

## LOS SUEÑOS EN LA ESQUIZOFRENIA

Dr. D. PARELLADA FELIU

Médico de Sección

**E**s ya conocido que entre la gama sintomatológica de las psicosis endógenas existen alteraciones de los sueños. Una noción asimilada en psiquiatría es la de que existe un aumento cuantitativo de los sueños en numerosos cuadros esquizofrénicos. A estos últimos queremos referirnos, procurando desprendernos de todo carácter interpretativo para concretarnos brevemente a los hechos, con la máxima objetividad.

El estudio conceptual de la esquizofrenia se ha realizado especialmente en dos grandes terrenos, el del curso y el psicológico (dejamos de lado, porque no nos interesa en la presente cuestión, el biológico). Como complementación de ambos, habíamos creído interesante un examen detallado de lo que es lo que ocurre en los momentos mismos de iniciarse la enfermedad, y desde el instante en que empiezan su mejoría hasta completarse su remisión, intentando ordenar una localización temporal o cronológica de cada síntoma que vaya apareciendo—o desapareciendo—y comprender a base de los sucesivos elementos que se constituyen o destruyen, la relación de dependencia de unos síntomas con otros en la elaboración de la enfermedad y en el «*reintegratio ad integrum*».

Este afán de observar los comienzos del establecerse la esquizofrenia, buscando cuáles son los fenómenos patológicos más prematuros de las psicosis, nos ha permitido observar que con cierta frecuencia el primer síntoma es precisamente el «soñar más que antes», y que tal variación en su soñar no solamente significaba un cambio en el aspecto cuantitativo de «soñar más», sino que existe también una transformación cualitativa, adquiriendo los sueños un aire extraño y desagradable, trágico y terrorífico.

Tales variaciones aparecen en bastantes casos; pero quedan otros, numerosos, en los cuales no pueden evidenciarse. Algunos de estos últimos, interrogados en plena génesis de la enfermedad, con pocos días de evolución, nos han manifestado cambios suficientemente llamativos en sus sueños; hay que suponer pues en la existencia de los mismos. Otras veces, en enfermos recientes pero con un cuadro ya completamente desarrollado, niegan asimismo tales variaciones; a pesar de lo cual no es raro que al cabo de un pequeño tiempo de tratamiento, despejados sus trastornos de atención y de conciencia, comprobemos en un nuevo interrogatorio la existencia de las mismas. Por último, tenemos también ejemplos de aquellos casos en que sus períodos iniciales o de remisión gradual explicaban concretamente sus alteraciones del soñar, pero que una vez terminado el tratamiento y completada la remisión, las habrían olvidado, negando convencidamente que se les hubiese ocurrido lo que unas semanas antes nos habían explicado.

Ante lo expuesto puede comprenderse las dificultades existentes para poder establecer un porcentaje, ni siquiera aproximado, de los casos que presentan variaciones en su soñar; mucho más cuando hemos renunciado a recurrir a métodos psicológicamente aconsejados, tales como despertar repentina y repetidamente al enfermo para preguntarle si estaba soñando, en que, e investigar caracteres, vistas las dificultades que tales procedimientos reportan, y la ausencia de colaboración que del enfermo puede esperarse; por lo cual nos quedamos exclusivamente con los datos derivados del interrogatorio.

El método de trabajo no obedece a ninguna concepción teórica previa. Se debe exclusivamente al hallazgo de datos, que posteriormente hemos procurado investigar en un número de casos más amplio.

Para sistematizar la recolección de datos en los distintos enfermos, hemos elaborado un cuestionario, del que transcribimos los títulos más fundamentales:

### Cuestionario

*Al comienzo o durante la enfermedad.*

Enterarse de:

- 1.° Si sueña más que antes de la enfermedad.
- 2.° Si los sueños son terroríficos, contrastando con sueños indiferentes o agradables de antes de la enfermedad.
- 3.° Si estos sueños terroríficos de durante la enfermedad son más intensamente vividos, más claros y reales que los sueños de su época normal.

