de vez en cuando. C) Reacción Cristalizada: intermedia entre la biológica y la psíquica. Es aparentemente desencadenada por motivos exteriores pero luego sigue un curso independiente. D) Reacción de Fondo o de segundo plano, también intermedia entre la psicológica y la biológica, desarrollada sobre una personalidad biológicamente independiente.

Y para terminar estos conceptos sobre enfermedad en psiquiatría, digamos que al presente esos grupos nosológicos sirven propiamente como tipos clínicos que permiten hacer pronósticos y señalar terapéuticas. Para esclarecer los problemas de estos cuadros clínicos se hace uso del análisis estructural de Birbaum o del diagnóstico polidimensional de Kretschmer. El primero hace una diferenciación entre factores patogénicos y patoplásticos y el segundo valora la constitución física, la psíquica, la edad y otros radicales biológicos. Ambos son aplicables sobre todo a las psicosis exógenas.

Más efectivo considera López Ibor dirigir la mirada hacia la combinación entre tipos clínicos y diagnóstico personal; los primeros para la ordenación del material y el segundo la penetración del caso personal.— El diagnóstico personal presta importancia a la enfermedad (al cuadro clínico) como acontecimiento en la vida del enfermo; es la consideración de la vida del enfermo la que permite valorar el episodio; se trata de una localización cronógena en el sentido de describir la manifestación clínica como integrante de una biografía.

Friedman dice que se trata de analizar la línea melódica de una vida humana en la que la enfermedad fuera el contrapunto. La enfermedad sería "vox principalis" y la vida corriente sana la "vox organalis", (visto todo lo último desde el punto de vista médico.)

Llegamos pues a la conveniencia de considerar el tipo clínico de las psicosis esquizofrénicas, sean estas consideradas como "enfermedad, forma de reacción; como debidas a la influencia de la herencia o provadas por un patologismo adquirido, o siendo de naturaleza psicológica, funcional; o considerándose dividida en procesual o sintomática, o mostrando la presencia de RUS síntomas en toda psicosis y psicopatía". Aceptamos el amplio criterio de Bleuler al considerar que lo que las caracteriza es la escisión de la vida psíquica manifiesta en el autismo, la ambivalencia y la disgregación asociativa. Considerada así llega a formar como el 50% de la población de los hospitales psiquiátricos. En Alemania un 30% de los ingresos maniacomiales y un 50% de la población total atendida en clínicas y manicomios (Bumke). Según este autor 8.5 de cada mil personas son esquizofrénicas o, están expuestas a serlo. Las estadísticas de Alemania en 1946 indicaban un total de 74,600 pacientes diagnosticados como esquizofrénicos en clínicas y hospitales; y hay que recordar los que viven fuera de los establecimientos mencionados. En Estados Unidos se estima que cada

año se inician unos 40.000 casos. La mortalidad de los esquizofrénicos es tres veces mayor que en el promedio de la población.

ETIOPATOGENIA.—El comienzo manifiesto de las esquizofrenias se verifica entre los 18 y los 30 años en la mayoría de los casos. De los 25 a los 30 años la frecuencia de iniciación llega al máximo y de allí desciende rápidamente en los hombres y más lentamente en las mujeres. Algunos casos se inician de una manera precocísima, a los doce años o cerca de ellos. Es raro que aparezca primariamente después de los cincuenta años.. Bumke hace notar que los internamientos por esquizofrenia son más frecuentes según las curvas estadísticas de las clínicas de Heidelberg y Munich, en ciertas épocas del año; creen que ello no se debe a motivos económicos o de otro tipo social, sino quizá a causas físicas no determinadas todavía.

El papel de la herencia es valorado de manera diferente por los diversos autores. El hecho de tratarse de un grupo todavía provisional, con esquizofrenias nucleares y secundarias, o fisógenas y psicógenas, etc., ya lo explica en parte. Del 50 al 60% de los esquizofrenios dan historia familiar de desórdenes mentales. Bumke después de exponer los problemas del curso hereditario de las esquizofrenias hace notar que la atención se ha desplazado hacia el heredopróstico empírico, que estudia el peligro real que amenaza a los familiares de los esquizofrénicos. Dice: "de los hijos de padres esquizofrénicos enferman de esquizofrenia, según Schultz, el 41%. Si uno de los padres está enfermo, entonces según Luxemburger, un 16.4% resultan psicópatas esquizoides; de los nietos enferman de esquizofrenia un 3% y de esquiuzoidia un 13.8%; de los sobrinos y sobrinas un 1.8% y un 5.1% respectivamente; de los primos y primas un 1.8% y un 10.2% y de los hijos de sobrino y sobrina un 1.6% y un 1.9%. En cuanto a los familiares reptantes la probabilidad de enfermar de esquizofrenia o de esquizoidia es según M. Bleuler la siguiente: para los padres 5-6% (en su caso 16.5%); para los hermanos 10.12% (en su caso 9.7%); para los tíos y tías 2.1% (o 4.2% respectivamente), para los primos y primas 1.9% (o en su caso 1.5%), para los abuelos 1.1% (o en su caso 4.5%); mientras que la probabilidad de enfermar de la población media es de 0.85% o en su caso 2.9%.

Se presentan a veces predisposiciones mixtas con coincidencia de factores que corresponden al círculo timopático y al esquizofrénico. Un 12% de los maníaco depresivos tiene hijos esquizofrénicos. Los esquizofrénicos no tendrían hijos maníacos depresivos a menos de tener razgos timopáticos con les esquizofrénicos. En el estado actual de nuestro conocimiento se supone que la psicosis maníaco depresiva se hereda pura o deminantemente, y la esquizíofrenia se supone que se trastime recesivamente. Los hijos esquizofrénicos de padres maníacos depresivos no lo serían en mayor número que en el promedio de la población.

Los autores estaunidenses con frecuencia se limitan citar las cifras de los tentones. Es evidente que no ponen mucho énfase

sis en la cuestión herencia. Hoskins en su monografía La Biología de la Esquizofrenia dice: "del antiguo debate sobre la potencia relativa de natura y crianza en la causalidad de la esquizofrenia se dirá poco. Que potencia deba adscribirse a la tara hereditaria queda todavía como un punto en disputa". Sadler dice que la tendencia hacia este desorden es en parte innata y en parte adquirida. Pollock, Malzber y Fuller después de estudios hechos en hospitales psiquiátricos en Nueva York, llegan a creer que la esquizofrenia se presenta *cari* más frecuencia en familias taradas.

