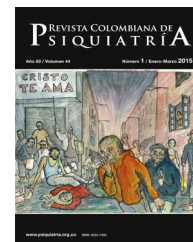




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo de revisión

Ciento cincuenta años de hebefrenia. Una revisión

Daniel R. Martínez^{a,b,*}

^a Servicio de Psiquiatría, Hospital Borda, Buenos Aires, Argentina

^b Clínica Psiquiátrica, Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de mayo de 2021

Aceptado el 5 de julio de 2021

On-line el 24 de agosto de 2021

Palabras clave:

Hebefrenia

Heboidofrenia

Esquizofrenia

Clasificación de Leonhard

Esquizofrenias sistemáticas

RESUMEN

Introducción: La publicación del artículo de Hecker sobre la hebefrenia en 1871 fue un hito fundamental para la psiquiatría clínica. A pesar del reconocimiento inicial, se alzaron muchas voces en contra de esta categoría diagnóstica y sus límites se fueron diluyendo a lo largo del siglo xx hasta su desaparición a comienzos de este siglo —con el resto de los subtipos de esquizofrenia— del DSM y la CIE.

Discusión: Contrariamente a su disolución conceptual, la consistencia del cuadro clínico hace posible que surjan otros criterios para continuar o reiniciar su estudio sistemático. Sobresalen en este sentido los conceptos de esquizofrenia deficitaria, de hebefrenia como sustitución de la esquizofrenia en su conjunto y las hebefrenias como esquizofrenias sistemáticas de Leonhard. En el presente artículo se discuten los principales conflictos diagnósticos de la categoría de hebefrenia a lo largo del tiempo, haciendo hincapié en la problemática de las últimas décadas.

Conclusiones: El concepto de hebefrenia comenzó a revalorizarse en los últimos años y los conceptos de esquizofrenia deficitaria, de hebefrenia como categoría mayor y de hebefrenias sistemáticas permiten profundizar en nuevas investigaciones sobre este cuadro fundacional de la psiquiatría clínica.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

One Hundred and Fifty Years of Hebephrenia. A Review

ABSTRACT

Keywords:

Hebephrenia

Heboidophrenia

Schizophrenia

Leonhard's classification

Systematic schizophrenias

Introduction: The publication of Hecker's article on hebephrenia in 1871 was a fundamental milestone for clinical psychiatry. Despite the initial recognition, many voices were raised against this diagnostic category and its limits were attenuated throughout the 20th century until its disappearance at the beginning of this century (along with the other subtypes of schizophrenia) in the DSM and ICD.

Discussion: However, given the consistency of the clinical picture, there is the possibility of other criteria emerging that would lead its systematic study to continue or recommence.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drmartinez@intramed.net

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.07.008>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

In this sense, the concepts of deficit schizophrenia, hebephrenia as a replacement for schizophrenia as a whole, and Leonhard's hebephrenias as systematic schizophrenias stand out. This article discusses the main diagnostic conflicts of the category of hebephrenia over time, with emphasis on the problems of recent decades.

Conclusions: The concept of hebephrenia has begun to be revalued in recent years, and the concepts of deficit schizophrenia, of hebephrenia as a major category, and of systematic hebephrenias allow further investigation of this foundational picture of clinical psychiatry.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Hace 150 años, Ewald Hecker¹ publicó un artículo fundamental para la historia de la psiquiatría, donde describía minuciosamente e ilustraba con casos representativos una enfermedad que su maestro, Karl Kahlbaum², había aislado y bautizado como hebefrenia. Los vaivenes de la evolución psiquiátrica hicieron que este cuadro pasara a un segundo plano en la consideración de las decisiones clínicas, a su difuminación y, finalmente, a su desaparición del árbol conceptual de las categorías diagnósticas actuales de la mano del desarrollo de los sistemas diagnósticos operacionales y la pobreza descriptiva de la psiquiatría dominante. Al cumplirse los 100 años de la publicación de Hecker, Bertalan Pethő³ presentó un cuadro de situación similar en cuanto a la disolución de la categoría diagnóstica de hebefrenia, pero centrado en controversias propias de principios y mediados del siglo xx. En este artículo retomaremos necesariamente algunos aspectos de esa discusión, pero vamos a hacer especial hincapié en los cortocircuitos diagnósticos que se plantearon en las últimas décadas.