- 4.º Cuánto tiempo hace que empezó a soñar más intensa y abundantemente y con carácter desagradable, y si el momento de comenzar estos sueños fué anterior o posterior a la agripnia, anorexia, sentimientos de autorreferencia, de extrañeza, de cambio y de amenaza, interpretaciones, ideas delirantes y alucinantes. (Procurar localización cronológica de cada uno de estos elementos psicopatológicos.)
- 5.º Si existe algún paralelismo y semejanza entre los sueños de durante la enfermedad, y sus alucinaciones y demás vivencias vigiles.
- 6.º Comparación de los territorios sensoriales mediante los cuales se percibe el sueño de antes y durante la enfermedad.

*Al final de la enfermedad, o después de la remisión*

Enterarse de cómo han evolucionado o desaparecido los sueños; si se han conservado; o bien, si han desaparecido, antes o después de los demás elementos psicopatológicos; y si el carácter terrorífico, la abundancia y la claridad de los sueños desaparecieron brusca o gradualmente.

*En los casos que pasan a la cronicidad o a la demencia*

Enterarse de si los sueños se conservan, difuminan o desvanecen.

\* \* \*

En el interrogatorio, hemos complementado el cuestionario con la historia clínica, comparándolos, para poder individualizar las preguntas generales del cuestionario a cada caso particular.

En lo posible hemos seguido la evolución de la enfermedad en relación con el cuestionario en varios interrogatorios sucesivos, para deducir el desarrollo del soñar del enfermo en relación con el curso.

Hemos seleccionado 14 casos — los que menos se prestan a dudas, y casi todos seguidos de su evolución —. Estos han sido investigados por diferentes personas, basándose todas en las directivas generales del cuestionario.

\* \* \*

*Observación núm. 1. J. B. R. 30 años. Historia clínica 1834. Clínica mental.*

Ingresó en Clínica Mental en 4-XII-43.

Desde hace tres años: irritable, caprichosa, inestable, sentimiento de amenaza, sueños de terror, cefaleas, deprimida, angustiada. Sentimiento de autorreferencia y de cambio. Ideas de celo y de perjuicio. Alucinaciones auditivas y visuales. Interceptaciones.

A su ingreso en la clínica: se confirman estos datos, y aunque debido al tiempo transcurrido no puede detallar fechas, ella cree que lo primero — o de las primeras cosas — que recuerda, es que sus sueños se hicieron más abundantes, mas intensos y vivos que cuando se encontraba bien. Dice que no solamente «ve» los sueños, sino que además los «oye». Tales sueños tenían — y continúan presentando — un carácter molesto y amenazador. No puede localizar cronológicamente a los sentimientos e ideas psicopáticas. En cambio está convencida de que las alucinaciones no aparecieron hasta al cabo de un año después de soñar más.

Los sueños tenían un gran paralelismo o semejanza con las alucinaciones, tanto auditivas como visuales. Todo estaba sistematizado a través de sus ideas de perjuicio y de celos, a base de unas pocas personas — 6 ó 7 —, todas mujeres, que tenían algo que ver con su marido, que la insultaban, amenazaban y la querían estrangular. Soñando veía a tales personas que se le acercaban amenazadoras; sus alucinaciones visuales eran asimismo de tales personas y con las mismas actitudes; y sus alucinaciones auditivas eran también las voces de dichas personas.

Con electro-insulina se consigue mejorarla muchísimo, hasta que en 2-II-42 se la propone para alta, remitida, habiendo desaparecido todos los elementos psicopatológicos. A pesar de haber desaparecido las alucinaciones y la idea de perjuicio, y de haberse normalizado su tono afectivo, persisten los sueños en la misma forma, aunque en menos intensidad.

Al cabo de unas semanas, recae en la misma sintomatología. Reingresada en 1-VII-44, se repite el tratamiento, consiguiéndose diluir su sintomatología psicopatológica y secundariamente normalizar sus sueños. Sale de alta el 10-X-44, conservándose sin recaída hasta el momento presente.

*Observación núm. 2.—C.S.C., 23 años. Historia clínica núm. 1838. Clínica Mental.*

Familia predominantemente esquizoide. Dos hermanas esquizofrénicas.

Personalidad prepsicótica, huraña, poco habladora, seria.