Problema de gran relieve es de la base orgánica, psicológica o mixta de las esquizofrenias. De su cualidad psicológica o Freud se trata de un conflicto entre él yo y la realidad; aquel funcional han sido partidarios Jung y sus discípulos. Para pierde sus redaciones con ésta y satisface al ello. Jung habla de regresión de la libido a la face autocrática; en ésta son las imágenes que preceden del inconsciente arcaico las que predominan. Bleuler en una interpretación psicológica y refiriéndose a los trastornos del pensamiento habla de la interceptación de las vías anatómicas-A ésta contradicción se ha referido Bumke.

Otros consideran que se trata de una desorganización de la personalidad; de un tipo inferior de reacción psicobiológica (Noyes) : "el esquizofrénico trata con el mundo de una manera muy torcida y simbolizada; la forma del torcimiento y de los símbolos están determinados por la naturaleza de su conflicto interino". También se ha dicho para explicar la patogenia psicológica de la esquizofrenia que se trataría de un trastorno de la función de autoconducción en el sentido de orientación y aplicación de las funciones psíquicas a fines pragmáticos; o una enfermedad de los instintos; o la pérdida; del contacto vital y del sentimiento de armonía con la vida; o una suspensión funcional del espíritu; o un desorden del sentimiento de autoestima; o, la falta de coordinación intelectual y afectiva.

Sullivan considera que en el grupo de las esquizofrenias existe por una parte un síndrome orgánico degenerativo de desarrollo insidioso, de mal preóstico *final* y, para el cual sigue usando la denominación de demencia precoz, y por otra parte, un desorden del vivir y no del sustrato orgánico. Dice "el sujeto se hace esquizofrénico como un episodio en su carrera" entre otros, por razones de situación, más o menos bruscamente". Fromn Reichman cree que el origen de la esquizofrenia está en traumatismos psicológicos infantiles precoces, anteriores a los que se observan en los neuróticos.

Las teorías organicistas sen de gran fureza sobre todo fuera del círculo anglo sajón. Dice Bumke, el profesor de Psiquiatría de Munich "estoy convencido que todas las tentativas de interpretación psicológicas de la esquizofrenia cesarán *en* el mismo momento en que hayamos dado con los fundamentos corporales de esta enfermedad".—Cree que aunque no se tiene, conocimiento de su anatomía patológica ni su quimismo ya hay datos que hacen

esperar una demostración ulterior y considera que los síntomas tanto corporales como psíquicos señalan al origen orgánico o tóxico.

Kleist cree en una psicodegeneración hereditaria y se refiere a las Localizaciones anatómicas de las funciones psíquicas alteradas.

La relación entre trauma craneal y esquizofrenia que algunos sostienen es negada por otros. Bumke no ha visto ninguna esquizofrenia en las clínicas para heridos de cráneo de Rostock y Breslau. El papel de la sífilis, de la tuberculosis, del embarazo, el puerperio, etc. no es tampoco de una relación directa. Los estudios sobre la anatomía patológica de la encefalitis epidémica sobre los que se esperaba mucho no han ilustrado gran cosa. Hay una relación entre síntomas catatónicos y estavados, sin aclararse todavía lo que ello signifique. Otras hipótesis especulan sobre lesiones de las glándulas sexuales; sobre aminas tóxicas; de la pérdida de la dialización selectiva, ectomesodérmica con trastornos? de la relación entre hormonas y calonas; sobre lesiones metatuberculosas; sobre hipofunción suprarrenal; sobre una insuficiente reactividad del sistema nervioso simpático. Se han producido síntomas catatónicos con el uso de varios tóxicos, hormonas. Se podría pensar con aquellos que suponen una forma general de reacción de forma esquizofrénica preexistente en todas o algunas personas.

Entre la investigación somatogénica mucho se ha hecho sobre estudios de metabolismo. Bumke ha expuesto la existencia de un trastorno asténico del metabolismo con un comportamiento distinto de los pícnicos. El metabolismo asténico se presenta en los leptosómicos y en un 65% de las esquizofrenias. En la mayoría de los esquizofrénicos hay una hipoglicemia por excesiva asimilación hepática del azúcar, aunque no se tiene conocimiento cabal, de las causas del trastorno. Proctor ha encontrado una disminución de la tolerancia para la glucosa con tendencia a la normalización después de la curación de la esquizofrenia. En los estupores y agitaciones recidivantes Greving ha encontrado una acumulación de albúmina en el hígado.

Como Proctor con respecto a la tolerancia para la glucosa, Greving da valor pronostica a la remisión de los procesos metabólicos nitrogenados. Otros autores han notado que el curso es más desfavorable cuanto más difícilmente se vacía el depósito de albúmina del hígado. Hoskins expone que en las varias funciones metabólicas la variabilidad media en los esquizofrénicos va de como, 1.5 a 2 veces más que en las personas normales de edades similares. Una excepción sería el caso del colesterol sanguíneo. Otros investigadores del Worcester Estate Hospital han encontrado una hiporeactividad fisiológica en el metabolismo general, observando: 1º, una respuesta disminuida a la administración de tiroides; 2º, una respuesta térmica reducida al dinitrofenol, un estimulante oxidativo general; 3º, una respuesta disminuida de la presión sanguínea, el pulso y el volumen respiratorio como resultado del bloqueo de la pérdida de calor por los pulmones mediante la respiración de

oxígeno caliente y húmedo; 5°, disminución de la cuantía y duración del nistagmo como resultado de la estimulación vestibular, y considerablemente menos oscilación después de la rotación que en los sujetos normales, y 6°, resistencia a la insulina.

Hemos mencionado ya las teorías mixtas somatopsíquicas. Mayer cree en un proceso orgánico que predispone a la reacción esquizofrénica por motivos psicógenos. Bleuler se refiere a síntomas fisiógenos y psicógenos. Kretschmer ha estudiado ampliamente la constitución psicofísica. La constitución pícnica da lugar a la psicosis maníaco depresiva y las constituciones asténica, atlética o displásica se relacionan con las esquizofrenias. Aunque así sea, en la mayor parte de los casos, se observa con frecuencia psicosis esquizofrénicas en pínicos no esquizotímicos ni esquizoides. Parece que ésto es así para las forma que pueden considerarse como reactivas. Para las catástrofes esquizofrénicas de Matiz hay un predominio de constituciones no pínicas.

