

GACETA

SO  
DE  
PSI

JUNIO 2021

**Capítulos del libro:  
Einführung in Die Psychiatrische Klinik  
(Introducción a la Psiquiatría Clínica),  
de Emil Kraepelin**

Traducido por Otto Dörr y Elvira Edwards

(Rev GPU 2021; 17; 1: 14-22)

# Capítulos del libro: *Einführung in Die Psychiatrische Klinik* (Introducción a la Psiquiatría Clínica), de Emil Kraepelin <sup>1</sup>

(Rev GPU 2021; 17; 1: 14-22)

Traducido por Otto Dörr y Elvira Edwards

## Prólogo de la traducción

En el año 1900 Emil Kraepelin tuvo la idea de publicar sus clases clínicas, me imagino que sobre la base de los apuntes de sus alumnos. “He tratado –escribe él en el prólogo a la primera edición– en lo posible de reproducir en estas páginas el curso de mis clases en la forma más fiel posible”. Y continúa: “El que haya puesto el punto de vista diagnóstico en un primer plano corresponde a mi convencimiento de la fundamental importancia que tiene este

no solo para nuestro pensamiento científico, sino también para actuar y aconsejar como médicos”. Y más adelante dice que este libro no pretende ser un tratado de psiquiatría, sino “una introducción a la observación clínica de los enfermos mentales”.

La segunda edición apareció sin cambios. En la tercera edición, del año 1916, Kraepelin agregó dos partes: la primera consiste en una descripción concisa de cada una de las hasta entonces conocidas enfermedades psiquiátricas. El capítulo que hemos traducido y presentamos ahora es el que corresponde

---

<sup>1</sup> Leipzig: Johann Ambrosius Barth Verlag, primera edición 1900; tercera edición 1916.

a la por él llamada “demencia precoz” y por Eugen Bleuler, “esquizofrenia” (pp. 337-346). De hecho, el título del capítulo lleva ambos nombres. La segunda parte que agregé es del más interés clínico, porque consiste en una descripción detallada del diagnóstico diferencial entre las distintas formas como se presenta un determinado síndrome según su origen o etiología, v. gr., cómo se da el síndrome alucinatorio en la esquizofrenia, en la psicosis maníaco - depresiva, en la epilepsia, en las psicosis exógenas, etc. Lo mismo hace con el síndrome depresivo, el estado crepuscular, las crisis convulsivas, las ideas delirantes, la hipocondría, etc. Es impresionante la vigencia que conservan hasta hoy cada una de sus distinciones.

Desconozco si este libro fue traducido alguna vez al castellano. Sé que circula en castellano un libro de Kraepelin con el título “Demencia precoz”, que corresponde al capítulo respectivo de su gran tratado de psiquiatría y en cuya sexta edición del año 1899 planteó –en el marco de las psicosis con lucidez de conciencia– su famosa distinción entre la demencia precoz y la locura maníaco-depresiva. Hoy es casi imposible conseguir algún ejemplar original de su Tratado de Psiquiatría, el que después de su muerte en 1926 no siguió siendo reeditado, a diferencia del de Eugen Bleuler de 1916, que sí continuó editando y actualizando su hijo Manfred

hasta su propia muerte, a los 101 años, en 1994. Tampoco he encontrado en alguna biblioteca un ejemplar de esta *Einführung in die Psychiatrische Klinik* (Introducción a la Psiquiatría Clínica) que yo poseo y me parece interesante contar cómo llegó a mis manos. El libro perteneció a uno de los profesores alemanes invitados a Chile en la década del 20 del siglo pasado a contribuir a fundar la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, el Profesor Ernst Herzog, anatómo patólogo, llegado a Chile en 1927. Cuando se retiró de la docencia en 1961, a raíz de una enfermedad, le regaló este ejemplar a una conocida neuróloga penquista, la Dra. Obdulia Jiménez, quien, a su vez, en 1968 y a raíz de mi ingreso a la Sociedad Médica de Concepción, me lo regaló a mí. Este libro lo he empleado mucho a lo largo de los años en los seminarios teóricos que imparto a los residentes de psiquiatría. A propósito de algún caso en particular, suelo recurrir al libro y les leo en castellano a los alumnos lo que dijo Kraepelin al respecto. En algún momento se me ocurrió que era importante que los psiquiatras chilenos conocieran de primera fuente lo que el fundador de la psiquiatría científica había dicho sobre la esquizofrenia. Este es el origen de esta traducción que ofrezco hoy a los lectores de la revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria.