Ingresó en Clínica Mental en 15-XII-43.

Desde hace un mes adelgaza, indolente, triste, ideas de autorreferencia y de perjuicio, sentimientos de influenciación y de cambio, interceptaciones, ideas de suicidio. No trastornos sensoperceptivos.

A su ingreso perpleja, conciencia confusa. Se instaure insulina-electroshock.

En 22-I-44, contenta, tranquila, activa, desaparición de ideas delirantes y de sentimientos psicóticos. Remisión total. Propuesta alta.

Explica que no sabe pensar fecha, pero que desde hace una temporada soñaba más que antes, y que eran cosas extrañas que antes nunca había soñado. Aunque se han normalizado bastante en cuanto a extrañeza, todavía prosiguen siendo sueños abundantes.

Después del alta, en su casa, la enferma se muestra de vez en cuando con atisbos de autorreferencia y de perjuicio, con falsas interpretaciones y desconfiada. Los sueños se van disolviendo para normalizarse al cabo de unos meses. Las características últimamente citadas persisten al cabo de largo tiempo, estabilizadas.

*Observación núm. 3.* — O. A. D., 30 años. Historia Clínica 1855. Clínica Mental.

Intensos rasgos psicopáticos familiares. Personalidad prepsicótica: rara, terca, poco sociable. Ingresa en Clínica Mental en 24-I-44.

Desde hace una pequeña temporada sueña más que antes, y en cosas que la hacían sufrir: mataban a su padre, bombardeaban su casa, morían los niños, etcétera (con sus suspiros y voces, acudía su esposo que la despertaba y se enteraba de sus sueños).

Desde hace una semana: sentimiento de amenaza, ideas de perjuicio y de envenenamiento, alucinaciones auditivas y visuales.

A su ingreso: angustia, deprimida, perpleja, algo confusa, interceptaciones, sentimiento de cambio, ideas de influencia. Se confirman los datos expuestos en el párrafo anterior. Se instaure tratamiento de Sakel.

En 2-III-44, muy mejorada. Sueños disminuidos en intensidad y menos desagradables en su carácter.

En 20-V-44, recaída. Sueños nuevamente muy abundantes, sin ser tan trágicos.

En 20-VI-44, bastante mejorada. Prosiguen sueños sin normalizarse.

En 4-VIII-44, alta temporal con remisión parcial, prosiguiendo con sueños abundantes.

A los pocos meses la enferma recae. Los sueños se disuelven. Queda con un discreto déficit.

*Observación n.º 4:* A. D. G., de 44 años. Historia clínica 1862. Clínica Mental.

Familia predominantemente esquizoide.

Personalidad prepsicopática: insociable, retraída, sobrevalorada.

Ingresa en Clínica Mental en 13-II-44.

Desde hace tres años: pérdida de peso, interceptaciones, agripnia, pérdida de simpatías e ilusiones, sentimiento de extrañeza, deprimida angustiada, interpretaciones delirantes paranoides, ideas de perjuicio y de influencia. Alucinaciones auditivas y visuales. Conservación de claridad de conciencia y de inteligencia. No conciencia de enfermedad. Adaptación social imposible. Perturbadora al intentar defenderse de sus perseguidores.

Dice soñar más que antes, y que empezó a soñar más, antes de encontrarse deprimida y angustiada. Además de aumentar sus sueños se convirtieron de agradables o indiferentes en terroríficos (fusilamiento de sus hermanos, la asesinaban a ella, animales-serpientes, gatos, etc.), que la persiguen.

Las alucinaciones tienen gran relación con los sueños (ve alucinatoriamente las serpientes en las cuales ha soñado). Actualmente sueña visual y auditivamente.

En 10-V-44, se empieza Sakel.

En 15-VII-44, estado psíquico sin modificación.

En 31-VIII-44, piretoterapia.

En 20-IX-44, prosigue igual.

En 5-X-44, leucotomía.

En 6-X-44, gran mejoría; animada, contenta, afectuosa, sonriente; las «voces» las oye todavía, pero quizás en un grado menos intenso; de todas maneras no la molestan, y han perdido su carácter de realidad. Persisten sueños aumentados, pero sin carácter terrorífico.