Hebefrenia y heboïdofrenia

Hecker¹ describió la hebefrenia o locura juvenil como un cuadro que comienza entre los 18 y los 22 años de edad y evoluciona rápidamente a la demencia. Según el autor, la enfermedad fija la forma contradictoria de la pubertad, de la seriedad exaltada y las ideas importantes por un lado, a las bromas y expresiones groseras por el otro. El cuadro comienza con síntomas melancólicos que se expresan en una tristeza indefinida que puede acompañarse de ideas delirantes volubles, pero se trata de una tristeza superficial que contrasta con la presencia de risas inmotivadas y la tendencia a hacer bromas pueriles. Además de la conducta bizarra e infantil, es característica la inclinación a la actividad sin propósito y el vagabundeo. Dice Hecker que estas personas pueden recorrer el mundo durante mucho tiempo sin ser consideradas enfermas. En muchos casos pueden ser calificadas como simuladoras, de ahí su importancia para la psiquiatría forense. Las ideas delirantes y alucinaciones están en segundo plano; el lenguaje resulta ampuloso y vacío, tienden a ocuparse de discusiones científicas que contrastan con sus concepciones acrílicas y pueriles. El trastorno formal del discurso se hace evidente en los escritos, donde fallan la sintaxis y la cohesión de las frases y no pueden concluir un pensamiento de manera precisa. También pueden utilizar una jerga extraña. Otros sín-

tomas característicos son la afectación y los manierismos y los episodios de excitación intercurrentes, que pueden llegar al furor. La cura solo puede ser deficitaria. Los pacientes suelen tener desde la infancia, según observó Hecker, «cierta limitación, indolencia e incapacidad para el trabajo intelectual», aunque no tan notoria como para impedir su desarrollo.

En 1885, Kahlbaum⁴ aisló la heboïdofrenia como una forma de locura moral. Sostenía que se asemejaba a la hebefrenia por las alteraciones de la conducta, la «perversidad moral» y su relación con la pubertad, pero se diferenciaba de ella por presentar periodos de excitación poco pronunciados y la falta de un deterioro mental progresivo. En 1890 publicó una descripción clínica más detallada en la que la consideraba una forma estrechamente relacionada con la hebefrenia, por lo que la denominó también «semilocura juvenil»⁵. Los heboïdofrénicos o heboïdes, como también los denomina, se distinguen por el comportamiento excéntrico, sus fallas o desviaciones «de las costumbres y de la moral», que en casos extremos pueden llegar a conductas criminales. A diferencia de la hebefrenia, no termina en la demencia. Debido a que presentan otras alteraciones, no corresponde considerarlos dentro de la locura moral. En general, los pacientes se caracterizan por una oscilación entre afectos melancólicos y expansivos poco profundos y pensamientos incorrectos, pueriles e insuficientes, pero con ausencia de ideas delirantes. De los 2 casos presentados por Kahlbaum, también se desprende la tendencia a mentir y molestar a los demás, a cometer hurtos sin finalidad y presentar afectos depresivos que contrastan con una autoestima elevada. La hebefrenia y la heboïdofrenia constituyen para Kahlbaum el grupo de las «formas hebéticas de trastorno mental».

Etapas de la degradación del concepto de hebefrenia

A pesar de la introducción de la hebefrenia en el tratado de Griesinger⁶, reelaborado por Levinstein-Schlegel, de la difusión de la monografía de Daraszkievics⁷, en la que presentó sobre todo casos de hebefrenia grave, y de la inclusión de la categoría diagnóstica de hebefrenia en la demencia precoz de Kraepelin⁸, su independencia nosológica fue puesta en duda por algunos autores, sobre todo por Bleuler⁹. Wernicke¹⁰ señaló que la heboïdofrenia de Kahlbaum era poco frecuente, aunque describió una psicosis hipocondriaca que evolucionaba como una hebefrenia de curso moderado a la que denominó hebefrenia abortiva. Podríamos decir que entre principios y mediados del siglo xx se fue instalando un lento y

sostenido socavamiento de la categoría diagnóstica de hebefrenia que crecía paralelamente a la aceptación general del cuadro clínico. Con fines didácticos, podríamos dividir esta degradación conceptual en 2 periodos, de disolución (parcial) y de abolición respectivamente. Estas 2 etapas deben entenderse como una forma de ordenar el material de la discusión y no como una periodización histórica definida.

