

*el rescate y la memoria*



## La Psiquiatría Clásica Francesa: El delirio de interpretación de Sérieux y Capgras

Norberto Aldo Conti

Paul Sérieux nació en París en 1864 y comenzó su formación como alienista en 1886 en los Asilos de Alienados del Departamento del Sena; posteriormente se desempeñó como médico adjunto en Vaucluse y en Villejuif, médico jefe de la casa de salud de Ville-Évrard y médico jefe en el hospital Sainte-Anne. Se formó principalmente con Valentin Magnan (1835-1916), de quién fue su discípulo dilecto y con quien publicó muchos trabajos en colaboración, de los cuales el más relevante sin duda fue *El delirio crónico de evolución sistemática*, de 1892, pieza esencial de la nosografía de Magnan que dividió aguas en la psiquiatría francesa entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX.

Joseph Capgras nació en Verdun-sur-Garonne en 1873, y también realizó su formación en el cuerpo de alienistas de los Asilos del Sena desde 1898 para pasar después a desempeñarse como médico jefe del Hospital Maison-Blanche, en Neuilly-sur-Marne y en Sainte-Anne, en París, donde trabajó hasta su jubilación. Fue también discípulo de Valentin Magnan y de Paul Sérieux, con quien trabajó muchos años en colaboración; de esa labor conjunta el libro que hoy presentamos, *Las locuras razonantes, el delirio de interpretación*, publicado en 1909, en París, por la casa editorial de Félix Alcan, es sin duda su aporte más destacado para la conformación de la clínica psiquiátrica clásica.



Paul Sérieux



Joseph Capgras

## Las locuras razonantes: el delirio de interpretación

Desde 1902 Sérieux y Capgras desarrollan una serie de trabajos, fruto de sus investigaciones acerca de los delirios llamados por ellos de interpretación, influenciados tanto por la doctrina de Magnan acerca del *delirio crónico de evolución sistemática* como por el concepto de *paranoia*, inaugurado por Kahlbaum en Alemania y popularizado por la ya prestigiosa nosografía kraepeliniana a principios del siglo XX.

Primero, en 1902, precisan el lugar que están dispuestos a asignar a las interpretaciones delirantes en las diferentes psicosis, en un momento en que la clínica francesa comienza a poner el eje de los estudios sobre los delirios en los mecanismos de génesis (alucinatorios, interpretativos, imaginativos, oníricos) y no solo en las formas evolutivas, como lo venía haciendo desde los trabajos de J. P. Falret hacia mediados del siglo anterior. En este sentido sostienen tres presentaciones posibles: psicosis donde las interpretaciones son más bien episódicas, psicosis donde las interpretaciones forman parte del cuadro clínico tanto agudo como crónico y psicosis donde las interpretaciones delirantes constituyen el mecanismo esencial del cuadro clínico con ausencia casi completa de fenómenos alucinatorios y un curso lento donde no se registra la evolución típica propuesta por Magnan.

Después, en 1906, precisan aún más la entidad que pretenden diferenciar: será una psicosis delirante crónica, sistematizada, a mecanismo interpretativo que se desarrolla sobre un terreno predispuesto y cuya evolución no es deficitaria, al menos en el sentido que no avanza hacia la demencia conservando la actividad intelectual y la coherencia de los razonamientos.

Finalmente, en 1909, publican *Las locuras razonantes, el delirio de interpretación*, no ya un artículo sino un

libro de más de 350 páginas, que pretende dar una mirada global acerca del problema del *delirio de interpretación*, la validación empírica de su propuesta está representada por aproximadamente sesenta casos estudiados a lo largo de muchos años, de los cuales cuarenta fueron observados por los autores y seis por el profesor Régis, más un apéndice final titulado *El delirio de interpretación en algunas obras literarias*, en donde se analizan textos del dramaturgo August Strindberg y de Jean-Jacques Rousseau en quien ven la intrincada presencia del genio y la locura. Pero es en la introducción en donde queda establecida esta entidad clínica con las características esenciales que la acompañarán a lo largo de todo el siglo XX:

“El delirio de interpretación es una psicosis sistematizada crónica caracterizada por 1. la multiplicidad y organización de las interpretaciones delirantes; 2. la ausencia o la escasez de alucinaciones, su contingencia; 3. la persistencia de la lucidez y de la actividad psíquica; 4. la evolución mediante extensión progresiva de las interpretaciones; 5. la incurabilidad sin demencia terminal.

En la octava edición del Tratado de Psiquiatría de Kraepelin, publicado entre 1909 y 1913, volverá a aparecer esta descripción clínica del *delirio de interpretación* bajo el rótulo nosográfico de la paranoia a la cual el trabajo de Sérieux y Capgras proveerá una precisión en el análisis clínico y semiológico no alcanzada por el autor alemán en las ediciones anteriores. Ya para entonces la entidad de Magnan habrá perdido su prestigio ante la caída del soporte etiológico de la teoría de la degeneración, en especial desde la tesis de Genin-Perrin de 1913, y la psiquiatría europea tenderá a organizar la arquitectura de los delirios crónicos en torno a los dos constructos kraepelineanos: la demencia precoz, devenida esquizofrenia y la paranoia de la cual el delirio de interpretación de Sérieux y Capgras constituye su descripción más acabada ■

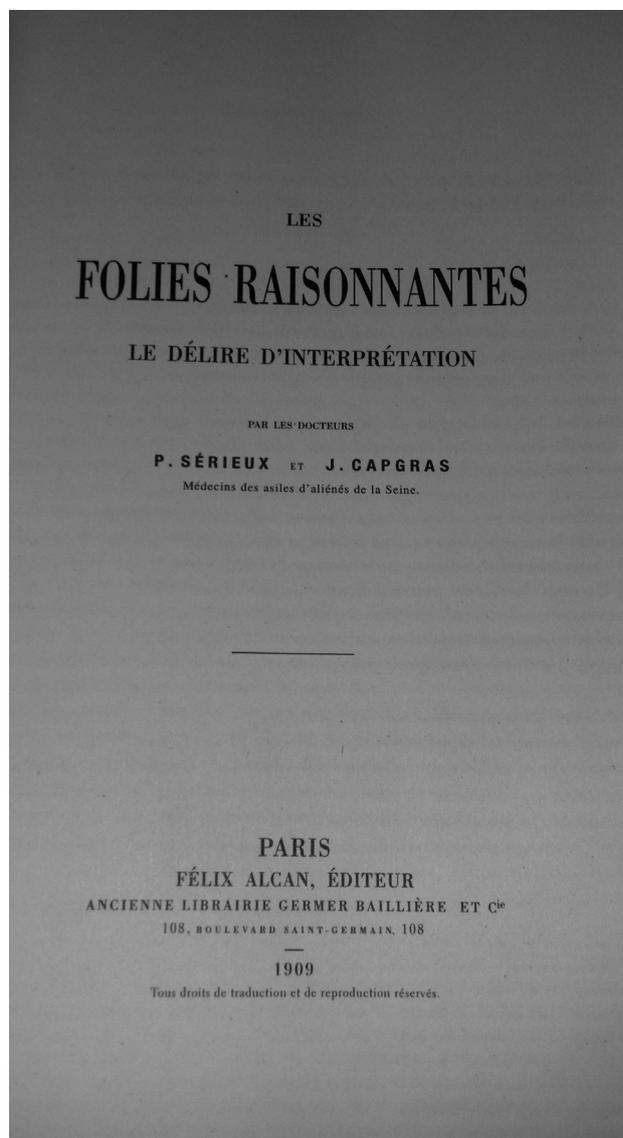
# Las locuras razonantes. El delirio de interpretación