Otto Dörr

## La demencia precoz

*Emil Kraepelin*

La mayor parte de los pacientes incurables que se acumulan en los establecimientos psiquiátricos pertenece a la demencia precoz, cuyo cuadro clínico está caracterizado sobre todo por una desintegración de la personalidad, con perturbaciones a nivel de la afectividad y de la voluntad. A pesar de la perfecta capacidad de comprensión y de la lucidez se desarrollan en ellos, sobre todo a partir de la tercera década de la vida, percepciones engañosas, particularmente del oído, pero también de los sentimientos y de los otros sentidos, a las que se agregan ideas delirantes al principio de contenido persecutorio o hipocondríaco, pero más tarde también de contenido placentero; más escasas son las ideas de culpa. De vez en cuando surgen también alucinaciones del recuerdo. El curso del pensar puede permanecer ordenado en un comienzo, pero pronto se va tornando más y más disgregado, hasta el punto de alcanzar una total incoherencia. Muy llamativo suele ser el debilitamiento de la vida afectiva, que se manifiesta como falta de participación, indiferencia frente a los familiares, el entorno y el propio destino, pérdida de toda inquietud espiritual, falta de atención y apagamiento de los deseos, esperanzas y temores. Paralelamente pueden presentarse explosiones de ira e irritabilidad o una suerte de alegría vacía sin motivo comprensible. Reacciones naturales y cotidianas, como levantar la mirada cuando se habla, tomar la mano que se le ofrece, responder a un saludo, echarse para atrás frente a un gesto de amenaza, etc., desaparecen. En su lugar el actuar se presenta como dominado por impulsos surgidos en parte de configuraciones comportamentales provenientes de etapas evolutivas pretéritas. A ellos pertenecen el automatismo al mandato, el sometimiento sin resistencia a influencias externas, la mantención de posturas impuestas (flexibilidad cérea), la ecolalia, la ecopraxia, el sacar la lengua en forma repetida,

aun cuando se le amenace con una aguja, etc. Especialmente importante es el negativismo, que es un resistirse instintivo y sin sentido en contra de cualquier influencia, como por ejemplo no responder a una solicitud o hacer exactamente lo contrario, el permanecer inabordable a cualquier estímulo, el oponerse con rigidez ante el intento de movimientos pasivos, el enmudecimiento, el rechazo al alimento, la retención de orina y heces. También la tendencia a aislarse de su medio, ese encerrarse en sí mismo de los enfermos, es algo muy frecuente que a menudo se remonta hasta la juventud; el rechazo a las relaciones sexuales (y su reemplazo la mayoría de las veces por la masturbación) y la actitud hostil hacia los familiares más cercanos pueden ser interpretadas también como formas de expresión del negativismo. Otros trastornos del actuar, ora más, ora menos marcados, son: las estereotipias –la repetición regular y a veces incesante de impulsos iguales (posturas, movimientos, formas de hablar, palabras)–, el manierismo, el desfigurar y modificar acciones simples (dar la mano, comer, caminar, hablar, vestirse) en forma contraria a su sentido habitual, hasta el completo descarrilamiento y alejamiento del objetivo (movimientos rígidos y amanerados, gesticular, caminar con el borde de los pies, en puntillas, saltar, comer con los dedos, con el mango de la cuchara, con largas pausas, el acelerar, el gruñir, el falsete, la risa sin motivo). Finalmente se intercalan en la cadena de los impulsos de la voluntad propulsiones aún más repentinas y absurdas, de los tipos más distintos, las que sin medir las consecuencias se transforman en acción. A través de todas estas interferencias, las que impiden, distraen e interrumpen el curso lógico del actuar, adquieren las expresiones de la voluntad la impronta de lo inesperado, incomprensible, de mal gusto, retorcido, "loco". En especial adquieren este colorido las expresiones verbales descritas (pérdida de relaciones de sentido, falta de referencia al contexto, deformación de palabras, neologismos). Vemos en ellos la expresión de un aflojamiento de las relaciones internas de