Disolución de la hebefrenia

El proceso de desleimiento de las categorías diagnósticas de hebefrenia y heboidofrenia se hace evidente con Bleuler⁹, quien introduce 2 formas de esquizofrenia en gran medida equivalentes, como la esquizofrenia simple (*dementia simplex* de Diem) y la esquizofrenia latente y, por último, cuando decide la degradación final de la hebefrenia a una categoría residual al considerarla la «gran olla» donde se arrojan los casos que no pueden clasificarse en ninguna de las otras formas clínicas: paranoide, catatónica y simple¹¹. La demencia simple de Diem¹² es un trastorno que ya había sido observado por varios psiquiatras de la época, que consiste en el desarrollo lento y progresivo de un cuadro defectual que puede comenzar en la pubertad, pero también alrededor de los 20 o 30 años. Los pacientes muestran una lenta disminución de sus intereses, capacidades intelectuales y resonancia afectiva; se vuelven perezosos, sin voluntad ni autocontrol. En algunos aumenta la irritabilidad y la intolerancia y pueden caer en el alcoholismo y el vagabundeo. Este cuadro ha oscilado en su posición clínica entre la independencia formal en el marco de la esquizofrenia (p. ej., Kurt Schneider¹³ incluyó la hebefrenia en la forma simple) y la incorporación a la hebefrenia como una forma de presentación de esta última (p. ej., Lange¹⁴ entre otros). La esquizofrenia latente, por su parte, la forma más frecuente según Bleuler⁹, esboza todos los síntomas presentes en la enfermedad desarrollada y sus posibles combinaciones. Se trata de personas solitarias, irritables, extrañas y caprichosas, en las que también se puede descubrir algún síntoma paranoide o catatónico oculto. Estos casos leves, ya configurados en la heboidofrenia de Kahlbaum, dieron lugar a mediados del siglo pasado a nuevas categorías diagnósticas en la literatura de habla inglesa, como la esquizofrenia seudoneurótica¹⁵ y la esquizofrenia seudopsicopática¹⁶, debido a su aparente similitud con las neurosis y psicopatías respectivamente. En la psiquiatría norteamericana, la hebefrenia se transforma simbólicamente con la publicación del DSM-III¹⁷, donde es rebautizada como esquizofrenia desorganizada, y la esquizofrenia latente, subtipo de esquizofrenia en el DSM-II¹⁸, pasa a ser un trastorno de personalidad, el trastorno esquizotípico. En la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, la esquizofrenia latente era un tipo de esquizofrenia hasta el advenimiento de la CIE-10^{19,20}, que introduce el trastorno esquizotípico como un probable trastorno de personalidad, pero dentro de la sección dedicada a la esquizofrenia. Curiosamente, tanto en el DSM-III como en la CIE-10, se requiere la presencia de síntomas de primer orden de Kurt Schneider¹³ para diagnosticar esquizofrenia, paso imprescindible para el diagnóstico de hebefrenia, cuando el mismo Schneider había desistido de considerar el cuadro de Kahlbaum-Hecker como una forma independiente de esquizofrenia y lo subsumió en

la esquizofrenia simple. Por otra parte, se ha demostrado que los síntomas de primer orden de Schneider se presentan frecuentemente en las psicosis de buen pronóstico²¹, por lo que no se justifica su papel relevante en el diagnóstico de esquizofrenia. Esta relevancia fue dejada de lado en las sucesivas ediciones del DSM y la CIE-11²². El trastorno esquizotípico²⁰ tiene todas las características de una hebefrenia leve: frialdad afectiva, comportamiento excéntrico, ideas de referencia, paranoides u otras ideas extravagantes, suspicacia; ilusiones, despersonalización y desrealización ocasionales, rumiaciones obsesivas sin resistencia interna, pensamiento y lenguaje vagos y circunstanciales, episodios «casi psicóticos» o «micropsicóticos» transitorios. No obstante, el mismo cuadro que era diagnosticado como esquizofrénico hace unos años pasó a ser un trastorno de «riesgo ultraalto» de psicosis²³. Por este motivo, no es de extrañar que muchos estudios muestren una concordancia significativa entre las personas con riesgo ultraalto y los esquizofrénicos en alteraciones anatómicas²⁴, neurocognitivas²⁵, sintomáticas²⁶ y lingüísticas²⁷ que se explican con la noción de «espectro esquizofrénico». Por otra parte, dependiendo del momento evolutivo y los síntomas predominantes, muchos hebefrénicos deben ser clasificados como esquizofrénicos residuales en los sistemas operacionales de uso corriente^{28,29}. Es frecuente ver en nuestra experiencia clínica que muchos hebefrénicos son internados debido a un episodio distímico con ideas delirantes y/o alucinaciones, que indefectiblemente se diagnostica como esquizofrenia paranoide. Cuando la distimia pasa, el diagnóstico queda. En algunos casos, después de un tiempo determinado, la hebefrenia diagnosticada como esquizofrenia paranoide se transforma en una esquizofrenia residual.

Abolición de la hebefrenia

La eliminación del concepto de hebefrenia comienza en el siglo XXI con el surgimiento de 2 eslabones de una misma cadena abolicionista. Por un lado, el proyecto conocido como deconstrucción de la psicosis³⁰ y, por el otro, la consecuente supresión de los subtipos de esquizofrenia en los sistemas diagnósticos más importantes, DSM-5³¹ y CIE-11²². Si bien estas iniciativas no son específicas para la categoría diagnóstica de hebefrenia, la involucran y llevan el germen de la desnosologización de los trastornos mentales graves. En febrero de 2006 tuvo lugar en Washington la conferencia sobre «deconstrucción de la psicosis» como parte de una iniciativa conjunta de la Asociación de Psiquiatras Americanos y la Organización Mundial de la Salud para el desarrollo del DSM-5 y la CIE-11. En abril de 2007 se discutió el tema nuevamente en la *Schizophrenia Research Conference* de Colorado Springs. La idea principal de uno de los 2 grupos de trabajo del proyecto era reemplazar las categorías diagnósticas de esquizofrenia y trastorno bipolar por un síndrome psicótico general y el establecimiento de criterios dimensionales en lugar de los categóricos ya establecidos. No obstante, primó la postura del segundo grupo, que proponía mantener esa dicotomía, a la que se debería agregar una perspectiva dimensional. Las razones para realizar estos cambios se podrían dividir en causas de orden social (el estigma del diagnóstico de esquizofrenia), neurobiológicas (estudios genéticos, farmacológicos