Como se ve en los problemas no son pocos en la constitución de este gran tipo clínico que hoy nos ocupa. Por eso habrá que recurrir al diagnóstico personal ya citado. Mira mostrándose partidario del diagnóstico polidimensional cree que habrá que llegar a descripciones o calificativos a posterior que expresen el resultado de la investigación individual. Por ejemplo: podrá llegarse a calificativos como: "Psicosis metatuberculosa de tipo paranoide", "distimia enterotóxica con complejo de castración exacerbado", "ectopatía distirógeno gliotóxica", "psicosis hipoparatiroidea con delirio desiderativo por resentimiento", etc.

PERSONALIDAD PREPSICOTICA Y PRÓDROMOS DE LA ESQUIZOFRENIA

Con frecuencia la anamnesis descubre que en los enfermos esquizofrénicos antes de su enfermedad y como característicos de su personalidad existían algunos matices que les hacían diferentes de los demás. Esas características serían para algunos observadores las del psicópata esquizoide. Otras niegan la psicopatía esquizoide en los antecedentes de los pacientes. En la estadística de Bleuler una tercera parte de los esquizofrénicos eran esquizoides; y en los futuros esquizofrénicos la mencionada psicopatía era dos veces más frecuentes que en sus progenitores; triple que entre sus hermanos, de siete a veinte veces más frecuente que entre sus allegados y muchos más de cincuenta veces más que en el promedio de población. En la personalidad prepsicótica notaremos a veces una inmadurez de la personalidad, un defecto en el modo de afrontar los problemas de vida, una inclinación a evadir la lucha, a reaccionar ante las dificultades con una sensibilidad exagerada. Se trata de individuos huraños, introvertidos, con tendencia al autismo, extravagantes, soñadores, indeseados, exitados, tercos, desconfiados, fríos, tiránicos, escrupulosos, pedantes, misántropos, reservados, obstinados, caprichosos. Predominan las natu-

ralezas serias, silenciosas, ambiciosas, susceptibles y las delicadas y angustiosas. No olvidemos que ésto es así solamente en algo más de la mitad de los casos; otras veces el esquizofrénico ha sido normal antes de su psicosis.

El comportamiento escolar es ya muchas veces diferente del niño normal, son frecuentes los "niños modelo" con su aplicación, corrección, inteligencia; o los "santos que no dan que hacer ni en la casa ni en la escuela". Probablemente se transformen en escrupulosos y fríos. Lo que ya van mostrando en la frialdad de los afectos. En otros predomina el asimismo; se retraen de los hermanos, de los compañeros de estudio, de reuniones de amigos. Son solitarios perezosos, tercos; -otros son impulsivos, coléricos o bien, tímidos, desconfiados y asustadizos; tienen frecuentes oscilaciones del humor.

En la pubertad las características se acentúan o se transforman siguiendo la línea de la psicopatía (en formas extravagantes, fanáticos, apáticos, irritables, hiperestésicos). Pueden mostrarse grandes disposiciones artísticas o literarias, pero con el tiempo evolucionan: hacia la disolución.

Pródromos. Por lo expuesto es fácil comprender que no siempre se podrá establecer con claridad el comienzo de la esquizofrenia. Tampoco hay cambios orgánicos que señalen su comienzo. Hemos dicho que el metabolismo es con frecuencia el mismo que el de los asténicos. Muchas veces se nos da datos de anteriores estados "neurasténicos, de nerviosidad o de psicastenia", que en algunos casos podrán ser pequeños brotes esquizofrénicos o simples muestras de una constitución anormal.

Más características es la vivencia de interceptación en la que los enfermos se ven detenidos en el pensamiento o la acción; no pueden hablar ni hacer ningún movimiento. Otras veces hay extravagancias notables, lejanas y más frecuentemente cercanas (rupturas de amistades o noviazgos de manera súbita y sin causa aparente; recolección de chucherías y basuras) ideas parafrénicas o sentimientos de enfermedad y extrañamiento del yo y del ambiente. Otras buscan ostentamente un trabajo para rechazarlo al ser le concebido; en otras ocasiones es la holgazanería, vagabundeo o planeamiento de viajes sin objeto definido lo que les hace más notables. Dos delitos de prostitución, hurto, mendicidad, incendio, tentativas de homicidio, y de suicidio no son infrecuentes.

La sensación de enfermedad es a veces clara. Hay un extrañamiento del ambiente, no se encuentra el sentido de las cosas, los pensamientos chocan unos con otros y están cambiados y lo mismo sucede con las emociones: ya no quieren como antes o llegan a odiar o creer que odian lo que quieren. A veces hay estados depresivos y angustiosos; ideas de persecución, o mas rara vez de grandeza (Dios los ha escogido como sus profetas, etc.). La variabilidad es grande y a veces los pacientes se internan en su esquizofrenia y la viven sin grandes manifestaciones; se transforman en vagabundos o dipsómanos o viven inactivos e insensibles,

con sus familiares y amigos. También puede hacerse el comienzo por trastornos de tipo psiconeurótico, histérico, angustioso, obsesivo, etc.

Entre los síntomas semáticos al comienzo puede haber cefalalgias, fatigabilidad, anorexia, insomnio etc.

SÍNTOMAS DE LA PSICOSIS. Entre los síntomas ocupan lugar central los trastornos del pensamiento. Es la disociación del pensamiento la que da el nombre a la enfermedad: existe una división del pensamiento en una o más partes que se compártala con autonomía, marchando desordenadamente: unas partes u otras toman la representación de la personalidad total. Para Bumke lo decisivo en el pensamiento esquizofrénico es la destrucción de la unidad de los conceptos ideológicos normales, separándolo conexo y uniéndolo correctamente separado en las vivencias". Estos trastornos se producen sin que pueda comprobarse casi nunca ninguna obnubilación de la conciencia. Por esa división del pensamiento se llega a la destrucción de los conceptos normales, los enfermos aglutinan contenidos intelectuales bien diferenciados y se vuelven incomprendibles para los sanos. Ej.: el de un intelectual que puso un espejo cóncavo en su pupitre para, excitar sus deflexiones intelectuales; o el del enfermo que preguntada dónde estaba contestó que en la anatomía por que en ese momento leía esa palabra; otro enfermo consultó un dentista porque había sido mordido años atrás por un perro; otro enfermo toma la expresión "la vida me sonrío" como que cada objeto que el percibe sonrío en realidad.

El pensamiento se hace así obscuro, con grandes alteraciones que hacen imposible el pensar lógico. Dice Bleuler que los pensamientos "producen la impresión de haber sido mezclados los conceptos de una determinada categoría en un recipiente y haber extraído uno cualesquiera de ellos bajo la acción de la casualidad".