los procesos psíquicos (“ataxia intrapsíquica”), lo que el nombre de esquizofrenia pretende reproducir<sup>2</sup>. Esto es experimentado por el paciente mismo como falta de libertad interior, como dependencia de influencias externas, lo que luego va a ser interpretado por lo general como una persecución a través de efectos telepáticos o hipnóticos.

Entre los signos corporales que se observan con mayor o menor regularidad en la demencia precoz habría que mencionar en primer lugar la frecuente desaparición de la inquietud pupilar, las finas y persistentes oscilaciones de la amplitud de la pupila, solo observables con la lupa y en relación con ello del reflejo pupilar psíquico, a saber, la dilatación de la pupila frente a la experiencia del susto y de la actividad mental. La reactividad de músculos y nervios a los golpes está muy aumentada (protuberancias idiomusculares, fenómeno del nervio facial) y los reflejos osteotendinosos están a menudo exagerados. En el ámbito vasomotor se observa dermatografía, ausencia de reacciones pletismográficas ante el frío y los estímulos dolorosos y, sobre todo, cianosis de las manos y de los pies. Ocasionalmente se presenta un aumento de la salivación. En alrededor de un 15% a 20% de los pacientes ocurren crisis aisladas de pérdida de conciencia, ya sea en forma de desmayos o de convulsiones epileptiformes. A partir de los signos patológicos mencionados y de algunos otros se configuran diversos cuadros psicopatológicos que se entremezclan en sus manifestaciones y que a primera vista parecen tener poca similitud entre ellos. Aquí nos referiremos a los más importantes:

---

<sup>2</sup> Nota del traductor: como la palabra “esquizofrenia” no existía en 1900, cuando se publicó la primera edición de este libro, puesto que ella fue inventada y propuesta por Eugen Bleuler en 1911, Kraepelin tiene que haber agregado esta frase en la tercera y última edición de 2016, que es la que nosotros tenemos

A. *Demencia simple*: en los años del desarrollo puberal o poco después se instala en forma paulatina un fracaso en el rendimiento de las funciones cognitivas que hasta ese momento se habían mostrado como buenas o más que buenas; al mismo tiempo se presenta una transformación lenta del todo de la personalidad, lo que se manifiesta como distraibilidad, falta de ideas, dificultad de comprensión, disgregación y por otra parte, indiferencia frente a la desaprobación y a la influencia de los educadores, tozudo aislamiento, distanciamiento frente a la familia, falta de planes y de perseverancia en el trabajo y la forma de conducir la vida. Bajo estas circunstancias los planes para el futuro, originalmente ambiciosos, deben limitarse y adaptarse a proyectos de vida muy modestos, los que tampoco se logran siempre. Una gran parte de los pacientes que se descarrilan en forma aparentemente incomprensible pertenece a este grupo.

B. *Demenciación pueril (hebefrenia)*. La mayoría de las veces en forma progresiva, menos frecuente con evolución más rápida (con distimia, percepciones engañosas, ideas delirantes y agitación), se desarrolla una progresiva desarticulación del pensar, del sentir y del actuar (Caso 16). Los enfermos fracasan en las tareas más simples, dicen cosas pueriles, sin sentido, saltan de un tema a otro sin relación entre ellos, escriben cartas en el “estilo Karlchen Miesnik”, se ríen y lloran sin motivo, de repente se irritan y realizan todo tipo de acciones extrañas, incomprensibles, infantiles y a veces francamente peligrosas; a eso hay que agregar el amaramiento en la conducta y en la forma de expresarse y de vestirse. A veces expresan temores hipocondríacos absurdos e ideas de persecución y de grandeza. La evolución posterior conduce en la mayor parte de los casos a una profunda demenciación, ya sea con un total embotamiento o con un discurso laxo y confuso (Caso 17).