y de imágenes poco concluyentes para la diferenciación de los cuadros), epidemiológicos (presencia de síntomas psicóticos en la población general) y clínicos (falta de delimitación sintomatológica). Estos puntos se discuten en detalle en otro lugar³²; aquí solamente se hará referencia a los aspectos más relevantes para el diagnóstico de hebefrenia.

El DSM define los trastornos como síndromes caracterizados por alteraciones significativas en la cognición, regulación emocional y conducta de un individuo, que reflejan algún tipo de disfunción en los procesos que subyacen a la actividad mental. Dado que un síndrome se define como la ocurrencia simultánea de signos y síntomas independientemente de sus causas, resulta difícil imaginarse un verdadero síndrome esquizofrénico: ¿cuáles son los signos y síntomas comunes en un corte transversal entre una hebefrenia y una parafrenia fantástica? Si elegimos los síntomas deficitarios, excluimos los fenómenos fantásticos que le dan un colorido propio al cuadro paranoide. En la práctica clínica, se habla habitualmente de síndrome esquizofrénico cuando se presentan paralelamente alucinaciones y delirios (así, en general), lo que probablemente en muchos casos tenga más relación con psicosis agudas de buen pronóstico (psicosis cicloides), que efectivamente han sido descritas como síndromes intercurrentes en distintas afecciones³³⁻³⁶. Según Jablensky³⁷, el concepto de trastorno no siempre se corresponde con un síndrome de una clasificación médica, porque se basa en la comunicación de experiencias subjetivas y patrones de conducta, muchos de los cuales aparecen como síntomas aislados, conductas habituales y rasgos de personalidad, lo que confiere al trastorno una posición ambigua que produce confusión conceptual y obstaculiza el avance del conocimiento. No obstante, prevalece su definición sindrómica, la enumeración de síntomas tan generales que difícilmente podamos hacernos una idea clara del cuadro clínico que estamos clasificando con la mera lectura de esos listados genéricos. Ya en 1928, Kleist³⁸, en su discusión sobre las psicosis atípicas o marginales, señaló que no incluía en este grupo «psicosis esquizoides» que puedan corresponderse con la esquizofrenia, porque lo propio de la esquizofrenia no reside en la aparición de determinados síndromes regulares (como los síndromes maníaco y melancólico en las psicosis circulares), sino en la decadencia psíquica, que se expresa, por ejemplo, en el defecto psicomotor con inactividad en la catatonía o la devastación afectiva en la hebefrenia. Por otra parte, según Goldar et al.³⁹, lo esencial de la hebefrenia es la extravagancia, las conductas inadecuadas, la pérdida de valores preventivos culturales y comunitarios, lo que Minkowski⁴⁰ denominó «demencia pragmática» y atribuyó a la esquizofrenia en general. ¿Cómo sería entonces un «síndrome hebefrénico»? La hebefrenia no se diagnostica en un corte transversal exclusivamente, requiere de un componente evolutivo, razón por la cual es un cuadro clínico difícil de operacionalizar⁴¹. Sin embargo, estudios dimensionales asocian la conducta extravagante y la desorganización con una mala evolución, lo que podría indicarnos una nueva aproximación a este problema nosológico⁴². Otros autores^{43,44} describieron lo que designan como «una enfermedad independiente dentro del síndrome esquizofrénico», a la que denominan esquizofrenia deficitaria, que se caracteriza por síntomas negativos primarios persistentes, un curso insidioso y una mala respuesta al tratamiento.

Es probable que la hebefrenia sea parte de esta forma clínica, pero ¿solo la hebefrenia? Los autores consideran que la dicotomía deficitaria/no deficitaria reduce la heterogeneidad de la esquizofrenia. Sin embargo, el problema sigue siendo el mismo: tenemos las medidas, pero nos falta la pintura, el cuadro detallado que justifique las estadísticas.