En 24-X-44, alta temporal. No tan contenta y sintónica como en los días sucesivos a la leucotomía, pero bien.

En 29-I-45: Reingresa, por recaída, con el mismo cuadro anterior a la leucotomía. Confirma el estrecho paralelismo entre sueños y alucinaciones.

En 23-III-45: Se inicia Cardiazol.

En 5-IV-45: Gran mejoría, parecida a después de leucotomía. Persisten sueños.  
 En 10-VI-45: Nueva recaída, y con estas alternativas se prosigue, sin haber desaparecido del todo el carácter patológico de los sueños y sin presentarse una remisión permanente.

*Observación n.º 5:* E. M. F., de 19 años. Historia clínica n.º 1866. Clínica Mental.

Personalidad prepsicótica: alegre, sociable, erética, inconstante.

Dos brotes psicóticos anteriores, imprecisos.

Ingresa en Clínica Mental en 11-XI-43.

Desde hace dos semanas: cuadro esquizofrénico confusional, con ideas de persecución, alucinaciones visuales y auditivas, angustia, excitación psicomotriz.

A su ingreso, idéntico estado. Diálogo imposible. Se instaura tratamiento de electroshock-insulina.

Remisión total en febrero 1944. Después de remitida tiene un recuerdo algo confuso de su episodio psicótico. Cree que en su relación con su enfermedad empezó muy precozmente a soñar mucho más que lo que en ella era corriente, siendo más claros e intensos y provistos de mayor carácter de realidad. En este período y en contra de lo que en ella era corriente, no soñaba nunca las cosas agradables y simpáticas, sino en cosas que le daban miedo: que se caía de un balcón, que la perseguían serpientes y fieras, etc. La normalización de los sueños ha sido simultánea con la desaparición total de las alucinaciones. No recuerda nada del contenido de las alucinaciones.

*Observación n.º 6:* V. R. G., de 31 años.  
 5-VI-44.

Personalidad pro-psicótica: serio, reservado, desconfiado.

Desde hace cuatro o cinco meses está desanimado por varios conflictos y apuros. Desde hace un mes, anorexia y sueña más que antes.

Desde hace veinte días, agripnia.

Desde hace dos semanas: tristeza exagerada, interceptaciones, sentimientos de cambio y de autoreferencia.

Desde hace una semana: angustia, alucinaciones auditivas elementales, ideas de perjuicio.

Actualmente sueña todavía más abundantemente que hace un mes. Además los sueños son más claros y vivos, y se acuerda de ellos, circunstancia que no se daba en los sueños anteriores a su período psicótico. En la mayor parte de sus sueños, se representa que le van a matar.

Además le parece que antes sólo «veía» los sueños, mientras que actualmente además de «verlos» también los «oye».

No se ha podido seguir el curso ulterior de la enfermedad.

*Observación n.º 7:* L. S. S., de 51 años. Historia clínica 1939. Clínica Mental.

Familia predominantemente esquizoide. Tío materno esquizofrénico.

Personalidad amable, bondadosa, regularmente sociable.

A los 23 años, episodio psicótico que duró seis meses.

Ingresa en Clínica Mental en 1-10-44.

Hace varios meses que disminuye de peso.

Hace dos meses que se le acentúa la pérdida de peso, sueña bastante más abundantemente y sus sueños son desagradables y raros, agripnia, anorexia. Hace un mes y medio, pérdida de iniciativas y vago sentimiento de amenaza. Hace un mes, agitación, agitación psicomotriz, alucinaciones auditivas y visuales, interpretaciones, verbigeración, ideas de influencia, agresividad.

A su ingreso, parecido estado. Perpleja.

Se instaura tratamiento mediante Cardiazol.

En 10-X-44, contenta, tranquila, buenas iniciativas, dócil. Buen apetito, aumento de peso. No alucinaciones, no ideas de influencia, no interceptaciones, sueños normalizados.

En 10-XI-44. Propuesta alta. Remisión total.

(En los primeros días de internamiento, no puede esclarecerse nada respecto a sueños. No se consigue poner en claro, hasta iniciada la remisión.)