En el principio los trastornos pueden ser subjetivamente percibidos. Tienen los enfermos la sensación de una anormalidad, notan que piensan lo que no quieren, que se les imponen pensamientos venidos como de fuera, o que les roban sus pensamientos. Este robo o imposición del pensamiento lleva a la perplejidad, el paciente se desorienta y manifiesta la extrañeza en la expresión del rostro de ojos interrogantes, frente con arrugas verticales, los rasgos faciales expectantes. Sienten que sucede algo ajeno al "yo". Al mismo tiempo que el extrañamiento de sí mismo el enfermo puede tener una vivencia de transformación, condicionada por el mismo extrañamiento y por la alteración de la percepción, de las sensaciones cenestésicas. Esa transformación puede consistir en un cambio de la personalidad, doble en la personalidad, en el transivismo o la personificación. En el primer caso sentirá simplemente que tiene una personalidad diferente de la que en él ha sido usual; en el segundo caso se cree conservando su propio yo pero viviendo al mismo tiempo dentro de sí otra personalidad. El transivismo consiste en el pensamiento de transformación en animal, y

la personificación la transformación, en cosa ("soy astro y mando llover").

Puede también haber una extrañeza del mundo externo, el sujeto experimenta la sensación de transformación del mundo ("me parece que son añórenles todas las personas que me rodean y que el único anormal 'soy yo'").

El esquizofrénico desarrolla un especial estado de ánimo que consiste según Mauz en cierta conciencia de un que se cierne sobre el yo el sujeto originando un estado angustioso, perplejo, de confusión y de inquietud. El enfermo no sabe lo que pasará, es una sensación de anormalidad mental, como si se fuera a hacer loco, como si su energía psíquica disminuyera.

La rigidez, disgregación e incoherencia son tres características clínicas de gran valor. El pensamiento rígido no siempre es reconocido como merboso, pero se presenta con frecuencia de manera precoz en la esquizofrenia: consiste en la adherencia, tenaz a un contenido; la rigidez no es solamente en la forma sino también en el fondo emocional. Bumke cita el caso de una enferma que en el examen de magisterio tenía que escribir un tema en inglés y esperaba que le tocara un trozo determinado; estudió bien ese trozo, lo aprendió de memoria y cuando en el examen le tocó un tema distinto ella escribió el "suyo". Después alegó siempre que la actitud que había tomada era justa. La disgregación ha sido señalada por Bleuler como signo primordial; en el pensamiento disgregado se pierde la idea directriz. La interceptación o el bloqueo provocan la ruptura y se introduce después una nueva directriz que también es rápidamente sustituida introduciéndose ideas e imágenes absurdas e ilógicas. A la incoherencia se llega por acentuación de la disgregación y hay además características del pensamiento mágico, fantástico.

De la vivencia de extrañamiento de sí mismo y del mundo exterior, del estado de ánimo del esquizofrénico y de las pseudopercepciones de diversa clase se pasa a las ideas delirantes. Al paciente se le señala, la gente habla de él los periódicos le insultan, hay planes en contra suya, se abusa de ellos sexualmente, sobre ellos se descargan influencias telepáticas; les roban su cerebro o bien: su corazón está parado, su cuerpo se ha podrido; la comida está envenenada. Aparecen ideas de grandeza y los enfermos son entonces enviados de Dios, la virgen les ha dado instrucciones especiales; son inmensamente ricos, son jefes, tienen cargos importantísimos, tienen poderes mentales especiales o son ellos mismos Dios, Jesucristo o Napoleón. Bumke hace notar que a veces no son ideas delirantes propiamente tales, que el paciente no cree en ellas, son más extravagancias que ideas delirantes, el delirio, dice, se convierte entonces en "una cáscara vacía, en esquema", "en estereotipia".

ALTERACIONES DEL LENGUAJE. Las alteraciones del pensamiento que acabamos de describir se manifiestan a través de perturbaciones del lenguaje. Otras veces se presentan alteraciones aisladas del último que pueden mezclarse con las del pensamiento. Son comunes las estereotipias verbales, los neologismos, los

ESTADO DE LA CONCIENCIA. Este, se mantiene con bastante claridad en casi todas las esquizofrenias y la atención, comprensión y asociación no tienen las limitaciones que en las enfermedades psíquicas infecciosas. No hay enturbamiento de la conciencia y las impresiones son captadas por los enfermos aún cuando éstos no lo demuestran. Sin embargo **puede** a veces observarse estados que indican alguna confusión y embotamiento en la conciencia o estados de obnubilación¹, oniroide. En esos estados de confusión el enfermo se repliega completamente dentro de sí cortando la mayor parte de sus relaciones con el mundo exterior y llegando al autismo en el que en su fantasía cumple todos sus 'deseos perdiendo todo sentido crítico. Por este medio el autismo puede engendrar o contribuir al negativismo y para Bumke habría también relaciones íntimas entre el autismo y la disgregación.

PSEUDOPERCEPCIONES. Están éstas en relación estrecha con los trastornos del pensamiento y no es infrecuente la duda de sí en muchos casos se trata de un trastorno puramente intelectual o de una pseudopercepción alucinatoria. Los enfermos no lo explican que se trata de pensamientos sólo o de verdaderas voces e imágenes. Por el contrario confiesan oír voces pero explican que no las perciben con la claridad de la del médico entrevistador, o que no las oyen con el oído sino que más bien les llegan al pensamiento. Sucede también que se entremezclan vivencias de diversos territorios sensoriales. Bumke admite que sigue siendo posible que tras la pseudopercepción exista la excitación de ciertos centros corticosensoriales.

Las más frecuentes pseudopercepciones son las alucinaciones auditivas, los trastornos del equilibrio y las sensaciones. Las primeras son descritas casi siempre como voces y se habla de ellas como si no son voces que se expresen con palabras, que no son voces propiamente tales, que son misteriosas o como pensamientos interiores. Pueden proceder del interior del propio cuerpo (del estómago, de la cabeza, etc.) o del exterior (de las paredes, de los vestidos, del reloj). El contenido de las comunicaciones es absurdo y lo es también la forma de expresión. Con frecuencia insultan al paciente o se dividen en voces buenas y voces malas, unas que le defienden y otras que le atacan. Otras veces se trata de una pseudopercepción auditiva de los pensamientos del enfermo, fenómeno al que se conoce con el nombre de eco del pensamiento, forma particular según Clerambault, del fenómeno general de automatismo mental patológico de los procesos orgánicos de naturaleza esquizofrénica. Por último las pseudopercepciones auditivas pueden también consistir no en fonemas como los mencionados sino en acoasmas (silbidos, chirridos, ruidos de motor etc.).