- C. *Demenciación depresiva y estuporosa.* El comienzo de la dolencia lo constituye una distimia triste y angustiosa, la que se desarrolla la mayoría de las veces de un modo paulatino, con menor frecuencia de modo rápido y a veces toma la forma del estupor con enmudecimiento e inmovilidad (Casos 11, 16). Llama la atención en general la ausencia de emociones más profundas a pesar de los signos externos de depresión, también la poca accesibilidad a las preguntas y a la dedicación que se le brinde. Con mucha frecuencia se presentan alucinaciones auditivas ("voces", "sonorización del pensamiento"), la mayoría de las veces con un contenido desagradable, a veces también ilusiones en otras esferas sensoriales, sensaciones anómalas a nivel genital, sensación de ser influenciado eléctricamente. Pero, sobre todo, aparecen casi siempre ideas delirantes, en ocasiones de contenido muy pobre, en otras de contenido fantástico; también ideas hipocondríacas, ideas de culpa, de persecución y a menudo ideas de grandeza. El delirio de influencia sobre los pensamientos y la voluntad puede ser considerado como particularmente característico. Muy a menudo surgen de las ideas delirantes acciones muy preocupantes, como intentos de suicidio, agresiones peligrosas y actos piromaníacos. Pero al mismo tiempo se muestra la devastación de la voluntad con pérdida total de energía, cometiendo por momentos acciones impulsivas absurdas o automatismo al mandato, negativismo, estereotipias y amaneramientos, los que le dan su matiz singular al cuadro clínico. Con el avance de la enfermedad, que a veces es interrumpido por largos períodos de mejoría, pueden desaparecer la distimia, las ideas delirantes y la más llamativa de las perturbaciones, que es la de la voluntad, de manera que al final queda una simple oligofrenia (algunos mendigos y vagabundos). Sin embargo, es más frecuente que en el cuadro crónico queden todavía algunos restos de las perturbaciones previas.
- D. *Formas agitadas y circulares (Caso 15).* El desarrollo de la enfermedad es por lo general rápido y a veces brusco. Aparecen todo tipo de percepciones engañosas y extrañas ideas delirantes, de preferencia de grandeza, pero también de persecución. Al mismo tiempo se presenta un mayor o menor grado de agitación (comparar p. 412), la que se descarga fundamentalmente en movimientos impulsivos, sin sentido, a menudo estereotipados y amanerados; en medio de ellos suelen aparecer acciones más coherentes, derivadas a veces de las ideas delirantes y otras totalmente incomprensibles. La claridad de conciencia puede estar en un comienzo algo comprometida, pero después se torna llamativamente normal, a pesar de la disgregación del lenguaje y del sinsentido de los actos voluntarios, los que a menudo son interpretados por el paciente como de carácter obsesivo. El ánimo está de preferencia elevado o irritable, pero no hay un compromiso profundo de la afectividad. No es infrecuente que el comienzo de la agitación sea precedido por un estado depresivo del tipo del descrito en el punto C o que se alterne con él, de manera que resulta de ello una cierta similitud con las formas de curso circular de la psicosis maníaco - depresiva (ver en IV, 1). La agitación, con su carácter impulsivo y persistente, puede conducir a la muerte ya sea por agotamiento o por alguna infección. Con alguna frecuencia se presentan períodos más o menos prolongados de mejoría, en la mayoría de los casos con recaídas posteriores, las que a veces y luego de repetidas mejorías terminan en una oligofrenia simple o matizada por todo tipo de residuos de agitación o de depresión.
- Aquí pertenecen también casos aislados con estados de agitación breves, que a veces se repiten con mucha regularidad, confusos e impulsivos, períodos entre los cuales los pacientes muestran una oligofrenia moderada

sin noción de enfermedad ni respuesta intelectual o emocional.