*Observación n.º 8:* A. R. N., de 23 años.

Tara esquizoide familiar. Madre esquizofrénica. Personalidad prepsicopática: Oligofrénica erética, de origen encefalopático.

Dos brotes anteriores.

Ingresa en Clínica Mental en 10-II-45.

Desde hace unas semanas, trastornos de conducta, alucinaciones auditivas y visuales, ideas de persecución y sobrevaloradas. Agripnia, anorexia. Miedosa.

La enferma explica, de una manera poco precisa, por su oligofrenia, pero con cierta sistematización, que al adelgazarse empezó a soñar cosas extrañas — especialmente muertos —, con lo que antes nunca había soñado; pero que el comienzo de los sueños extraños coincidió aproximadamente con la aparición de agripnia.

Se instaura Cardiazol-Sakel. La enerma desarrolla rápidamente un cuadro hebefrénico, que impide toda interpenetración y se sume en un embrutecimiento deficitario.

*Observación n.º 9:* J. R. C., de 35 años  
17-III-45.

Personalidad: Dócil, bondadoso, tímido, poco sociable.

Brote esquizofrénico paranoide, hace 12 años.

Desde hace varios meses, pérdida de capacidad de empatía. Desde hace un mes, sueña más que antes, y los sueños se convierten en desagradables y molestos.

Desde hace dos semanas, anorexia, agripnia, sentimiento de cambio, de auto-referencias e interceptaciones.

Desde hace 8 días, sentimiento de amenaza, perplejidad, ambivalencia afectiva y conativa, ideas de influencia y de perjuicio.

Se instaura tratamiento combinado de electroshock, Sakel y piroterapia.

En 5-IV-45, mejoría global; persisten discretas perplejidad y ambivalencia, y alguna interceptación. Sueña algo menos, y no tan desagradablemente.

En 11-IV-45, remitida toda la sintomatología.

Sueños todavía algo abundantes, y nada extraños ni molestos.

En el 17-IV-45, estado psíquico perfecto. Sueños completamente normalizados.

*Observación n.º 10:* P. T. T., de 28 años. Historia clínica 1985. Clínica Mental.

Familia predominantemente esquizoide. No antecedentes psicóticos.

Personalidad seria, retraída activa.

A los 16 años, un brote parecido al actual, que duró tres meses, y que remitió espontáneamente.

Ingresa en Clínica Mental en 22-III-45.

Hace cosa de un mes y medio que empezó a soñar mucho más que antes, y sus sueños estaban provistos de un carácter vívido, trágico y extraño, que la hacían padecer.

Hace 15 días, duerme poco; algo irascible, extraña e inadaptada; anoréxica.

Hace 5 días, estalla el episodio psicótico; despierta monologando disgregadamente, rígida, angustiosa, temerosa, momentos impulsivos.

Alucinaciones visuales y auditivas, sentimientos de amenaza, autoreferencia y de cambio, ideas de perjuicio y de influencia, interceptaciones. Perpleja.

Conciencia algo enmarañada.

Se instaura tratamiento mediante Cardiazol

En 2-IV-45, contenta, tranquila. Duerme bien, buen apetito. Ya no interceptaciones, sentimientos psicóticos, ideas delirantes ni alucinaciones. Persisten las características de los sueños, aunque muy reducidos en su intensidad.

En 8-IV-45. Sueños normalizados. Remisión total. Alta.

(Contenido de los sueños: andaba por el campo y se encontraba sola, y la perseguían desconocidos para pegarla y hacerla padecer y martirizar — sin propósito sexual evidenciable para la enerma —; la explicación que la enferma da a sus sueños es por el terror a los «maquis» que campaban por su comarca. Afirma estar convencida de que los sueños tenían una estrecha relación con las vivencias vigiles de su período psicótico; pero no sabe explicar con precisión en qué consistía dicha relación. Por de pronto no era nada de forma, pues no era igual lo que veía o sentía en sus sueños con sus alucinaciones. Tal relación parece ser de fondo tímpanico: al despertar le quedaba angustia, intanquilidad, sentimientos de amenaza y de miedo, que perduraban durante el día.)