Por los doctores  
P. Sérieux y J. Capgras  
París, 1909

Desde hace ya mucho tiempo se ha agrupado bajo el nombre de «Delirios sistematizados» en Francia, de «Paranoia» en el extranjero, ciertos estados psicopáticos —agudos o crónicos, primitivos o secundarios, con o sin debilitamiento intelectual—, caracterizados, de manera aproximada, por la organización de un conjunto más o menos coherente de concepciones delirantes, una suerte de novela fantástica o absurda que, para su autor, llega a convertirse en la expresión indiscutible de la realidad. Venía pareciendo suficiente subdividirlos, según la naturaleza del sistema delirante, en delirio de persecución, delirio de grandeza, delirio de celos, delirio místico, delirio erótico, delirio hipocondríaco... Fundado en un criterio tan superficial, este intento de clasificación, verdaderamente simplista, reunía hechos muy dispares. Para establecer la autonomía de una psicosis, no sería ya posible basarse solamente en el tono de sus ideas delirantes; hay que estudiar el agrupamiento peculiar de los síntomas y la evolución completa de los fenómenos morbosos; finalmente, en la medida en que lo posibilite el estado actual de los conocimientos psiquiátricos, hay que tener en cuenta sus causas y su génesis. Hechas estas consideraciones, los «delirios sistematizados» no son sino una manifestación morbosa susceptible de aparecer al inicio o durante el curso de muy diferentes enfermedades mentales.

Los *delirios agudos* o *secundarios* desaparecen de la clasificación como entidades. Caracterizados por el polimorfismo y la falta de coordinación de las ideas delirantes, la coexistencia de síntomas de excitación, de depresión o de confusión, el comienzo y terminación bruscos o la evolución progresivamente demenciante, a veces consecutivos a infecciones o intoxicaciones, pertenecen frecuentemente al campo de la degeneración mental, de la locura intermitente o de la demencia precoz.

En cuanto a los *delirios sistematizados crónicos*, si no se quiere englobar especies irreductibles bajo la misma etiqueta se impone la necesidad de separarlos en dos divisiones: por una parte estarían las psicosis adquiridas que, alterando profundamente la mente del sujeto, desembocan más o menos velozmente en la demencia; por otra, las psicosis constitucionales, las cuales no modifi-



**Portada:** El delirio de interpretación, Joseph Capgras, Paul Sérieux

can la personalidad pues no son sino una exageración de la misma, y no se encaminan hacia el debilitamiento intelectual. Dentro de este último grupo, trataremos de

definir un tipo nosográfico que llamamos «*psicosis crónica a base de interpretaciones delirantes*», o más brevemente «*delirio de interpretación*», en función de su rasgo más sobresaliente; no es preciso decir que su diferenciación como forma clínica se basa también en un conjunto de otras características relevantes. Mientras que la mayor parte de las psicosis sistematizadas demenciantes reposan sobre síntomas sensoriales predominantes y casi permanentes, todos los casos que bajo la denominación propuesta hemos reunido se manifiestan, casi exclusivamente, a base de interpretaciones delirantes; las alucinaciones, siempre episódicas cuando existen, no juegan apenas ningún papel.

Antes de exponer las características del delirio de interpretación, conviene definir la *interpretación delirante*. Es un razonamiento falso que tiene como punto de partida una sensación real, un hecho auténtico, el cual, en virtud de asociaciones de ideas ligadas a las tendencias, a la afectividad, y con la ayuda de inducciones o deducciones erróneas, adquiere una significación personal para el enfermo, invenciblemente compelido a relacionar cualquier cosa consigo mismo.

La interpretación delirante es distinta de la alucinación y la ilusión, que son trastornos sensoriales: la primera, una percepción sin objeto, y la segunda una percepción inadecuada del objeto. Un místico que ve a la Virgen aparecerse en medio de las tinieblas es juguete de una alucinación. Cuando Don Quijote toma por gigantes a los molinos de viento, es víctima de una ilusión. Limitamos el término ilusión al error de los sentidos; a veces, en efecto, se ha designado la interpretación con el nombre de «ilusión mental». Anotemos también otro error cometido bastante a menudo: tomar la interpretación por una alucinación; por ejemplo, un enfermo pretende haber oído ciertas palabras, ciertas injurias, y sin embargo esas palabras han sido realmente pronunciadas.

La interpretación delirante se distingue también de la idea delirante, concepción imaginaria de pies a cabeza, o al menos no deducida de un hecho observado. Como dice Régis, la primera tiene un punto de partida auténtico, la segunda es errónea hasta en sus cimientos: «en cierto modo, la interpretación delirante es a la idea delirante lo que la ilusión es a la alucinación».

Más dificultoso es separar la interpretación delirante de la interpretación falsa. Muchos autores han señalado signos diferenciales que, pese a su valor, no son aplicables en todos los casos. El error, se dice, es con frecuencia rectificable; la interpretación delirante, incorregible. El error se mantiene limitado, circunscrito; la interpretación delirante tiende a la difusión, a la irradiación, se asocia a ideas análogas y se organiza en sistemas. El error no tiene el yo como objeto; la interpretación delirante tiene como objeto el yo, su carácter egocéntrico es destacable. El error no tiene forzosamente repercusión sobre la actividad del sujeto, con frecuencia es sólo teórico; la interpretación delirante tiende a ser puesta en práctica, orienta y domina la actividad. El error ocurre sobre la base de un cerebro normal; la interpretación, sobre un terreno patológico. En el primero no hay lesión de la personalidad, no así en la segunda. ¿Bastaría decir que la interpretación delirante es absurda e inaceptable para

las personas de mente clara? No, en absoluto: numerosas interpretaciones delirantes, más verosímiles que muchos errores, han conllevado la adhesión de personas sensatas e inteligentes.