En la esfera visual se presentan ilusiones, o pseudo alucinaciones. Los objetos parecen deformados, en diferente situación especial de la que tienen, o nublados y borrosos. También se presentan imágenes extracampinas (los enfermos "ven" cosas que están detrás de ellos).

Las pseudopercepciones gustativas y olfativas son más frecuentes en las parafrenias. Los enfermos perciben gases o vapores; las comidas tienen sabor diferente de la habitual.

Las pseudopercepciones corporales son más frecuentes en el terreno sexual pero puede tratarse también de alucinaciones motrices, psicométricas y cenestésicas viscerales. Mira y López cree que las Pseudopercepciones genitales no merecen el nombre de pseudopercepciones y cree que probablemente se trata de percepciones normales de excitaciones anormales de la sensibilidad genital. Estos fenómenos son más frecuentes en las mujeres. Las otras pseudopercepciones corporales comprenden la sensación de desplazamiento especial en la *que* los enfermos se creen estar en posiciones inverosímiles o cambiado de su tamaño real. La cenestesia visceral da origen a sensación de pinchazo, herida, quemadura, cosquilleo venoso y alteraciones o destrucciones de órganos internos.

PERTURBACIONES DE LA AFECTIVIDAD. — Son estas difícilmente separables de las alteraciones del pensamiento. Es sabido que se ha considerado como síntoma fundamental de la esquizofrenia la falta de coordinación entre la vida afectiva y la intelectual, lo cual Bumke considera incorrecta basándose en la unidad del fenómeno psíquico y la imposibilidad de diferenciación en elementos psíquicos distintos. Hay en los esquizofrénicos una alteración total de su vida interior, una nueva actitud, diferente de la del sano. Pero lo cambiado no es solamente el pensamiento o el afecto, sino ambas cosas y la relación entre ellas. De todos modos hay una evidente alteración cualitativa de la afectividad manifiesta de manera varia por exageración, defecto y transformación; y no solamente por el embotamiento afectivo y la indiferencia que describía Kraepelin. Hemos hablado ya del extrañamiento como alteración del pensamiento. Afectivamente los enfermos también se sienten cambiados y la perplejidad es considerada por algunos como síntoma afectivo. Ante ese nuevo mundo vivencial el esquizofrénico adopta una posición de recelo y caución y hay una alteración de los sentimientos de simpatía. Los pacientes se sienten "horriblemente solos", cambiados en sus relaciones de afecto hacia sus parientes. Los sentimientos de cariño se vuelven rígidos, inadaptados, inadecuados a las situaciones, o son brutales hacia sus familiares o co-pacientes, indiferentes hacia sus deberes, con grandes alteraciones de los sentimientos de delicadeza. Como por otra parte los pacientes conservan parte de su actitud hacia su antiguo mundo normal se presenta en ellos una doble actitud afectiva que da por resultado la **ambivalencia** tan bien estudiada por Bleuler. Lo característico de la ambivalencia afectiva esquizofrénica es que la coexistencia de actitudes de reacción contrapuestas no provoque ninguna duda o vacilación, dando por resultado la mezcla absurda de acciones que se originan en esa contraposición. Un paciente citado por Bleuler "llora

con los ojos y ríe con la boca, quiere y no quiere, se siente vivo y muerto, sano y enfermo, feliz y desgraciado al mismo tiempo".

Hemos ya mencionado el autismo cuya esencia radica para algunos en la preferencia sentimental que el enfermo otorga a su nueva actitud vital. Hay también una rigidez afectiva como hay una rigidez de pensamiento. En los esquizofrénicos hay una pérdida en la elasticidad, en la gracia de la adaptación, en las expresiones y actitudes afectivas; se pierde la sana justificación de la actitud afectiva la cual puede hacerse influenciable o presentar cambios bruscos inmotivados. Aunque aparentemente así suceda la vida afectiva no está del todo perdida. Hebefrénicos avanzados se quejan de su ruina psíquica y vemos a los catatónicos en crisis afectivoemocional, explosiones de tristeza o alegría, cólera, angustia o miedo y gran agitación motriz. Mencionemos por último el embotamiento ético moral, al que puede llegarse muy pronto o muy tarde en la evolución de la psicosis. Es frecuente encontrar desde el principio embotamiento de los sentimientos morales y entre estos los de los sentimientos parentales. Los enfermos no sólo han perdido el cariño hacia sus padres sino también el respeto. Esta actitud puede llegar hasta la comisión de delitos de sangre verificados con gran frialdad y alevosía. El proceso esquizofrénico puede ser inicial o bien abortar después del delito.

ALTERACIONES CONATIVO MOTRICES. — Estas tampoco pueden estar separadas de los trastornos del pensamiento, del lenguaje, de la escritura y del sentimiento. Se trata mayormente de perturbaciones del tipo catatónico, de gran variabilidad y sometidas todavía a clasificaciones arbitrarias. Mencionemos la excitación, la aquinesia, inhibición, el estupor, el negativismo, las pararespuestas, la obediencia automática, la catalepsia, las extravagancias, las estereotipias y verbigeraciones. La excitación es frecuente; vemos enfermos que gritan, corren, rompen lo que está a su alcance; no permiten el trato de los demás y continúan en su agitación aún en la soledad; no se encuentra ningún fundamento psicológico de su actitud; todo lo que llegan a expresar es que no podían proceder de otra manera. A veces puede demostrarse cierta finalidad en los movimientos de los catatónicos, pero otros de esos movimientos resultan comparables con los síntomas de enfermedades cerebrales (corea, atetosis). Al contrario de la agitación mencionada hay otros enfermos que permanecen inmóviles, aquinéticos, hay una intercepción en los movimientos simples, necesarios para el acto intencional, por ejemplo: quieren dar la mano pero los impulsos hacia ello son interceptados por lo menos temporalmente, ya que el final a través de movimientos sin gracia y bruscos pueden llegar a extenderla. Otros enfermos llegan al estupor, son enfermos inmóviles que no reaccionan ante nada, de músculos relajados o tensos. Tales estados estuporosos pueden durar unos minutos o varias horas y pueden cesar súbitamente, ya sea de manera espontánea o por el uso de barbitúricos. El negativismo se observa con frecuencia en