*Observación n.º 11:* M. M. E., de 31 años. Historia clínica 1994. Clínica Mental.

Tío paterno enfermo mental, al parecer esquizofrénico. Personalidad reservada, tímida, seria, introvertida.

Ingresa en Clínica Mental en 16-IV-45.

Hace unos 2 años tuvo un episodio psicótico, con ideas de perjuicio y alucinaciones, después de una temporada de preocupaciones razonadas en la que soñó muy abundantemente y eran cosas extrañas.

Este cuadro remitió, pero persistieron sus conflictos y motivos de preocupación, aunque se conservó relativamente tranquila. Inteligencia disminuida discretamente.

Hace tres meses se despierta con frecuencia y sueña mucho más que normalmente, y el contenido de los sueños era desagradable y extraño.

Hace 2 meses menstruación escasa. Parece que en este momento se inician las interceptaciones.

Hace un mes, anorexia, adelgazamiento, tristeza, adinamia, cefalea, pocas iniciativas, ideas de autorreferencia. Ideas de suicidio, ideas de persecución.

A su ingreso tratamiento con Cardiazol.

En 25-V-45, parcialmente remitida. Persisten sueños, aunque con menor intensidad y menos emotivos.

*Observación n.º 12:* I. G. Z., de 30 años. Historia clínica 1999. Clínica Mental. Personalidad prepsicótica: alegre, sociable, activa.

Ingresa en Clínica Mental en 26-IV-45.

Hace ya bastante tiempo que estaba preocupada, pues temía que parte de su familia, que se encontraba en Francia, hubiese muerto, pues no tenía noticias de la misma. (Hay que tener en cuenta que entonces no había comunicaciones postales con la vecina República)

Hace 4 meses aumentaron cuantitativamente sus sueños, que eran raros y desagradables (familiares muertos, y a los todavía vivos, se les perseguía).

Hace un mes y medio empieza a dormir menos. Hace tres semanas agripnia intensa, anorexia, pérdida de ilusiones, cierta tristeza y sensación de extrañeza y de cambio cósmico.

Hace pocos días extravagancias, agitación, alucinaciones, angustia o ideas delirantes de persecución (especialmente intensas en lo que se refiere a persecución y asesinato de sus familiares y de ella misma).

A su ingreso, tratamiento combinado de Sakel-Cardiazol.

En 14-V-45, contenta, tranquila, conducta normal. Desaparición de ideas y sentimientos psicóticos. Sueña menos— aunque todavía más que normalmente —, y con carácter más tranquilo.

El 2-VI-45. Remisión total. Sueños normalizados. Propuesta alta.

(Hay que señalar la correspondencia de contenido entre sus sueños y la parte principal de sus ideas delirantes. También hay que advertir que durante el curso de su enfermedad ha negado la existencia de alucinaciones, mientras que el remitir rectifica, asegurando haber existido alucinaciones auditivas. Ella misma no se explica esta contradicción entre las dos fases de su enfermedad.)

*Observación n.º 13:* M. E. R., de 19 años.

Visitada en el Dispensario de Higiene Mental (Sección de Altas), en 6-VI-45.

Explica que lo primero que le ocurrió fué soñar mucho más abundantemente que antes de la enfermedad. Además los sueños eran **terroríficos**.

Casi conjuntamente se inició agripnia, anorexia, pérdida de peso, de iniciativas y de ilusiones.

Pasa cerca de dos meses en este estado, hasta que aparece el cuadro completo con alucinaciones, ideas delirantes y trastornos de conducta.

Es internada en el Sanatorio Psiquiátrico de Mujeres, de San Baudilio, donde se la práctica el oportuno tratamiento, y sale con alta, perfectamente remitida. Al encontrarse mejor, dejó de soñar anormalmente en cantidad y calidad.

Explica que existía una cierta relación entre sus sueños y sus vivencias diurnas que no puede precisar.

En el día de ser visitada, se conserva totalmente remitida y afirma soñar poco y con las mismas características de antes de estar enferma.

*Observación n.º 14:* F. B. F., de 23 años. Historia Clínica n.º 2011. Clínica Mental.