Común a psicosis muy distintas, esta clase de juicio afectivo se encuentra además en los estados pasionales; un estado afectivo ligero o incluso una idea predominante bastan para provocarlo. Por tanto, no se puede fundamentar la autonomía de una especie morbosa sólo por la existencia de interpretaciones delirantes.

*El delirio de interpretación es una psicosis sistematizada crónica caracterizada por: 1º la multiplicidad y organización de las interpretaciones delirantes; 2º la ausencia o la escasez de alucinaciones, su contingencia; 3º la persistencia de la lucidez y de la actividad psíquica; 4º la evolución mediante extensión progresiva de las interpretaciones; 5º la incurabilidad sin demencia terminal.* Psicosis funcional cuyo origen debe buscarse no en la acción de un agente tóxico sino en una predisposición psicopática, en las anomalías de los centros cerebrales de asociación de los que dependen las perversiones del juicio, las lagunas del sentido crítico, los trastornos de la afectividad; el delirio de interpretación procede básicamente de una malformación congénita, o dicho más brevemente, de la degeneración.

El delirio de interpretación debe alinearse entre los estados psicopáticos que suelen artificiosamente agruparse bajo el nombre de «locuras razonantes», conservando los sujetos por ellas afectados, fuera de su «delirio parcial», toda la vivacidad de su inteligencia, con una aptitud a veces notable para discutir y defender sus convicciones. Los interpretadores no merecen el epíteto de alienados en el sentido

etimológico del término (*alienus*, extraño, extranjero): permanecen en contacto con su medio ambiente, su aspecto se mantiene normal; algunos consiguen vivir en libertad hasta el fin sin llamar la atención salvo por algunas rarezas; la mayoría no son ingresados por sus ideas delirantes sino por un carácter violento e impulsivo que les llega a hacer peligrosos. Al entrevistarse con ellos, al leer su correspondencia o sus «memorias», no sólo ocurre que no formulen ninguna frase incorrecta, sino que se constata una adecuada forma de expresión, normalidad en la asociación de ideas, recuerdos muy fieles, una despierta curiosidad, una inteligencia intacta y a veces fina y penetrante. No es posible evidenciar alucinaciones activas, ni excitación ni depresión; no hay confusión, no hay pérdida de los sentimientos afectivos. A menudo son necesarias entrevistas prolongadas o repetidas para descubrir alguna peculiaridad.

Unos formulan quejas muy plausibles, quizá legítimas, dignas de ser verificadas. Una mujer acusa a su marido de inmoralidad: la ha engañado, ha intentado envenenarla, despojarla de su fortuna, la secuestra arbitrariamente. Un hombre se queja de la injusticia de sus superiores, de la hostilidad de su vecindario, de insinuaciones o alusiones malévolas. Un hijo natural explica las pruebas de que pertenece a determinada familia noble. Algunos interpretadores parecen emitir únicamente juicios erróneos: se les podría tomar por razonadores equivocados, con ideas preconcebidas para enfocar los sucesos bajo un ángulo especial, de sistematizarlo todo

partiendo de un prejuicio discutible, de una idea fija que orienta sus falsas interpretaciones. Sus ideas delirantes —cuando se trata claramente de delirio y no de equivocaciones— se mantienen dentro de lo verosímil, no parecen implicar una afectación de sus facultades silogísticas.

Otros, sin diferenciarse de los anteriores por ningún rasgo esencial, dan a sus frases un giro singular. Sus apreciaciones, conservando una absoluta apariencia de lógica, resultan demasiado extrañas: se impone en el interlocutor la convicción de que se trata de creaciones de una imaginación enfermiza. Uno de ellos, por ejemplo, toma a otro enfermo por un espía que representa admirablemente bien su papel; los enfermeros son policías disfrazados. No es tan ingenuo como para no darse cuenta de que está rodeado de agentes provocadores camuflados. Y refiere que desde hace mucho tiempo es víctima de mil vejaciones. Le siguen, le silban para burlarse, le rozan con el periódico al pasar, escupen a su paso; los gestos amenazantes u obscenos se multiplican: se rascan la cabeza, se frotan las manos, una mujer recoge sus faldas. Por la noche hacen chirriar puertas y ventanas premeditadamente con la finalidad de impedirle dormir. Recibe catálogos de aparatos ortopédicos: ¿cómo anunciar de un modo más claro que se le quiere lisiar? ¿Por qué se empeña la gente en formar grupos ante los kioscos de periódicos?: pues para impedirle ver un artículo o una imagen que a él podría interesarle. Inútil molestia: la prensa, preñada de alusiones sobre él, desvela utilizando seudónimos su pasado y su destino; las revistas ilustradas reproducen su retrato; ¡hasta los anuncios hablan de él! Ha sido objeto de aclamación popular, las tropas le han rendido honores, un ministro se inclinó ante él, cierta gran señora le ha mirado con un aire maternal: él ha deducido que era hijo de ella. Le niegan su verdadero origen; tendrán que rendirse a la evidencia.

Los datos clínicos del delirio de interpretación, vislumbrados en Francia por algunos observadores, se encuentran dispersos en diversos grupos nosológicos según el predominio de tal o cual síntoma. Si se constatan —o se cree constatar— la existencia de alteraciones sensoriales se les clasifica dentro de los delirios sistematizados alucinatorios. Si sobrevienen reacciones agresivas o sañudas reivindicaciones se diagnostica «locura de los perseguidos-persecutores». Finalmente, se atribuyen a la degeneración mental aquellos casos cuya originalidad no se puede discutir.

Ahora bien, aunque es legítimo considerar desequilibrados a los interpretadores, no es menos cierto que constituyen un grupo homogéneo y merecen un lugar diferenciado dentro de la multitud proteiforme de los degenerados. Deben ser radicalmente separados de los delirantes alucinados. En cuanto a la locura de los perseguidos-persecutores, reúne arbitrariamente, debido a la analogía de las reacciones, casos en realidad dispares. Entre otros tipos heterogéneos, incluye a algunos interpretadores: aquellos que, proclives al ataque, no cesan de perseguir a sus pretendidos enemigos; y deja absolutamente al margen a los interpretadores resignados, sin reacciones agresivas. Engloba también a esos desequilibrados que, bajo el imperio de una idea obsesionante,

emplean toda su inteligencia y toda su actividad anormal no en la construcción de una novela delirante sino en la satisfacción de su pasión morbosa. A estos últimos les reservamos el nombre de «reivindicadores» (*delirio de reivindicación*). El término locura de los perseguidos-persecutores que se quiere aplicar a los casos de delirio de interpretación no podría convenir a unos pacientes que a veces no son ni perseguidos ni perseguidores.