los enfermos inhibidos; hay una resistencia como una oposición a todo cambio positivamente provocado; se van si se les habla, no contestan al interrogatorio, retiran la mano que se quiere estrechar. Pueden también presentar una rigidez negativista. Este negativismo reactivo puede ser independiente de las contracturas musculares espontáneas. El mutismo de los catatónicos puede presentarse por negativismo y al mismo tiempo se pueden observar para respuestas. El aumento de la influenciabilidad puede existir al lado de su disminución, tal es el caso de la obediencia automática. Como formas de esta o ligadas a ella se encuentran la seudoflexibilidad cética, la ecolalia y la ecopraxia. La mezcla en un mismo momento del negativismo y la influenciabilidad es de observación corriente; o bien se nota una sucesión brusca de un estado al otro. De allí deriva la extravagancia del trastorno de la actividad. Krapelin se ha referido a "la pérdida de la gracia" síntoma objetivo y subjetivo; y las extravagancias no es raro que se conviertan en estereotipias. Las posturas y actitudes extravagantes pueden ser sostenidas durante semanas y meses y ya hemos mencionada que muchos enfermos, verbigeran repitiendo durante horas las mismas sílabas. Las ideas expresadas son completamente absurdas y responden únicamente a una incontenible necesidad de hablar.

TRASTORNOS SOMÁTICOS DE LOS ESQUIZOFRÉNICOS.

—Mencionaremos los neurológicos, los metabólicos y los circulatorios. Los primeros son tanto cerebrospinales como vegetativos, sin que pueda establecerse una marcada diferencia entre ambos. Las más frecuentes son las alteraciones del sistema extrapiramidal o mejor dicho que pueden referirse verosímilmente a ese sistema y sobre todo al cuerpo estriado y sus asociaciones. Bumke niega que se haya demostrado la existencia de síntomas piramidales; lo que podría observarse sería un pseudo Babinsky que para él se encuentra en relación con una reacción atetoide del origen estriado o contracciones musculares no espasmódicas, asociadas a "ataques" catatónicos.

Se ha descrito una rigidez pupilar absoluta y otros trastornos pupilares como midriasis e irregularidad así como miosis producida por el cierre palpebral enérgico (fenómeno de Westphal Piltz). Se puede también notar la falta del psicorreflejo pupilar.

Otros probables síntomas son la bradicardia, hipertensión, cambio de las secreciones sudorales, sebácea y salivar; estreñimiento» espasmódico, etc.

Mencionamos antes que a veces puede encontrarse en los esquizofrénicos el conocido metabolismo de los asténcios. En estados avanzados es frecuente encontrar lengua saburral, mal aliento, dermatosis, inapetencia, alteraciones tróficas de la piel, cabello y uñas, etc. Hay oscilaciones del peso que no están en relación clara con los cambios psíquicos y que algunos relacionan con alteraciones metabólicas y orgánicas. Estas oscilaciones no siempre están en relación con la ingestión de alimentos.

Las alteraciones circulatorias son sobre todo vasomotoras y forman parte de los signos somáticos más constantes en la esquizofrenia. Puede haber una ausencia de la reacción pletismográfica normal; hay una permanente vasoconstricción independiente del estado psíquico, a ella se debe la frialdad de las extremidades, la cianosis y el edema, parecido al trofoedema de algunas simpatósias. Hautman ha señalado la disminución del tiempo de coagulación sanguínea sin aumento de la viscosidad. A veces hay una discreta linfocitosis.

Los signos de laboratorio, histopatológicos y electroencefalográficos sólo serán mencionados de una manera general ya que sobre todos ellos hay gran discrepancia. Quizás en el futuro puedan sernos de utilidad en la investigación clínica de la esquizofrenia.

FORMAS CLÍNICAS.—Los síntomas esquizofrénicos se combinan de manera diferente y siguen cursos variados. Desde Kraepelin se ha aceptado la división en formas hebefrénicas, catatónicas y paranoides a las que hay que agregar la heboidofrenia y las parafrenias que actualmente muchos autores incluyen entre las esquizofrenias. Todas las diversas formas clínicas mencionadas pueden encontrarse tanto en las llamadas formas procesales como en las formas no de proceso si no de reacción. Veamos primero en qué consisten las diferencias entre estas dos últimas, es decir, entre formas procesales y no procesales. Las primeras han sido individualizadas de acuerdo con las ideas de Berze y Gröhle y Heinrich Mauz, y corresponderían a lo que se podría considerarse como esquizofrenia genuina, esencial o autóctona. Para Mauz el proceso está caracterizado por: 1º) la actualidad, podríamos decir la marcha de la enfermedad; 2º) por el carácter orgánico, y 3º) por la tendencia destructiva progresiva. Los siguientes son signos distintivos, generales del proceso esquizofrénico que se han señalado por distintos autores: la vivencia de la enfermedad como transformación subjetiva; como el percibir de una amenaza del yo y su unidad; como sensación de pérdida o de decadencia de la individualidad; como una vivencia de la insuficiencia, del palidecer de la propia actividad y de la falta absoluta de la conciencia de actividad o en estado constante de incertidumbre y angustia anímica. Mauz señala como síntomas aislados el robo del pensamiento, la impresión, que los actos o impulsos son fabricados, la impresión de ser influenciado, las alteraciones de la autoscopia corporal ("la mano es como la cera; llovizna en el cerebro"). Se insiste en hacer notar que un síntoma es más característico del proceso con cuanto más claridad y lucidez de conciencia se perciben; y Mauz exige además que surja sobre la base de demencia precoz constitución. El proceso actúa en forma de catástrofe o de brote. La primera, la forma catastrófica de la esquizofrenia procesal llamada esquizocaria por Mauz, se presenta de preferencia entre los 16 y los 21 años y ataca casi siempre a tipos asténicos extremos y afecta la forma de una decadencia rápida, generalmente continua que lleva a la destrucción del grupo de la personalidad en

un período de unos meses a un par de años. Constituye un 15% de 3as esquizofrenias y se desarrolla sobre una personalidad prepsicótica autista e idealista a la que distingue: 1^º) la dificultad para volverse hacia el mundo; 2^º) la frecuencia de las posiciones ante la vida, hechas de contrastes y 3^º) la astenia simple. En la iniciación de la forma esquizocática se notan ideas delirantes, de influencias que contribuyen a la despersonalización y evolucionan rápidamente a la desintegración. También se observa el delirio de transformación cósmica. En el curso del tiempo los enfermos llegan a la incoherencia más absoluta de pensamiento y de conducta. Es observación de Mauz que esta forma procesal catastrófica es casi exclusiva de enfermos de una capa intelectual elevada (profesores, teólogos e estudiantes) y cree que se necesita la existencia de cierta diferenciación psíquica.