En defensa de la hebefrenia: Kleist y Leonhard

Uno de los autores que más trabajó sobre el cuadro de Hecker fue Kleist⁴⁵, quien desde principios del siglo pasado diferenció 3 formas de hebefrenia: una forma necia o pueril, una forma depresiva y una apática, que incluía la esquizofrenia simple. Más tarde, Leonhard⁴⁶ confirmó las 3 variantes de Kleist, a las que denominó hebefrenia pueril, excéntrica y plana respectivamente, y les sumó una cuarta categoría, la hebefrenia autista. Brevemente, a modo de somera presentación: la hebefrenia pueril se caracteriza por las risas inmotivadas, las «travesuras infantiles», el embotamiento afectivo y ético y los episodios distímicos. Estos últimos son comunes a todas las hebefrenias, al igual que el embotamiento afectivo. La hebefrenia excéntrica o bizarra muestra un descontento uniforme y plañidero, quejas estereotipadas, frecuentemente hipocondriacas, y amaneramientos. La hebefrenia plana se caracteriza por un contentamiento despreocupado y una marcada apatía. La hebefrenia autista, por último, se distingue por la mímica impenetrable, las respuestas breves y evasivas, el malhumor y el aislamiento. Las alucinaciones y los delirios, si se presentan, están en segundo plano. Estas formas puras pueden combinarse entre sí. Los cuadros distintivos o «cristalizados» de las hebefrenias se establecen de forma lenta y progresiva; los síntomas iniciales son accesorios e inespecíficos, por lo que su evolución recuerda a la de las enfermedades neurodegenerativas⁴⁷. Según la hipótesis de Leonhard, en las hebefrenias está afectado un sistema cerebral específico, en este caso relacionado con la afectividad, por eso forma parte de las «esquizofrenias sistemáticas», junto con las catatonías crónicas y las formas paranoides o parafrenias. A los cuadros esquizofrénicos floridos, en los que estarían afectados varios sistemas, los denomina «esquizofrenias asistemáticas». Las características comunes a las esquizofrenias sistemáticas son su curso insidioso y progresivo, sus pocos síntomas y su baja carga familiar; las asistemáticas, por el contrario, evolucionan generalmente en brotes, son polimorfas y tienen una carga familiar elevada. Recordemos que Leonhard sostenía que solo conservaba el nombre de esquizofrenia por tradición, pero consideraba que cada una de las variedades descritas por él eran enfermedades independientes. La alteración afectiva específica de las hebefrenias no está ligada a los sentimientos más elementales, a los que Leonhard^{48,49} llamaba sentimientos directos (sensoriales e instintivos), sino a los sentimientos indirectos, no relacionados con la situación actual, sino con el discernimiento de lo que puede ocurrir o ser relevante para el individuo (también los llamaba sentimientos judicativos) y cuyo incremento genera la más alta actividad de la voluntad orientada al futuro, que va más allá de los intereses momentáneos. Esta hipótesis ha sido subrayada con más detalle por otros autores^{50,51}. Desde el punto de vista clínico, las hebefrenias de Kleist y Leonhard se diferencian de

los criterios de los sistemas diagnósticos habituales porque el énfasis descriptivo está puesto tanto en su cuadro de estado como en su evolución y pronóstico. En ese sentido, combinan de manera original el acento puesto en el pronóstico por Kraepelin y el valor que le otorgaba Wernicke al cuadro sintomático preciso. La ventaja de una clasificación altamente diferenciada desde el punto de vista psicopatológico como la de Leonhard es que permite agrupar casos más homogéneos para la investigación, sobre todo cuando se utilizan las categorías mayores²⁸. Si bien requiere gran entrenamiento, su complejidad no ha impedido que tenga un alto coeficiente de confiabilidad interjuicios⁵², la demostración de la estabilidad sintomática de los distintos cuadros, su curso y pronóstico a lo largo de décadas⁵³⁻⁵⁵ y la presencia de elementos incipientes de validación biológica⁵⁶⁻⁵⁸. La respuesta al tratamiento farmacológico ha sido hasta ahora insatisfactoria para modificar los síntomas nucleares⁵⁹. La estabilidad de las hebefrenias de Leonhard contrasta con la variación de las subcategorías de esquizofrenia que se observa en investigaciones realizadas con otros sistemas diagnósticos^{60,61}. También es de interés la meticulosa descripción de los cuadros catatónicos sistemáticos que en ciertos casos podrían confundirse con hebefrenias o integrar con ellas y con defectos de catatonías periódicas (asistemáticas) una categoría diagnóstica residual²⁸. Esto se debe a que muchas veces se pasan por alto ciertos fenómenos psicomotores poco reconocidos si no se los busca activamente (por ejemplo, la proscinesia) y a que el empobrecimiento volitivo que presentan los catatónicos sistemáticos se asemeja al aplanamiento afectivo de los hebefrénicos⁶². De todas formas, las marcadas diferencias entre los cuadros clínicos deberían prevenir estos errores diagnósticos en la mayoría de los casos. Un meticuloso trabajo estadístico basado en el análisis del grado de membresía determinó 3 tipos puros de esquizofrenia: simple, paranoide y una combinación de elementos hebefrénicos y catatónicos⁶³. Estos últimos no serían separables en los pacientes de larga evolución. Los autores refieren que Hecker alude a la ocurrencia de fenómenos catatónicos en su descripción original. En este punto debemos disentir, ya que no se encuentra nada cercano a la catatonía en el artículo de 1871. Es más, en las páginas 419-420 afirma Hecker¹: «Dije anteriormente que no todos los casos de enfermedad mental que ocurren alrededor de la pubertad son hebefrénicos. Así, por ejemplo, la *Vesania typica* y también, sobre todo, la catatonía establecida por Kahlbaum aparecen con mucha frecuencia en la misma época y son esencialmente diferentes de la hebefrenia por el curso y los síntomas». Salvo que se consideren los manierismos y las excitaciones como signos exclusivos de catatonía, no hay motivo para sostener que Hecker aludía a síntomas catatónicos en su trabajo. La caracterización de una esquizofrenia hebefreno-catatónica puede reconocerse en la psiquiatría francesa del siglo pasado. Baruk⁶⁴ señalaba que la catatonía de Kahlbaum era totalmente diferente de la hebefreno-catatonía esquizofrénica porque en esta no existía ni actitud en flexión ni negativismo ni alteraciones neurovegetativas. La hebefreno-catatonía se caracteriza por un estado de indiferencia y de apatía con algunos automatismos y con algunos mantenimientos de actitud vagos. Ey et al.⁶⁵ denominaban hebefreno-catatonía a la catatonía descrita por Kahlbaum⁶⁶ en 1874. En Estados Unidos, Pfohl et al.⁶⁷ revisaron 52 historias clínicas de pacientes de larga evolución que habían