El estudio que haremos a continuación está dedicado a los interpretadores puros, a esos sujetos que, como ningún otro, ponen de manifiesto la extraña asociación de razón y locura y merecen adecuadamente el calificativo de «locos razonantes». Describiremos sucesivamente los síntomas, las formulaciones, la evolución y las variedades del delirio de interpretación. A continuación trataremos de explicar su génesis, y de diferenciarlo del delirio de reivindicación, de las psicosis interpretadoras sintomáticas y de los delirios sistematizados alucinatorios.

Finalmente, tras haber recordado de qué modo fue entendido en el siglo pasado, intentaremos justificar la autonomía de esta especie morbosa y situarla en una clasificación nosográfica. Las consideraciones terapéuticas y médico-legales pondrán fin a esta monografía.

## CAPÍTULO VIII

### Ensayo nosográfico

I. Autonomía del delirio de interpretación. — ¿Debe seguir mezclado con la locura de los perseguidos-perseguidores? — Opinión de Falret y de sus alumnos. — Ambigüedad del concepto actual de perseguidos-perseguidores. — Delirio de reivindicación: justificación de su autonomía; papel de la idea fija. — Opiniones de Maguan, Ballet, Arnaud, Régis, Forel, Neisser, Tilling, Leppmann, Wernicke, Hitzig, Kraepelin, Heilbronner.

II. Situación nosográfica del delirio de interpretación. — Psicosis constitucionales y psicosis accidentales. — Patogenia del delirio crónico (tipo de psicosis sistematizada alucinatoria). — Concepto de Kraepelin sobre la paranoia. — Objeciones de Bleuler, Wernicke, Schneider, Levi Bianchini, MacDonald, Dercum (anexión de la paranoia a la demencia precoz). — Clasificaciones de Tanzi, Deny y Camus, Régis. — Conclusiones. — Formas atípicas. — Nosografía de los delirios sistematizados.

Las consideraciones históricas precedentes nos permiten ahora abordar el estudio de la situación nosográfica del delirio de interpretación. Responderemos primero a las objeciones hechas contra la autonomía de esta psicosis; analizaremos qué es lo que conviene entender por «locura de los perseguidos-perseguidores», donde algunos autores continúan alineándola; veremos finalmente si se atribuye la misma patogenia a los delirios sistematizados alucinatorios.

I. — La conceptualización del delirio de interpretación ha levantado recientemente dos críticas principales: 1º siendo la interpretación una forma de razonar banal, necesaria incluso para la constitución de cualquier delirio sistematizado, no hay por qué —dicen— aceptarla como patonogmónica de una nueva entidad morbosa; 2º el delirio de interpretación ya fue descrito por J. Falret en sus persegui-

dos hereditarios; hay que seguir colocando a los interpretadores en las filas de los perseguidos-perseguidores, de los cuales ningún rasgo fundamental les distingue.

La primera objeción haría pensar que la autonomía de la psicosis en cuestión se ha establecido sobre un sólo síntoma: la interpretación. Hemos insistido lo bastante sobre el conjunto de características positivas y negativas del delirio de interpretación, sobre su evolución y sobre su patogenia, que tal crítica no puede considerarse bien fundada. El importante papel de las interpretaciones en enfermedades mentales diversas fue señalado por nosotros en 1902, y, junto a la psicosis crónica a base de interpretaciones delirantes o delirio de interpretación esencial, hemos descrito estados delirantes interpretadores sintomáticos de otras afecciones. No es posible, en efecto, construir una enfermedad sólo sobre un síntoma, ni agrupar juntas varias psicosis en base a un solo rasgo común, sea cual sea su aparente relevancia. Con Falret, Magnan y Kraepelin, consideramos que las taxonomías puramente sintomáticas están desprovistas de valor desde el punto de vista nosográfico.

La segunda objeción no parece más justificada. Cuando J. Falret trazó la magistral descripción de sus perseguidos hereditarios, dio a conocer solamente a los sujetos que nosotros clasificamos en el delirio de reivindicación. El declaró con toda claridad en 1896 que fueron los estudios de casos de Sandon, de Teulat, de Verger y de algunos otros, lo que le sirvió de punto de partida para establecer esa nueva variedad, el delirio razonante de persecución. Sin embargo, sin lugar a dudas los enfermos de que habla Falret son reivindicadores y no interpretadores. El 25 de febrero de 1878 Falret explicó su conceptualización de los perseguidos hereditarios en los siguientes términos: "1º. Son hereditarios. 2º. Tienen signos físicos de degeneración, y congestiones (...) 4º. Personifican la persecución en una sola persona, y la persiguen mediante el chantaje, las obsesiones (...) 6º. Están enfermos toda la vida y tienen paroxismos, pero siguen siempre siendo ellos mismos a edad avanzada y nunca llegan a la demencia (...) 8º Tienen un orgullo incomparable, son inventores estériles, son desclasados, incomprendidos, tienen facultades notables, inmensas lagunas en la inteligencia y sobre todo en la moral". El 29 de julio de 1878 precisa sus ideas diciendo que estos sujetos "tienen un cierto grado de ideas de persecución (...) son alienados hereditarios (...) que son presa de ideas de persecución, vagas, sin contenido preciso (...) *no se constatan en estos enfermos ni interpretaciones delirantes*, ni alucinaciones auditivas (...) *ni ideas de grandeza*". Y Delasiauve llama la atención acerca de que los enfermos de Falret "están menos locos que los temperamentos excéntricos, que la gente un poco desequilibrada". El caso es que Falret declara expresamente que sus perseguidos hereditarios no tienen interpretaciones delirantes.

Además, en 1892, Falret parece aludir con claridad a los interpretadores y querer distinguirlos de los perseguidos-perseguidores habituales en el siguiente pasaje, lamentablemente muy breve: «los perseguidores razonantes no tienen alucinaciones auditivas. Pero, ellos aparte, ¿tienen todos los demás perseguidos alucinaciones auditivas? Parece que algunos de ellos sólo tienen interpretaciones delirantes; es un punto interesante que habría que elucidar».

Pottier, en su tesis (1886), sugerida por Falret, estudia los perseguidos-perseguidores verdaderos (nuestros «reivindicadores»). «Sus delirios, dice, en gran parte se basan en hechos auténticos que sirvieron de punto de partida a sus sistematizaciones delirante, y a los cuales se han limitado a añadir complementos imaginarios que apenas se distinguen de los hechos reales que les sirvieron de base (...) esta variedad de enfermedad mental se caracteriza sobre todo por sus actos (...) Estos enfermos, a diferencia de los otros perseguidos, no llegan hasta la megalomanía, es decir, no llegan a un delirio de grandeza claramente característico, como por ejemplo creer que son tal o cual personaje histórico». A su vez, Ritti escribe en el *Diccionario Dechambre*: «En los perseguidos-razonantes no se constatan *ni interpretaciones delirantes*, ni alucinaciones auditivas ni de la sensibilidad en general. Tienen un orgullo inmenso pero *no ideas delirantes de grandeza*».