E. *Catatonía (locura de la psico motilidad)*.

Bajo este título reunimos a un grupo de casos en que los estados de agitación del tipo descrito previamente se asocian con un estupor negativista (“catatónico”) (Caso 13, 14; comparar p. 430). La enfermedad comienza ya sea con una agitación que puede desencadenarse en forma repentina, ya sea con una distimia que se acompaña de alucinaciones acústicas y visuales, ideas hipocondríacas, de culpa o persecución y eventualmente también de ideas de grandeza. A ello se agrega el desarrollo de un estupor con mutismo, inaccesibilidad (cerrar los ojos, taparse la cara, esconderse debajo de la cama), falta total de reactividad, que se manifiesta en el mantener la misma posición por largo tiempo, el oponerse con firmeza contra todo intento de modificar su lugar, no defenderse frente a estímulos dolorosos, empujar la cabeza en contra de la dirección en que se está haciendo una presión sobre ella, negarse a recibir el alimento (comer en forma escondida, rechazar la propia comida y devorar la de otros), retener la orina y los excrementos, los que por ningún motivo se eliminan en el baño. Ocasionalmente puede el negativismo ser sustituido por el automatismo al mandato (flexibilidad cética, a veces también ecolalia y ecopraxia). El estupor –que puede durar semanas, meses e incluso años y muestra un lejano parentesco con los estados de sopor orgánico– puede ser interrumpido por actos impulsivos sin sentido y realizados con mucha violencia, como el impulso a arrancar, a bailar, a destruir, a gritar en forma monótona o a cantar. Estas conductas tan extrañas se acompañan de una conciencia relativamente clara y una orientación conservada. También la memoria, y prescindiendo de algunas lagunas y algunas

ilusiones del recuerdo, está perfectamente conservada; sin embargo, falta por completo la comprensión de lo extraño de su propio comportamiento, sobre el cual los pacientes no son capaces de dar ninguna explicación razonable. El estado anímico es en un comienzo y con frecuencia angustioso (“melancholia attonita”), pero después se torna indiferente con ocasionales cambios hacia el llanto o la alegría pueril.

El estupor y la agitación pueden confluir y cambiar a veces en forma inesperada. En casi un tercio de los casos el curso de la enfermedad es interrumpido por una mejoría que se asemeja a una curación, para luego, más tarde, aparecer la enfermedad de nuevo con la forma de uno u otro de los cuadros de estado. En los estados finales de los casos que no mejoraron se mantienen algunos síntomas residuales de otros tiempos, en particular amaneramientos, agitación o negativismo.

F. *Formas paranoideas (demencia paranoidea)*.

En un número no menor de enfermos las ideas delirantes y las alucinaciones se presentan en franco primer plano con respecto a las perturbaciones de la voluntad y esto ocurre de preferencia en las etapas medias o avanzadas de la vida (Caso 18; comparar p. 420). El curso de la enfermedad es por lo general arrastrado y no es infrecuente que afecte a personas que ya en la juventud mostraban todo tipo de rarezas o fallas en el ejercicio de la voluntad que pudo llevarlos incluso a tener problemas con la justicia. En relación con observaciones marcadas por la suspicacia y suposiciones se desarrolla paulatinamente en ellos un delirio de persecución más o menos fantástico, que se alimenta en lo fundamental de alucinaciones auditivas (eco y transmisión de pensamientos) y a veces también de alucinaciones del recuerdo. A menudo el delirio tiene un