sido diagnosticados como hebefrénicos en un estudio anterior denominado Iowa 500⁶⁸. De 200 pacientes esquizofrénicos, 103 fueron diagnosticados como hebefrénicos, pero a este grupo lo denominaron hebefreno-catatónico porque a lo largo de la evolución registrada presentaron síntomas motores. De las 103 historias clínicas, 52 tenían información suficiente para el estudio. La definición de esquizofrenia hebefrénica utilizada por los autores incluye «síntomas motores con rasgos hebefrénicos o catatónicos». Entre los síntomas motores incorporan los manierismos y la conducta bizarra. Lamentablemente no adjuntaron ninguna descripción detallada de un caso típico de hebefreno-catatonía como para poder tener una idea más precisa del cuadro clínico. No sería de extrañar que hayan incluido catatonías sistemáticas en ese grupo. Aquí solo queremos recordar que los amaneramientos forman parte de la hebefrenia desde Hecker hasta Leonhard y que los episodios estuporosos pueden aparecer en cualquier psicosis endógena como describiera Kraepelin⁶⁹.

Taylor et al.⁷⁰ consideran que el concepto de esquizofrenia ha fracasado y que el constructo que mejor se acomoda al modelo médico por ser el más homogéneo, con características clínicas distintivas y confiables, con un curso y respuesta al tratamiento consistentes, es el de hebefrenia. De esta forma, se acercan al concepto original de demencia precoz de Kraepelin⁷¹. La hebefrenia no es un subtipo de esquizofrenia, dicen los autores, es la esquizofrenia misma. El reemplazo de la esquizofrenia por la hebefrenia tendría consecuencias beneficiosas para la investigación. Este cuadro homogéneo de la hebefrenia está en la misma línea de la esquizofrenia deficitaria que mencionamos anteriormente y, en parte, con las esquizofrenias sistemáticas de Leonhard. Tal vez llegó el momento de incorporar distintas tradiciones psiquiátricas en estudios polidiagnósticos y no restringir los recursos intelectuales y materiales a proyectos que utilizan un sistema diagnóstico operacional que no tiene validez. En este sentido, la abolición de la esquizofrenia es bienvenida.