Tras estas citas, que podrían ser corroboradas por otras más recientes, es difícil admitir que Falret haya incluido a los interpretadores en la psicosis de los perseguidos hereditarios. A decir verdad, en la tesis de Pottier encontramos algunos casos de delirio de interpretación clasificados como perseguidos razonantes. Esta confusión proviene de hecho de haber retenido de la descripción tan precisa de Falret sobre todo, si es que no únicamente, dos rasgos llamativos: por una parte la lucidez, el desarrollo de las facultades silogísticas, las tendencias razonadoras; por otra, la viveza de las reacciones, la tenacidad, el tesón de las reivindicaciones. Así se vio llevado a ampliar el cuadro original para incluir en él los interpretadores con tendencias agresivas. Sin duda se proclama en voz bien alta la contingencia de las reacciones; lo cual no impide que en la práctica sea sobre todo en éstas últimas en lo que se apoye [el diagnóstico], y nadie se atrevería, que nosotros sepamos, a declarar perseguido-perseguidor a un interpretador resignado, de modales suaves y apacibles. Y así como sería razonable criticar a quien pretendiese aislar una especie clínica por un único síntoma —cosa que nadie ha sostenido—, es tanto más lamentable seguir describiendo pseudoentidades morbosas basándose en los tipos de reacciones, las cuales son manifestaciones individuales y no específicas [de la enfermedad]. Aunque ya nadie se atreva a hablar de locura de grandezas o de locura religiosa, se continúan englobando bajo el nombre de perseguidos-perseguidores —como antaño bajo el de locura razonante— hechos dispares, especies irreductibles que no tienen en común más que rasgos sin valor nosológico. Entre dos enfermos que presentan las mismas reacciones perseguidoras, ¿no va a haber ninguna diferencia nosológica real si uno es un fanático del Derecho, un reivindicador obsesionado, y el otro un verdadero delirante que acumula interpretación sobre interpretación?

Meschede y Thomsen eluden el término *Querulantenwahnsinn* y se contentan con decir: obsesión de reclamación. También Westphal establece un nexo entre la locura litigante y la locura por obsesiones [*folie des obsessions*].

Para Schüle, la locura pleitista se relaciona con la locura hereditaria con ideas obsesivas: «la sensación de haber sufrido una injusticia llega a hacerse una impulsión obsesiva».

A criterio de Neisser, la locura de los querulantes no puede ser considerada como un tipo de paranoia: en efecto, no hay ideas delirantes propiamente dichas; sólo es enfermiza la intensidad de los sentimientos afectivos.

Según Tiling, los querulantes no son enfermos delirantes y por lo tanto no deben colocarse dentro de la paranoia. Algunos paranoicos pueden hacerse querulantes, pero los verdaderos querulantes no son paranoicos. No se constata en ellos la evolución progresiva de sistemas delirantes complicados. El querulante sigue siendo, sin modificación, lo que era anteriormente; su antigua personalidad simplemente se propone una tarea nueva. Hay que clasificarle junto al fanático, quien, él también, sigue siendo siempre el mismo hombre pero poseído por una idea tiránica: está afecto de fanatismo, no de delirio.

Siefert o Willmans no consideran la psicosis de los querulantes como un proceso morboso simple, sino como la manifestación, bajo ciertas influencias externas, de una personalidad patológica.

Para Leppman, en algunos querulantes no se manifiesta debilidad mental identificable, ni generalización manifiestamente paranoica de las ideas de persecución. Esos sujetos están tristes, se dan cuenta de que más les valdría callarse; intentan apartar del pensamiento sus ideas de reivindicación, pero sucumben bajo la obsesión. Dicen resignadamente: «no puedo hacer otra cosa». Leppman clasifica estos casos en la locura con representaciones obsesivas.

Wernicke sostiene que hay un grupo entero de enfermedades psíquicas parciales, las *autopsicosis circumscribas*, que tienen como característica el desarrollo de ideas prevalentes (*überwertigen Ideen*) o ideas fijas, con la conciencia respetada, por otra parte, o relativamente indemne. «Incontestablemente, dice, hay casos de locura querulante en los que se trata de una enfermedad psíquica completamente circumscriba».

Hitzig acusa a Wernicke de querer restaurar las «ideas fijas» y las monomanías. Para él, la locura querulante (y bajo ese nombre parece englobar el delirio de interpretación, el delirio de reivindicación y algunos estados paranoicos), lejos de ser una psicosis «circumscriba» es una enfermedad de toda la personalidad psíquica. No hay solamente una idea prevalente aislada, sino numerosas ideas delirantes (de persecución, de grandeza...), una extensión progresiva de las asociaciones delirantes, algunos trastornos de la inteligencia que afectan sobre todo a ciertos temas, anomalías de la memoria y alteraciones afectivas numerosas y siempre manifiestas. Esta enfermedad no se diferencia de la paranoia en cuanto a sus elementos esenciales. Termina frecuentemente en demencia «debida probablemente a sutiles lesiones anatómicas del cerebro». — La divergencia de las opiniones de Wernicke y Hitzig se explicaría admitiendo que la tesis de Wernicke se aplica más bien al delirio de reivindicación y la de Hitzig a las psicosis interpretadoras.

Distintos autores (Köppen, Siemerling, Salgo, Weber), adoptando las opiniones de Hitzig, consideran la locura querulante como una manifestación de debilidad mental o de deterioro psíquico.

Kraepelin hace de la locura querulante una variedad típica de la paranoia; le dedica una descripción particularizada. Como en la paranoia, admite el lento desa-

rollo de una concepción delirante del mundo a raíz de la elaboración patológica de los sucesos de la vida; esta psicosis es relativamente inmutable e incurable. Distingue los verdaderos querulantes de los pseudoquerulantes, sujetos obstinados, pendencieros, con pasión por las argucias de leguleyo, pero diferentes sin embargo a los verdaderos querulantes. En efecto, el delirio de éstos últimos procede de un único punto de partida, bien determinado, que sin cesar está en primer plano y desde ahí se extiende cada vez más.

La teorización de Kraepelin es criticada por Heilbronner, cuyas ideas parecen conformes con nuestros puntos de vista. Heilbronner considera que existe una diferencia fundamental entre la génesis del delirio de los querulantes y la del de la paranoia. Esta diferencia aparece claramente, incluso ateniéndose a la descripción de los que engloban la locura querulante en la paranoia y que, aunque defienden la poca importancia de la temática delirante, caracterizan sin embargo a la locura querulante por la existencia de ideas relativas a perjuicios jurídicos. Si se compara el desarrollo de una locura querulante con el de una paranoia, se llega a la conclusión de que en la primera, por así decir, falta el comienzo, o sea, el periodo que en el paranoico precede a menudo varios años al desarrollo del delirio. Se tiene la impresión de que el querulante comienza por una idea fija, mientras que el paranoico no llega a eso sino después de una larga enfermedad. En éste último la idea fija tiene por finalidad explicar una larga serie de fenómenos patológicos, mientras que en el querulante orienta la interpretación de percepciones y de recuerdos normales. La diferencia también se advierte en un síntoma común, la interpretación. En el paranoico hay un delirio de «significación personal» de los hechos externos muy repartido entre estos; en el querulante hay un verdadero delirio de relaciones, en el sentido y exclusivamente en el sentido de una idea prevalente determinada.