carácter de influencia corporal (eléctrica, hipnótica o sexual) al que se asocian ideas hipocondríacas carentes de sentido y la sensación de falta de libertad interior. Además, se presentan con no poca frecuencia exuberantes ideas de grandeza. La conciencia y la orientación están conservadas, aun cuando las respuestas del paciente se van haciendo más y más incomprensibles debido al contenido del delirio y en particular a la disgregación del curso del pensar y la extravagancia en la forma de expresarse. El estado de ánimo es a veces irritable, otras elevado, a menudo llamativamente indiferente. En el actuar y el comportarse de los pacientes se muestra la influencia de las ideas delirantes (agresiones, autolesiones, medidas de defensa, perturbaciones relacionadas con temas religiosos, sentirse acosado por parte de personas en posiciones importantes, etc.); junto a todo esto pueden presentarse actos impulsivos, rasgos negativistas o del tipo del automatismo al mandato, amaneramientos y estereotipias. En etapas más avanzadas, tanto la disgregación como las perturbaciones de la voluntad se hacen más marcadas, mientras las ideas delirantes se tornan más sobrias e incluso desaparecen, de manera que al final resulta un estado de demencia semejante al descrito en las formas discutidas más arriba. Asimismo, en los casos de persistencia del delirio y de las alucinaciones, sobre todo en pacientes mayores, se desarrolla una suerte de oligofrenia paranoídea o alucinatoria, en la cual las perturbaciones de la voluntad son apenas reconocibles (extravagancias de la conducta y de las formas de expresarse, actitud negativista, hábitos extraños).

El *pronóstico* de la demencia precoz es en general desfavorable. La mayor parte de los casos más severos termina en una demenciación marcada (con necesidad de internación permanente). Es incierto si pueden presentarse

curaciones completas y definitivas; sin embargo, no se puede negar su existencia frente a casos observados con mucha atención durante más de una década y que han permanecido en un estado equivalente a una mejoría (ver Caso 12). Con no poca frecuencia el grado del cambio provocado por la enfermedad es moderado (falta de una clara noción de enfermedad, apagamiento de los intereses y de la capacidad de sentir alegría en el trabajo, falta de aspiraciones, tendencia al encierro, modo de ser silencioso, retraído, poco influenciable, dependiente, con automatismo al mandato insinuado y sin conductas extrañas).

Algunos signos más leves de la enfermedad, que vemos permanecer en casos de demencia precoz que mejoran, los observamos como peculiaridades personales ya antes de la irrupción de la enfermedad, también en familiares de los enfermos e incluso en otras personas que nunca han sufrido perturbaciones graves ("esquizofrenia latente"). A veces la demencia precoz se desarrolla sobre la base de una debilidad mental presente desde la juventud ("hebefrenia injertada"). Allí donde la debilidad mental muestra rasgos "esquizofrénicos", es dable suponer que hay relaciones internas entre esta y la enfermedad que más tarde aparecerá solo como un agravamiento.

Los graves estados demenciales provocados por la demencia precoz llenan los establecimientos psiquiátricos; en sus extrañas formas y en la mezcla de las perturbaciones propias del proceso patológico, se puede reconocer todavía la historia de su génesis (formas disgregada, pueril, mutista, negativista, amanerada, etc.).

La vida en la demencia precoz está amenazada por las frecuentes automutilaciones e intentos de suicidio que se presentan con obstinación y desconsideración hacia los demás, así como también por largos períodos de rechazo

del alimento, agotamiento o infecciones producidas durante los estados de agitación. De vez en cuando se observan también casos de muerte súbita con o sin relación con signos de compromiso cerebral y que parecen surgir en forma directa desde el proceso patológico. La autopsia muestra un extenso compromiso microscópico neuronal (formas escleróticas) que de distintas formas conduce al desenlace (acumulación de catabolitos, fallas diversas); también las fibras nerviosas se dañan en forma importante. La glía permite reconocer procesos de proliferación y de regresión, mientras los vasos permanecen intactos.

Una forma infrecuente, pero muy llamativa de evolución es la de la esquizofasia, la que –con relativa conservación de la lucidez y el orden en el pensar y en el actuar– se presenta como un habla con muchos neologismos y todo tipo de descarrilamientos verbales.