Conclusiones

La hebefrenia de Kahlbaum-Hecker ha sufrido los avatares históricos de una psiquiatría vacilante. De ser modelo de una enfermedad paradigmática pasó a diluirse en el caos de la nomenclatura del siglo xx hasta su abolición definitiva a principios de este siglo. Inesperadamente, el concepto de hebefrenia comenzó a revalorizarse en los últimos años porque brinda la consistencia necesaria para el estudio de los cuadros de larga evolución y pronóstico desfavorable. La esquizofrenia deficitaria de Carpenter et al.⁴², la hebefrenia en el sentido de Taylor et al.⁷⁰ y las hebefrenias según Leonhard⁴⁶ (y sus esquizofrenias sistemáticas en general) forman parte de este nuevo episodio que, esperemos, brinde los resultados que la medicina viene exigiéndole a nuestra especialidad desde hace 150 años.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hecker E. Die Hebeephrenie. Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie. Virchow's Arch Pathol Anat Physiol. 1871;52:394-429.
2. Kahlbaum K. Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen. Danzig: Kafemann; 1863.
3. Pethö B. Hundert Jahre, Hebeephrenie. Über Entwicklungsgeschichte und gegenwärtigen Stand der nosologischen Kategorie der Hebeephrenie. Psychiat Neurol Med Psychol. 1972;24:305-17.
4. Kahlbaum K. Über eine klinische Form des moralischen Irreseins. Allg Z Psychiat. 1885;41:711.
5. Kahlbaum K. Über Heboidophrenie. Allg Z Psychiat. 1890;46:461-74.
6. Griesinger W. Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende. 5.ª edición elaborada por W. Levinstein-Schlegel. Berlin: Hirschwald; 1892.
7. Daraszkievics L. Über Hebeephrenie, insbesondere deren schwere Form. Dorpat: Laakmann; 1892.
8. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 6.ª ed. Leipzig: Barth; 1899.
9. Bleuler E. Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Hormé; 1960 [1911].
10. Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Leipzig: Thieme; 1906.
11. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Springer; 1916.
12. Diem O. Die einfach demente Form der Dementia praecox (Dementia simplex). Ein klinischer Beitrag zur Kenntnis der Verblödungspsychosen. Arch Psychiat Nervenkrankh. 1903;37:111-87.
13. Schneider K. Patopsicología clínica. Madrid: Paz Montalvo; 1975.
14. Lange J. Psiquiatría. Madrid-Barcelona: Servet; 1942.
15. Hoch PH, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. Psychiat Q. 1949;23:248-76.
16. Dunaif S, Hoch PH. Pseudopsychopathic schizophrenia. En: Hoch PH, Zubin J, editores. Psychiatry and the Law. New York: Grune & Stratton; 1955. p. 169-95.
17. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3.ª ed (DSM-III). Washington: APA; 1980.
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2.ª ed (DSM-II). Washington: APA; 1968.
19. Organización Mundial de la Salud. *Conversion tables between ICD-8, ICD-9 and ICD-10*. Ginebra: Division of Mental Health - WHO; 1994.
20. Organización Mundial de la Salud. *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor; 1992.
21. Beckmann H, Fritze J, Lanczik M. Prognostic validity of the cycloid psychosis. Psychopathology. 1990;23:205-11.
22. Organización Mundial de la Salud. *CIE-11. Version 09/2020*. Disponible en: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.
23. Yung AR, Nelson B. The ultra-high risk concept—a review. Can J Psychiatry. 2013;58:5-12.
24. Takayanagi Y, Sasabayashi D, Takahashi T, Furuichi A, Kido M, Nishikawa Y, et al. Reduced cortical thickness in schizophrenia and schizotypal disorder. Schizophr Bull. 2020;46:387-94.
25. Diwadkar VA, Montrose DM, Dworakowski D, Sweeney JA, Keshavan MS. Genetically predisposed offspring with schizotypal features: An ultra high-risk group for schizophrenia? Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2006;30:230-8.
26. Værnes TG, Jan Røssberg JI, Møller P. Anomalous self-experiences are strongly associated with negative symptoms in a clinical high-risk for psychosis sample. Compr Psych. 2019;93:65-72.
27. Gupta T, Hespos SJ, Horton WS, Mittal AV. Automated analysis of written narratives reveals abnormalities in referential cohesion in youth at ultra high-risk for psychosis. Schizophr Res. 2018;192:82-8.
28. Martínez DR. Estudio comparativo entre la CIE-10 y la clasificación de Karl Leonhard. Rev Psiquiatr Fac Med Barcelona. 1996;23:57-68.
29. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Ritter K, Marquart B, Schanda H. The impact of diagnostic criteria on the prevalence of schizophrenic subtypes. Compr Psych. 2005;46:433-9.
30. Tamminga CA, Sirovatka PJ, Regier DA, van Os J, editores. *Deconstructing psychosis*. Arlington: American Psychiatry Association; 2010.
31. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5.ª ed (DSM-5). Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
32. Martínez DR. Los límites conceptuales de la esquizofrenia. An Psiquiatría (Madrid). 2009;25:7-14.
33. Bleuler M. Psiquiatría endocrinológica. Buenos Aires: Finchelman; 1956.
34. Verhoeven WMA, Tuinier S, Curfs LMG. Prader-Willi syndrome: cycloid psychosis in a genetic subtype? Acta Neuropsychiatrica. 2003;15:32-7.
35. Boersema C, Daey Ouwens IM, Ruys TA, Gerrits MCF, Vlasveld LT, Verhoeven WMA. Acute intermittent porphyria and cycloid psychosis. Eur Psychiatry. 2013;28:1.
36. Servén EG, Boix Quintana E, Guanyabens Buscà N, Casado Ruiz V, Torres Rivas C, Niubo Gurgui M, et al. Considerations of psychotic symptomatology in anti-NMDA encephalitis: Similarity to cycloid psychosis. Clin Case Rep. 2019;7:2456-61.
37. Jablensky A. Psychiatric classifications: validity and utility. World Psychiatry. 2016;15:26-31.
38. Kleist K. Sobre psicosis cicloides, paranoides y epileptoides y el problema de las psicosis degenerativas. Buenos Aires: Salerno; 2013 [1928].
39. Goldar JC, Rojas D, Outes M. Introducción al estudio de las psicosis. Buenos Aires: Salerno; 1994.
40. Minkowski E. La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos. Buenos Aires: Paidós; 1980.
41. Jäger M, Becker T, Wigand ME. Hebeephrenie – ein brauchbares psychopathologisches Konstrukt? Nervenarzt. 2018;89:18-26.
42. Barrera A, Curwell-Parry O, Raphael MC. Hebeephrenia is dead, long live hebeephrenia, or why Hecker and Chaslin were on to something. Br J Psych Adv. 2019;25:373-6.
43. Carpenter WT, Heindrichs DW, Wagman AM. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept. Am J Psychiatry. 1988;145:578-83.
44. Kirkpatrick B, Buchanan RW, Ross DE, Carpenter WT. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 2001;58:165-71.
45. Kleist K. Las hebefrenias. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr. 1950;7:243-50.
46. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Berlin: Akademie; 1986.
47. Kleist K. Die Auffassung der Schizophrenien als psychische Systemerkrankungen (Heredodegenerationen). Klin Wochenschr. 1923;2:962-3.
48. Leonhard K. Biologische Psychologie. Leipzig: Barth; 1963.
49. Leonhard K. Biopsychologie der endogenen Psychosen. Leipzig: Hirzel; 1970.
50. Pfuhlmann B. Pathological affectivity in Leonhard's concept of hebeephrenia. En: Franzek E, Ungvari GS, Rütter E,