Mientras que la paranoia converge lentamente hacia un sistema delirante único, en la locura querulante todo se agrupa alrededor de una idea delirante que, desde el principio, está en el centro de la conciencia. Así pues, no se observa en el querulante modificaciones en el tema delirante, hecho que, por el contrario, puede ocurrir en el paranoico con el transcurrir de los años. Finalmente, para Heilbronner (así como para Jolly, Siefert, Bonhoeffer) la locura querulante es puede llegar a curarse, con o sin secuelas. Hay pues, todo el grupo de la locura querulante debe ser sacado de la paranoia de Kraepelin, que es incurable y que tiene desde el principio una evolución crónica progresiva.

En resumen, por sus síntomas, su etiología, su patogenia y su evolución, el delirio de reivindicación presenta rasgos característicos que justifican el lugar autónomo que creemos debe acordársele desde el punto de vista nosográfico. Conviene en particular distinguir esta psicosis a base de representaciones mentales exageradas u obsesionantes, del delirio a base de interpretaciones. Es indudable que ambas formas presentan algunas semejanzas. Pero aunque en ambas psicosis se pueda poner de manifiesto la existencia de ideas prevalentes, en una de ellas (el delirio de interpretación), la idea prevalente, una vez instalada a favor de interpretaciones erróneas múlti-

ples, se convierte en el núcleo a cuyo alrededor se organiza un sistema delirante complejo; en la otra (delirio de reivindicación) la idea prevalente, o fija, determina un estado afectivo crónico y reacciones anormales.

II. — Numerosos alienistas, tomando a las psicosis alucinatorias crónicas por un tipo de delirio sistematizado, reúnen en un mismo cuadro a esas formas sensoriales y al delirio de interpretación; la génesis de estos dos estados morbosos les parece idéntica, sólo ven entre ellos diferencias de grado. Vamos a intentar demostrar que, por el contrario, existe una diferencia de naturaleza entre las psicosis alucinatorias, enfermedades accidentales, y el delirio de interpretación, enfermedad constitucional. Escogeremos como modelo de esas psicosis alucinatorias crónicas aquéllas cuyas características fueron ya resumidas en el capítulo «Diagnóstico»: el delirio crónico de Magnan.

El primer período del delirio crónico, período interpretativo, es a nuestro parecer la manifestación de una elaboración mental provocada por una brusca ruptura entre el pasado y el presente, por «las modificaciones de la actividad mental y la sensación de incompletud que surgen de tal ruptura» (Pierre Janet). Buscando una explicación a ese malestar, forja interpretaciones que no le satisfacen; se queda en un estado de inquietud permanente, sin sistematizar, porque las adquisiciones anteriores conservan durante algún tiempo su capacidad de atemperarle. Por el contrario, en el comienzo del delirio de interpretación no se produce esa lucha contra la invasión de las ideas irracionales: la idea delirante germina y fructifica en un terreno abonado desde mucho tiempo atrás para las interpretaciones erróneas.

La lesión del delirio crónico se extiende cada vez más, debilita progresivamente la autocrítica y acaba alcanzando los centros sensoriales. Entonces surge la alucinación y, cortando de raíz cualquier duda, fija el delirio que las interpretaciones habían sido incapaces de establecer; a partir de ese momento, las interpretaciones pasan a un segundo plano. — En el hombre normal tanto como en el interpretador, cuando la mente está constantemente pendiente de una sola idea y distraída de cualquier otra, termina muchas veces por objetivar el pensamiento predominante bajo la forma de una sensación: la alucinación se traduce entonces inmediatamente mediante términos concordantes a las preocupaciones. No es ése el modo en que aparece y evoluciona la alucinación auditiva del delirante crónico; esencialmente ligada al eretismo cortical y a la progresiva afectación del centro auditivo, comienza por trastornos elementales, ruidos sin significado; una frase articulada, exteriorizando las rumiaciones mentales del perseguido, sólo surge cuando la lesión se ha propagado al centro verbal, y, al aumentar poco a poco la irritación de este centro, el delirio completo termina por expresarse mediante diálogos alucinatorios.

Los síntomas sensoriales y cenestésicos al igual que las interpretaciones premonitorias del delirio crónico revelan la existencia de una alteración progresiva de la corteza cerebral que, irritativa al principio y enseguida destructiva, conduce -a veces muy lentamente- al delirio

hasta la disgregación y al enfermo hasta la demencia; la evolución del delirio de interpretación está bien lejos de terminar en un deterioro psíquico parecido.

«¿Qué importa esa diferencia?», dirán los que pretenden mantener el bloque de los delirios sistematizados, «no se clasifica a las enfermedades por su terminación ¿Se atrevería alguien a dividir las fiebres tifoideas en las que curan y las que llevan a la muerte?». Tal argumento es más engañoso que decisivo; compara hechos disímiles, y su peso, tratándose de nosología psiquiátrica, no deja de ser muy discutible. En efecto, en este terreno nos faltan datos etiológicos y anatómicos precisos. Esa laguna, ciertamente lamentable, ¿tendría que obligar al clínico a contentarse con un simple *nomenclátor* de síntomas? ¿Le está prohibido dar algún valor a la evolución de las psicosis? De ninguna manera. Y mientras que quienes critican la importancia atribuida a la evolución no nos den a conocer otros elementos de valoración más seguros, continuaremos pensando con J. P. Falret que «el curso de las enfermedades mentales es verdaderamente la parte más importante de su historia», y consideraremos con Lasègue, Magnan y Kraepelin el estudio de la evolución como la idea directriz de la psiquiatría clínica. Y esta evolución hay que contemplarla en su totalidad, sin descuidar el período terminal. ¿No es bien sabido que fenómenos iniciales de excitación a menudo enmascaran la auténtica naturaleza de una lesión, clarificada únicamente por los fenómenos tardíos de déficit?