El brote es una forma de evolución discontinua del curso procesal. La desintegración de la personalidad es paulatina y la diferencia con la forma catastrófica es solamente cuantitativa. Los brotes pueden presentarse en constituciones pícnicas y no sólo en las leptosómicas. Hay en ellas menos organicidad o más calidad psíquica funcional que en la primera forma descrita. Muestra más frecuentemente las formas paranoides y parafrénicas. Es característico que después del brote la vuelta a la normalidad no es completa; hay siempre un defecto psíquico residual.

FORMAS NO PROCESALES.—Comprenden sobre todo las esquizofrenias sintomáticas (esquizomorfias de Krish) y las reactivas (formas psicógenas y reacciones esquizoidicas). Para ambos grupos ha propuesto Aldama la designación de síndromes esquizofrenoides. Las sintomáticas serían consecutivas a alteraciones encefálicas de origen orgánico (las discutidas esquizofrenias metatuberculosas, aminotóxica, neuraxítica, sifilítica, etc.). Las formas reactivas se presentan como una respuesta individual a circunstancias ambientales adversas o conflictos intrapsíquicos. Mauz los considera como consecuencia de una actitud neurótica frente a un conflicto psíquico externo o una reacción ante un complejo.

Mencionemos las formas mixtas entre las que se comprende las esquizofrenias complicadas derivadas de la suma de un proceso y una reacción; las esquizofrenias injertadas que consisten en un desarrollo esquizofrénico en el curso de una oligofrenia; y la catatonía tardía o esquizofrenia catatónica climatérica. Por último citemos las formas mixtas cicloesquizofrénicas en las que puede haber síntomas ciclotímicos, un curso periódico y buenas remisiones, con conservación de la personalidad después de una larga evolución y predominio alternativo de uno y otro síndrome. Mira dice que hay que interpretar estas formas como resultados de la interacción de una patogenia esquizofrénica y, una patoplastia personal cicloide.

Volvamos a las formas clínicas de la clasificación Kraepeliniana, más las parafrénias, todas las cuales como dejamos dicho se presentan en las formas procesales y no procesales.

Consideremos en primer lugar la Hebefrenia. El nombre de ésta deriva de la mayor frecuencia de iniciación, en la juventud, aproximadamente alrededor de los 21 años. Su frecuencia es, según Bumke mayor que la generalmente supuesta; el mismo autor ha observado que se presenta en su mayoría en sujetos mal o medianamente dotados de inteligencia, rara vez han mostrado antes de la psicosis muy buena inteligencia y más rara vez todavía ésta ha sido muy mala. Son jóvenes soñadores y arrogantes, con un exagerado sentimiento de su valer, que se consideran por encima de sus padres, maestros, compañeros, colegas, etc.; se interesan por cuestiones filosóficas, místicas; creen haber hecho grandes descubrimiento, y a través de su orgullo y fantasía va creciendo su ensimismamiento. Después de un tiempo más o menos largo de evolución de éstas características viene un período de excitación moderada y luego los trastornos del pensamiento, la afectividad y la motilidad que tienen ya el sello esquizofrénico. Se acentúa lo necio, lo impertinente, lo arrogante; su lenguaje está falto de contenido afectivo. Se nota en estos enfermos una repetición y acentuación de las características de la adolescencia, siendo individuos con modales esteotipados al dar la mano y al saludar, con tendencia a ocuparse de los problemas de su existencia, a hacer inventos o poesías, etc. La alegría optimista de los hebefrénicos se nota falta de naturalidad, no se contagia al que observa, dan la impresión que bajo su alegría aparente están triste. Bumke dice que: "recuerdan la alegría forzada de los niños extenuados". Las alucinaciones pueden faltar y las ideas delirantes bien marcadas no siempre se encuentran. Sin embargo, hay que decir que las alucinaciones pueden presentarse en brotes; los enfermos ven muertos, diablos, espíritus, o bien oyen voces de espíritus. Lo característico de la hebefrenia sería, pues, el embotamiento afectivo, las alteraciones de la voluntad, la falta de síntomas productivos, la frecuencia de los brotes sin progresión y la alternancia de períodos de hipo o hiperactividad.

La hebefrenia comprende varias subformas: a) la demencia progresiva simple en la que predominan las representaciones delirantes de contenido hipocondríaco persecutorio y acompañadas de alucinaciones visuales. Hay una marcada sensación de incapacidad física y psíquica a la que agregan episodios distímicos de ansiedad y angustia. Se presentan remisiones de muchos años de duración, b) demencia depresiva alucinatoria, que se presenta con una fuerte depresión inicial y con muchas alucinaciones, de predominio auditivas. También en esta subforma tiene remisiones largas, c) la esquizofrenia cíclica en la que los síntomas fundamentales esquizofrénicos se ven matizados por oscilaciones del humor que se presentan por períodos más o menos prolongados, d) esquizofrenia agitada, en la que predomina la agitación y que cede después de un tiempo variable para reproducirse una y otra vez hasta llegar a la demencia. La principal es la agitación que se manifiesta en actos impulsivos, movimientos innecesarios, movilidad inmotivada, gritos, can-

tos, bailes, declamaciones, etc. e) esquizofrenia periódica, la cual se presenta en episodios que duran pocos días o semanas y pasan sin transición a períodos de actividad normal. Se presenta periódicamente, anual, trimestral o mensualmente coincidiendo muchas veces con el catamenio.

FORMA CATATONICA.—En esta forma se presenta junto a los demás signos esquizofrénicos, síntomas psicomotres predominantes que le dan el nombre de locura motriz. Entre esos trastornos conativo motrices se encuentran: a) las aquinesias, con lentificación de los movimientos y que son explicadas por Bumke como debidos a la interceptación del pensamiento que le lleva a la perplejidad y a la angustia y a la detención de los movimientos por desviación de la atención a las vivencias expresadas. Las aquinesias catatónicas recuerdan las de naturaleza extrapiramidal, b) estupor catatónico en el que caen de modo accésional. Los enfermos no responden ni a los estímulos más intensos; se mantienen por horas en posiciones difíciles e incómodas. En esta forma es frecuente observar la pseudoflexibilidad cérea, c) estereotipias cinéticas, que se presentan a veces después de los estupores, d) las impulsiones, que por su rapidez y violencia transforman a los enfermos en peligrosos. Estas impulsiones pueden presentarse bruscamente aún en enfermos en fase estuporosa.