Personalidad prepsicótica: introvertida, seria, pocas amistades.

Ingresa en Clínica Mental en 9-VI-45.

Desde hace cinco meses — según datos familiares — despreocupada, menos activa, distraída.

Desde hace dos meses — según la enferma — sueña mucho más que antes, y los sueños son extraños y desagradables.

Desde hace un mes, anorexia, astenia, interceptaciones e ideas de autorreferencia.

Desde hace pocos días, ideas de perjuicio, alucinaciones, sentimiento de amenaza y de cambio, agitación psicomotriz.

A su ingreso se constatan los datos anteriores. Afirma que ha desaparecido el sentimiento de autorreferencia, y niega tener alucinaciones (a los pocos momentos agrade al médico de sección por impulso secundario o una alucinación auditiva).

Se instaura tratamiento electroconvulsivante.

En 11-VII-45, disminución de sintomatología psicótica activa: sueños bastante normalizados. Algo confusa. Se substituye electroshock por Sakel-Cardiazol.

En 27-IX-45. Dócil, contenta. Desaparición de ideas y de sentimientos psicóticos. Sueña muy poco— como antes de estar enferma— y sin carácter extraño. (No recuerda que tuviera sueños más abundantes y extraños.)  
Queda un discreto déficit intelectual. Propuesta alta.

\* \* \*

Cuando, liberados de la lectura de cada caso particular, meditemos sobre el conjunto de la casuística, observaremos fácilmente que son tantas las similitudes, que podemos decir que forman un grupo homogéneo.

En primer lugar, todos estos casos son preferentemente esquizofrenias paranoides, o esquizofrenias simples de matiz predominantemente paranoide

Nada ha de extrañarnos, pues, que la edad que enfermaron sea, en general, superior al promedio del de la esquizofrenia (el promedio de la edad de enfermar nuestros enfermos, es la de 30 años).

Ni tampoco puede sorprendernos que de los 14 enfermos, sólo dos de ellos sean leptosómicos y que todos los demás sean atléticos o pícnicos más o menos puros; así como de nueve, sólo dos sean leptoprósopos (1).

Casos	Constitución	Ficha antropológica dento - maxilo - facial	Inteligencia
1	Atlético	Euriprós.	Int.
2	Pícnico-displ.	Mesoprós.	Poco int.
3	Atlético	Euriprós.	Int.
4	Pícnico-atlético	Mesoprós.	Int.
5	Pícnico-atlético	Mesoprós.	Int.
6	Leptosómico		Poco int.
7	Leptosómico	Mesoprós.	Poco int.
8	Atlético-displ.		Oligofr.
9	Atlético		Poco int.
10	Atlético	Euriprós.	Int.
11	Pícnico	Leptoprós.	Int.
12	Pícnico		Int.
13	Atlético		Int.
14	Atlético-displ.	Leptoprós.	Int.

En cuanto a personalidades prepsicóticas todos ellos son esquizotónicos o esquizoides. Puede tener interés señalar que las dos terceras partes son inteligentes.

Si descendemos del campo general— cuadro clínico, personalidad, tipología— al terreno particular de los sueños en sí mismos, advertiremos también parecidas semblanzas entre los enfermos. Prescindamos del aumento cuantitativo del «soñar más que antes», que nos ha servido cabalmente para crear el lote de enfermos, y que, por tanto, forzosamente consta en cada historia. Fijémonos en el momento en que este síntoma aparece en la evolución ascendente de la enfermedad; aparte algunos casos en que un cambio caracterológico— que frecuentemente pasa desapercibido— representa la prematura vanguardia de la psicosis, rezagada en varios meses o semanas, puede figurarse que es éste aumento del soñar, aislado o prestando escolta a la agripnia o a la anorexia, el que abre la marcha, seguido de cerca de los sentimientos de autoreferencia, de transformación, de amenaza e interceptaciones, al grueso de la sintomatología, a la irrupción del cuadro clínico.