Las psicosis sistematizadas alucinatorias son pues radicalmente distintas del delirio de interpretación, tanto por su génesis como por su evolución. Así como se observan algunas afinidades entre el delirio de interpretación y el de reivindicación, ambos derivados de una personalidad mórbida, ningún lazo aproxima estas psicosis constitucionales y no demenciantes a las psicosis alucinatorias crónicas, enfermedades adquiridas y demenciantes. Esta división nosográfica es conforme a la de Magnan, que contrasta el delirio crónico, nacido en sujetos sencillamente predispuestos, con los delirios sistematizados de los degenerados, donde va incluido el delirio de interpretación. Se acerca también a la de Kraepelin, que clasifica el delirio crónico en la demencia paranoide, forma clínica de la demencia precoz, y aísla la paranoia, que corresponde exclusivamente al delirio de interpretación y al delirio de reivindicación.

Se ha objetado a Kraepelin, por una parte, que era discutible la asimilación de las formas llamadas paranoides y las hebefrénicas y catatónicas de la demencia precoz, basándola en el análisis de los síntomas afectivos, de los de la voluntad y de la evolución (Dupré); por otra parte, también se le objeta que no hay separación entre la paranoia y la demencia paranoide. No entra dentro de nuestros planteamientos examinar la primera objeción, que muchos autores consideran bien fundada. Pasemos revista a los trabajos dedicados a la segunda.

Sommer admite entre esas dos psicosis -paranoia y demencia precoz- una cadena ininterrumpida de formas clínicas. Bleuler no establece entre ellas una diferencia de naturaleza comparable a la que existe entre una psicosis constitucional y una psicosis adquirida; cierto número de paranoides podrían ser hebefrénicos en los cuales

el proceso morboso no ha progresado; cierto número de delirios sistematizados alucinatorios, eliminados por Kraepelin del cuadro de la paranoia, son probablemente idénticos en realidad a las formas habituales de esta última psicosis; finalmente, ciertos tipos clínicos (uno de ellos aislado por Kraepelin, el delirio presenil de perjuicio) podrían servir de transición entre la paranoia y la demencia paranoide.

Wernicke (1892-1906) no admite la distinción entre la paranoia alucinatoria y la «paranoia crónica simple» (no alucinatoria). Niega esta última forma, alinea la mayor parte de los casos de paranoia originaria en la hebefrenia, y se contenta con agrupar bajo el nombre de *estados paranoides* a todas las psicosis crónicas caracterizadas por el predominio de las modificaciones del contenido de la conciencia. Alteración del contenido de la conciencia con conservación de la actividad consciente, tal es la fórmula de los «estados paranoides». Bajo ese nombre son clasificadas las «psicosis residuales» que, finalizada su evolución, han dejado como secuelas un déficit psíquico, y también las «psicosis crónicas en vías de evolución», con ideas delirantes explicativas (*Erklärungswahmideen*).

Para Schneider así como para Wernicke, la paranoia no es una especie clínica sino un síndrome que aparece sobre un terreno conformado por otras enfermedades.

Algunos casos de paranoia en el sentido de Kraepelin, pertenecen en realidad a la demencia precoz. Se trata de una demencia precoz que se ha vuelto «silenciosa» o se ha «curado» pero habría dejado como secuela un déficit del juicio sin haber lesionado gravemente las demás facultades. Schneider emparenta con estas formas crónicas al delirio de celos de los bebedores.

Heilbronner, después de haber eliminado de la paranoia de Kraepelin a la locura querulante y formas vecinas, propone atribuir un grupo de la demencia paranoide a los casos de paranoia propiamente dicha.

Levi Bianchini, recortando hasta lo más extremo el cuadro de la paranoia, sólo clasifica como tales a los *mattoides* (inventores, reformadores). Diferencia entre ideas delirantes e ideas absurdas. La idea delirante es «la más alta expresión de un estado de demencia». La idea absurda es «la expresión de una inteligencia defectuosa desde el nacimiento». La paranoia es una «forma de frenestenia, de defecto mental, una imperfección congénita de la inteligencia». Todos los falsos reyes o emperadores, los genios perseguidos y los perseguidos-perseguidores no serían sino dementes paranoides. Contrariamente a todos estos, que a menudo son peligrosos, los verdaderos paranoicos -en el sentido que Bianchini da al término- son muy sociables, sin duda molestos pero inofensivos.

Para MacDonald, ninguno de los principales síntomas de la paranoia de Kraepelin es lo suficientemente característico. La lentitud del primer estadio a menudo se ve reemplazada por un comienzo más bien agudo. La lucidez habitual no impide que haya períodos de confusión, íntimamente ligados a la enfermedad. Lejos de ser raras, las alucinaciones son a menudo predominantes; y además su ausencia en algunos casos acerca este delirio al de los débiles de espíritu. La sistematización, imprecisa e incompleta, muchas veces está próxima al polimorfis-

mo. La estabilidad del delirio sólo es aparente. El lenguaje y los escritos manifiestan a veces la incoherencia del pensamiento; el razonamiento y la conducta prueban un cierto deterioro intelectual: hay que estar demente para formular todo el rato juicios erróneos y aferrarse obstinadamente a ellos pese a los testimonios más convincentes. Todos esos presuntos casos de paranoia se reducirían a fin de cuentas a la demencia paranoide.

Dercum expone consideraciones análogas pero saca de ellas conclusiones diferentes. Aunque en la paranoia, dice, el delirio se apoye en interpretaciones más que en alucinaciones, las cuales a veces también son frecuentes (alucinaciones psicomotrices y cenestésicas, principalmente), y aunque las ideas delirantes estén quizá mejor definidas y sistematizadas, esto no basta para establecer una diferencia en cuanto a la naturaleza de la paranoia y la de la demencia precoz; se trata solamente de una cuestión de grado. Habría pues un parentesco esencial entre todas esas enfermedades degenerativas, empezando por la hebefrenia y terminando en la paranoia de Kraepelin y el delirio de los degenerados de Maguan. Pero aunque no sea posible establecer entre ellas barreras infranqueables, no es menos cierto que las diferencias entre los extremos de la serie son notables: si se pretende extender demasiado el terreno de la demencia precoz, se corre el riesgo de hacer de ella una enfermedad universal. Dercum divide pues su grupo heboide-paranoide en cinco categorías: hebefrenia, catatonía, paranoia heboide (delirio súbito de Magnan, paranoia aguda), paranoia alucinatoria (delirio crónico de Magnan), paranoia simple (paranoia de Kraepelin, delirios sistematizados de los degenerados de Magnan).

A pesar de estos desacuerdos, la situación nosográfica de la paranoia y la del delirio de interpretación han sido aceptadas por un cierto número de autores, extranjeros y franceses, como ya señalábamos en el capítulo.