Hay otras perturbaciones catatónicas que parecen tener una base psicógena, tal es el caso del netativismo, los amaneramientos y la sugestibilidad.

Digamos que con frecuencia pueden faltar muchos de los síntomas catatónicos quedando siempre el autismo, los trastornos del pensamiento y las pseudopercepciones, a lo que se unen algunas alteraciones motrices típicas.

La catatonía letal ha sido estudiada por Stauder. Se trata de enfermos con antecedentes familiares no diferenciales de los otros esquizofrénicos en un 50% de los casos, pero que en la otra mitad de casos muestran gran frecuencia de esquizofrenias familiares. No son picnóticos ni asténicos típicos; son displásticos, sobre todo las mujeres. Antes de la psicosis no se observaba nada anormal y con frecuencia se ha hablado de individuos sociables, emprendedores, etc. Prodrómicamente se notan enfermos que se vuelven tristes y desconfiados, se retraen, descuidan sus ocupaciones, aquejan dolores de cabeza; todo esto dura unas dos semanas o hasta cinco o seis meses. Después estalla una gran agitación, los enfermos brincan, gritan, hacen gesticulaciones furiosas, siendo frecuentes las autolesiones sin que ellas se deban a motivos delirantes. Su intención es aniquilarse. Rápidamente el cuadro se empobrece y sólo persiste la agitación. Los enfermos casi no hablan, no pueden ser interrogados, golpean en torno suyo, se dejan caer al suelo pesadamente, se tiran de la cama, se muerden, se arrancan los cabellos. La agitación así mantenida dura a lo sumo ocho días; los enfermos quedan postrados intentando todavía movimientos de ataque hasta

-que quedan exhaustos. Desde la iniciación del período de estado hasta la terminación en la muerte sólo transcurren dos, tres o cuatro días, siendo raro que la enfermedad se prolongue hasta las dos semanas. La muerte puede ser ayudada o precipitada por una paratiditis, broncopneumonía, neumonía, diarrea, etc. Se ignora si esta catatonía es una enfermedad independiente.

HEBOIDOFRENIA, DEMENCIA SIMPLE O SIMPLE DEVASTACIÓN AFECTIVA.—Es esta una forma que también se presenta procozmente y consiste en una debilitación paulatina de las facultades psíquicas que lleva a un embotamiento afectivo, disminución de la actividad e incapacidad para el trabajo. Casi no hay síntomas accesorios. Lo cual hace resaltar más la devastación intelectual y afectiva. Generalmente se da la historia de una persona joven, despierta de inteligencia y con una situación más o menos brillante en sus diversas ocupaciones (estudios, empleos, religión, etc.), que progresivamente muestran fallas en sus estudios, que van cada vez peor; o dejan de cumplir con los deberes que exige su trabajo o a descuidar las prácticas religiosas o visitar cantinas y lupanares. El cambio puede ser algo brusco y presentarse insomnio, inquietud y ligera agitación. Los pacientes conservan los conocimientos adquiridos pero no los saben emplear, su agilidad intelectual se anquilosa cada vez más. Se hacen vagos incapaces, muchos caen en el alcoholismo, la prostitución, la mendicidad o el delito. Las remisiones son raras.

FORMAS PARANOIDES Y PROCESOS PARAFRENICOS—

Se caracterizan las primeras por el predominio de las ideas delirantes y de las alucinaciones. A ello se agregan los signos esquizofrénicos característicos. Su comienzo puede no ser diferente del de las otras formas pero pronto se nota en los pacientes la inseguridad interior, la perplejidad angustiosa y se instala el estado de ánimo o el afecto delirante. Les parecen que se mofan de ellos, que los desprecian, que el mundo está cambiado; las gentes y los automóviles andan de modo diferente al normal; el cielo parece extraño, etc. Después las pseudopercepciones se manifiestan claramente y lo mismo el delirio; son ya verdaderas ideas de persecución y de grandeza (los enfermos no son hijos de sus padres, si no que de príncipes, millonarios, etc., y tienen altas misiones que cumplir); las alucinaciones son primero visuales, después auditivas y cenestésicas. Después vienen cambios afectivos bruscos, malhumor, agresividad impulsiva o euforia insípida. Evolucionan en dos subformas, una grave y otra leve. En la primera predominan los trastornos de la voluntad y la coherencia y lleva rápidamente a la disgregación del núcleo de la personalidad con antisocialidad. En la leve hay más ideas delirantes y alucinaciones. Evoluciona más lentamente y al correr del tiempo se llega a dar poca importancia a las alucinaciones y delirios.

La Escuela de Heidelberg y con ella muchos grupos psiquiátricos incluye las parafrenias dentro de las enfermedades esquizofré-

DE ARGENTINA:

Dr. Manuel Luis Pérez, (no confirmado).
Dr. Raúl M. Chevallier,

DE BRASIL:

Arthur Campos da Paz Filho.

DE CUBA:

Dr. José Ramírez Olivella, Dr.
Ernesto R. de Aragón.

DE MÉXICO:

Dr. Conrado Zuckermann,
Dr. Manuel Urrutia R.,
Dr. Carlos D. Guerrero,
Dr. Alfonso Alvarez Bravo,
Dr. Delfino Gallo, de Guadalajara, Jal.

DE VENEZUELA:

Dr. Pedro A. Gutiérrez Alfaro (no confirmado).

La cuota de inscripción será de: \$ 40.00 Dls. por persona, incluyendo las reuniones de carácter social. (Los gastos diarios, en Nueva Orleans se calculan en \$ 8.00 Dls. por día, por persona).

El programa exacto será publicado muy en breve, pero puede usted solicitar informes y datos complementarios, así como Inscribirse, con el Coordinador para Latino-América: Dr. Carlos D. Guerrero.

Miguel Schulz N° 19

México, D. F.

NOTA: El curso coincide en fecha a la semana inmediatamente precedente al CONGRESO INTERNACIONAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, de Nueva York.

NOTICIAS

Los consocios Drs. Abelardo Pineda U. y Manuel Cáceres Vigil fueron nombrados Director del Hospital General "San Felipe" y Director de Sanidad, respectivamente. Con tal motivo la Asociación Médica Hondureña acordó en su sesión, última agasajarlos en la Casa del Médico: Nuestras felicitaciones.

El consocio Dr. César A. Zúñiga partió para Estados Unidos de Norte América con el objeto de hacer estudios de especialización. Le auguramos mucho éxito.