Ya se ha reparado también en la existencia de nuevos caracteres cualitativos, en todos los casos descritos; uno de ellos es la percepción del sueño con una intensificada claridad y mayor sensación de vivacidad (fichas 5, 6 y 10); otro, la novedad de «oir» los sueños, además del acostumbrado verlos (fichas 1, 4 y 6): puede todavía estar representado por la rareza de acordarse de los sueños tenidos durante la enfermedad, cuando no podían evocarse los del período de hígidez (ficha 6). Pero lo que más nos interesa es el nuevo carácter de extrañeza y espanto que provocan los sueños, no tanto por ser común a todos los enfermos, sino por

(1) Del fichero del Dr. BELTRÁN CODINA, médico - odontólogo de la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet.

que son la reproducción de los propios temores de cada caso; es decir, enlaza la psicosis con la manera de vivir la pre-enferma sus acontecimientos, lo cual indirectamente matizará y teñirá de su propio color al compendio sintomático. Porque este aspecto terrorífico del sueño no muere en sí mismo, sino que se irradia y puede llegar hasta las vivencias vigiles. Buenos ejemplos son, el de la celosa (ficha 1) que sueña mujeres que la quieren estrangular y quedarse con su marido, y cuyas alucinaciones visuales son de estas mismas personas y en la misma actitud amenazadora, y las auditivas eran también las voces de aquellas mujeres; o el de la desgraciada que temé los «maquis» que campean por su comarca, sueña con desconocidos que la persiguen, y al despertar persiste la angustia y el miedo de que realmente se presenten (ficha 10). O el de las enfermas que, ya antes de estarlo, temían mataran a sus familiares (fichas 4 y 12), soñaban que los mataban, y crean la idea delirante de que ya están muertos. La propia enferma 4, sueña con animales que la persiguen, y los ve en la misma postura en sus alucinaciones.

Se colige, pues, la influencia que los sueños patológicos ejercen sobre la enfermedad; para entenderlo basta observar la evolución de los sueños — «cantidad» (aumento y descenso) y «calidad» (pérdida o incremento de extrañeza y de terror) — comparándola con el curso de la enfermedad.

A medida que la enfermedad va avanzando, se conservan inmodificadas durante un cierto tiempo los caracteres patológicos de los sueños, hasta que si el curso toma rumbos de cronicidad pueden disolverse y desaparecer (observación 2.ª), o persistir (observación 4.ª). Si la enfermedad evoluciona hacia un defecto postprocesal, los sueños se normalizan tanto cuantitativamente como cualitativamente (observación 3.ª y 14); y si remite, se regularizan también (observación 5.ª, 7.ª, 9.ª y 10). A este propósito cabe, no obstante, dudar de si podemos considerar remitido al cuadro clínico, cuando, a pesar de haber desaparecido todos los elementos psicopatológicos (ideas y sentimientos psicóticos, trastornos sensorceptivos, trastornos de conciencia y de conducta, etc.), prosigan existiendo los sueños con sus características anormales, aun cuando en menor escala; pues las tales no acostumbra a desaparecer hasta que la remisión parece verdadera. En las cuatro primeras observaciones de la casuística existen ejemplos de estas falsas remisiones; y en la primera de ellas, se observa como la segunda remisión, en cambio, en que se habían normalizado los sueños, se ha estabilizado.

Vemos, pues, que las citadas características de los sueños pueden servirnos, cuando se presentan, como sensible índice de la actividad de la psicosis: la precocidad de su presentación en el inicio de la enfermedad; su disolución en cuanto se transforma en defecto postprocesal, y su desaparición en la remisión, nos proporciona un dato más para juzgar la evolución de la enfermedad.

Desde un punto de vista práctico, puede dudarse de si se podía aprovechar la precocidad de aparición de estos caracteres de los sueños para instaurar ya un tratamiento en el momento en que aparecieran los sentimientos de autoreferencia, transformación, amenaza e interceptaciones, es decir, antes del desencadenamiento del cuadro clínico completo — trastornos de conducta, sensorceptivos, delirantes, etc.

En cambio, parece evidente que no debe considerarse terminado un tratamiento, aunque no hayan desaparecido ya los síntomas clásicos, hasta que no se hayan normalizado los sueños, no dejando rastro de las características descritas.