Tanzi (1905) coloca la paranoia entre las *anomalías mentales degenerativas*. Este grupo de estados mentales comprende «las verdaderas degeneraciones psíquicas: no se trata aquí de naufragios o infortunios accidentales y reparables, sino de desviaciones, de parafrenias, de anomalías del desarrollo». Tales anomalías se subdividen así: *1ª Perversiones sexuales, 2ª Inmoralidad constitucional; 3ª Paranoia, 4ª Debilidad mental*. La paranoia se subdivide a su vez en: *1º Paranoicos con delirio egocéntrico: perseguidos, ambiciosos, eróticos, querulantes; 2º Paranoicos con delirio abstracto o «mattoides»*.

G. Deny y P. Camus han dividido (1906, loc. cit.) los delirios paranoicos en tres grandes categorías según la preponderancia de los siguientes elementos constitutivos: representaciones mentales exageradas; interpretaciones falsas y sin fundamento; trastornos de la percepción. Dichas categorías son:

a) *Delirios a base de representaciones mentales exageradas u obsesionantes* (tipo locura de los perseguidos-perseguidores de Falret, Pottier, etc.).

b) *Los delirios a base de interpretaciones erróneas* (tipo delirio de interpretaciones de Schüle, Kraepelin, Sérieux y Capgras).

c) *Los delirios a base de trastornos perceptivos*, que se subdividen en dos subvariedades según que los trastor-

nos de la percepción afecten de una manera predominante a las *sensaciones internas* u orgánicas, es decir, a la cenestesia, o bien a las *sensaciones externas* (sensibilidad general y órganos de los sentidos). En el primer caso el delirio puede ser llamado *a base de trastornos cenestésicos* (locura sistematizada primaria hipocondríaca de Ségla); en el segundo, el delirio es *a base de trastornos sensitivo-sensoriales* (delirio crónico de Magnan, etc.).

Para Deny y Camus, de estas cuatro variedades de *psicosis sistematizadas crónicas* hay dos, el *delirio a base de representaciones obsesivas* (o delirio de reivindicación) y el *delirio a base de interpretaciones*, que pertenecen irrefutablemente a la paranoia «o constitución psíquica particular verosímilmente ligada a anomalías morfológicas y estructurales de las neuronas y de las fibras de asociación». Ambos tipos de delirios son, efectivamente, esencialmente intelectuales. Lo mismo podría decirse de los *delirios a base de trastornos cenestésicos*; pero es muy probable que los *delirios a base de trastornos sensitivo-sensoriales* no deban incluirse aquí.

Régis, en la tercera edición de su *Compendio de psiquiatría* (1906), describe dentro del gran grupo de las *psicopatías-estado* [*psychopathies-maladies*], o *psicosis, al delirio sistematizado progresivo*, que se corresponde con el delirio de persecución de Laségue, con el delirio crónico de Magnan y con la paranoia crónica primitiva tardía de los autores alemanes.

En otro grupo, las psicopatías-enfermedad [*psychopathies-infirmités*], o enfermedades psíquicas [*infirmités psychiques*], tienen su lugar las psicosis delirantes de los degenerados:

1º Delirio de los perseguidos autoacusadores y perseguidos melancólicos;

2º Delirio de autoacusación sistematizado primario y delirio hipocondriaco sistematizado;

3º Delirio sistematizado agudo;

4º Delirio sistematizado de interpretación (Régis lo considera como intermedio entre el delirio sistematizado progresivo y el delirio sistematizado razonante);

5º Delirio sistematizado razonante o de los perseguidos-perseguidores («únicamente basado en una idea fija»).

Finalmente, conviene citar la conceptualización de la paranoia recientemente formulada por Dupré (loc. cit.): «Me parece útil reservar el vocablo paranoia, del que la psiquiatría alemana y la italiana tanto han abusado, al conjunto de estados psicopáticos constitucionales, degenerativos, donde el orgullo y la desconfianza, asociados a la fragilidad y falsedad del juicio, conducen a la edificación de sistemas delirantes interpretativos, no alucinatorios, de temática variable, sobre todo de persecución o de grandeza, en el curso de los cuales una idea fija, prevalente, domina la mente y orienta la conducta del sujeto, y acaba en su progresiva extensión por acaparar toda su actividad intelectual y práctica». Pero Dupré no cree que haya que establecer una división nosológica tajante entre el delirio de los perseguidos-perseguidores y la psicosis a base de interpretaciones delirantes.

De esta revisión se desprenden dos conclusiones:

1º En contra del criterio de Kraepelin, ciertos autores,

centrando su atención en algunos casos excepcionales, tienden a englobar todos los delirios sistematizados en la demencia precoz, igualmente que, en contra de Magnan, se les ha pretendido atribuir en bloque a la degeneración mental. Esas afecciones, ganando así en extensión lo que pierden en precisión, estarían a punto de ser confundidas unas con otras debido a tales exageraciones. Tomando como guía la gran mayoría de los estudios de casos y los casos típicos, se debe, a nuestro parecer, mantener en la nosología de los delirios sistematizados la distinción fundamental entre las psicosis constitucionales y las psicosis adquiridas, entre las que se mantiene la integridad intelectual y aquéllas en las que aparece una demencia progresiva.

2º La patología mental, como la biología, no afirma jamás la independencia absoluta de una especie morbosa; pero de la existencia de eslabones intermedios tampoco deduce que sea inútil o arbitraria cualquier diferenciación. Hecha esta reserva, es importante reconocer la realidad de los casos de transición entre las psicosis que hemos definido y la posibilidad de que haya formas mixtas o combinadas, casos atípicos. Se les encontrará sobre todo entre el delirio de interpretación y el delirio de reivindicación debido a sus afinidades. Se puede ver, por ejemplo -lo indicamos al estudiar la evolución-, que un interpretador se transforma episódicamente en reivindicador. Llega a ocurrir también que un delirio de reivindicación se acompañe de interpretaciones, sin duda poco numerosas, pero que por su carácter netamente delirante dan la impresión de estar ante una forma mixta.

Más raras son las formas intermedias entre el delirio de interpretación y las psicosis sistematizadas alucinatorias. Sin embargo, la acción de una causa específica (tóxica u otra) puede originar una forma bastarda truncada de clasificación difícil. Por un lado, síntomas sensoriales muy activos y de larga duración pueden transformar completamente la fisonomía de un delirio de interpretación. Otras veces, una locura sistematizada con predominio de las interpretaciones puede llegar progresivamente a la demencia.

En resumen, se puede establecer la siguiente gradación en los delirios sistematizados:

I. - PSICOSIS CONSTITUCIONALES, FUNCIONALES Y ESTABLES:

1. Delirio de reivindicación
2. Delirio de interpretación

II. — PSICOSIS INTERMEDIAS O COMBINADAS:  
Formas atípicas diversas

III. — PSICOSIS ADQUIRIDAS, TÓXICAS, DEMENCIANTES:

1. Delirio crónico de evolución sistemática (proceso demenciante lento o atenuado)
2. Delirio sistematizado paranoide (proceso demenciante rápido o acentuado) ■