Ya que las causas de la demencia precoz son todavía por completo desconocidas, no es posible combatir la enfermedad en forma exitosa. El tratamiento tiene que limitarse a disminuir las manifestaciones patológicas (en los cuadros agudos será necesaria la vigilancia, el reposo en cama, el cuidado permanente y en caso de que el paciente se niegue a alimentarse, habrá que tratar con paciencia de superar esa resistencia y, según las circunstancias, aplicar alimentación por sonda; en caso de agitación se deben aplicar baños prolongados, medicamentos tranquilizantes y en casos muy graves hay que aplicar vendas húmedas en períodos repetidos de dos horas, los que suelen actuar sorprendentemente bien; comparar p. 505). Luego de la desaparición de los síntomas más tormentosos la tarea más importante, tanto en el establecimiento como en el hogar, será el inducir al paciente a realizar una actividad de acuerdo a su estado, lo que ayudará a conservar los restos sanos de su personalidad.

## Las parafrenias

Existe un pequeño grupo de formas patológicas que tienen un cercano parentesco con las formas paranoídeas de la demencia precoz y en las cuales vemos formaciones delirantes persistente más o menos coherentes, pero sin destrucción de la personalidad, en especial sin disgregación ni perturbaciones de la voluntad, como se ve en la demencia precoz. Debido a estas desviaciones con respecto al cuadro clínico y la evolución, estos cuadros deberían separarse en principio de la demencia precoz. La mayor parte de los casos observados muestra el lento desarrollo de un delirio de persecución progresivo, al que se agrega luego un delirio de grandeza (*paraphrenia systematica*; Caso 59, comparar p. 421). Después de un tiempo de cierta irritabilidad y desconfianza surgen ideas de autorreferencia y de ser observados, que poco a poco se van organizando en un sistema delirante. Mucho más tarde se llega a la aparición de alucinaciones auditivas y ocasionalmente también a ilusiones del sentido de la vista y a sensaciones delirantes de influencia corporal. Por último, se asocian ideas de grandeza que entran en relación con el delirio de persecución; las alucinaciones del recuerdo pueden enriquecer el contenido del delirio. La lucidez, la claridad y el orden del pensamiento no muestran perturbación alguna durante todo el curso de la enfermedad. El estado de ánimo se muestra al comienzo más bien como angustioso o tenso, más tarde en cambio, el paciente se torna seguro y convencido de sí mismo. El actuar está guiado fundamentalmente por las ideas delirantes, las que pueden llevarlo a realizar peligrosos ataques a los supuestos perseguidores, a tomar todo tipo de medidas de protección y a hacer llamados a la opinión pública en el intento de lograr sus elevadas expectativas. Durante mucho tiempo la conducta no llama la atención, en la medida que no está influida por el delirio; también la capacidad de trabajo está conservada. Recién después de muchos años las ideas delirantes se tornan confusas, la conducta, el discurso

y los escritos se hacen extraños e incomprensibles, pero aun así los pacientes no pierden – por décadas – su afectividad ni la adecuación de su actitud externa. No parece haber mejoras importantes y menos curaciones de esta enfermedad de curso lento e implacablemente progresivo. Debido a su peligrosidad, estos pacientes requieren casi siempre permanecer custodiados en un establecimiento psiquiátrico, lo que por desgracia influye muy negativamente sobre su enfermedad.

Otras formas patológicas que pertenecen a esta categoría son la parafrenia expansiva, que muestra el desarrollo de un florido delirio de grandeza, elevación del ánimo

y leve agitación y luego la *paraphrenia confabulans*, en la cual las formaciones delirantes derivan esencialmente de extensas alucinaciones del recuerdo. Por último, se puede distinguir otra forma, la parafrenia fantástica, caracterizada por la producción de ideas delirantes muy fantásticas, confusas y cambiantes. En todas estas enfermedades de curso lento y que conducen a un cierto grado de deterioro psíquico el núcleo de la personalidad permanece intacto, a pesar de las severas perturbaciones; lo mismo ocurre con la conducta y el actuar, que se mantienen dentro de un cierto orden y que son siempre comprensibles, al menos en el contexto de sus presupuestos delirantes. ■