- Beckmann H, editores. Progress in differentiated psychopathology. Würzburg: International Wernicke-Kleist-Leonhard Society; 2000. p. 67-71.
51. Jabs BE, Verdaguer MF, Pfuhlmann B, Bartsch AJ, Beckmann H. The concept of hebephrenia over the course of time with particular reference to Wernicke-Kleist-Leonhard school. *World J Biol Psychiatry*. 2002;3:200-6.
 52. Franzek E, Beckmann H. Reliability and validity of the Leonhard classification tested in a five-year follow-up study of 50 chronic schizophrenics. En: Ferrero FP, Haynal AE, Sartorius N, editores. Schizophrenia and affective psychoses. Nosology in contemporary psychiatry. Roma-Milán-Londres: Libbey; 1992. p. 67-72.
 53. Kleist K, Leonhard K, Faust E. Die Hebephrenien auf Grund katamnestischen Untersuchungen. Teil II. *Arch Psychiat Z Neurol*. 1951;186:1-12.
 54. Franzek E, Beckmann H. Syndrom- und Symptomentwicklung schizophrenen Langzeitverläufe. *Nervenarzt*. 1991;62:549-56.
 55. Pethő B, Tolna J, Tusnády G, Farkas B, Vizkeleti G, Vargha A, et al. The predictive validity of the Leonhardian classification of endogenous psychoses. A 21-33-year follow-up of a prospective study ("Budapest 2000"). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;258:324-34.
 56. Franzek E, Beckmann H. Different genetic background of schizophrenia spectrum psychoses: a twin study. *Am J Psychiatry*. 1998;155:76-83.
 57. Foucher JR, Zhang YF, Mathilde R, Julien L, De Sousa PL, Sébastien W, et al. A double dissociation between two psychotic phenotypes: Periodic catatonia and cataphasia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018;86:363-9.
 58. Foucher JR, Gawlik M, Roth JN, Crespín de Billy C, Jeanjean LC, Obrecht A, et al. Wernicke-Kleist-Leonhard phenotypes of endogenous psychoses: a review of their validity. *Dialogues Clin Neurosci*. 2020;22:37-49.
 59. Beckmann H, Fritze J, Franzek E. The influence of neuroleptics on specific syndromes and symptoms in schizophrenics with unfavourable long-term course. *Neuropsychobiology*. 1992;26:50-8.
 60. Fenton WS, Mc Glashan TH. Natural history of schizophrenia subtypes I. Longitudinal study of paranoid, hebephrenic and undifferentiated schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:969-77.
 61. Fenton WS, Mc Glashan TH. Natural history of schizophrenia subtypes II. Positive and negative symptoms and long-term course. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:978-86.
 62. Kleist K, Faust E, Schürmann C. Weitere klinisch-katamnestische Untersuchungen an Hebephrenien. II Mitteilung. Fehldiagnosen an Hebephrenien. *Arch Psychiat Z f d ges Neurol*. 1960;200:653-89.
 63. Pomarol-Clotet E, Salvador R, Murray G, Tandon S, McKenna PJ. Are there valid subtypes of schizophrenia? A grade of membership analysis. *Psychopathology*. 2010;43:53-62.
 64. Baruk H, La catatonie de Kahlbaum. la schizophrénie et la révision de la nosographie psychiatrique. *Semaine des hôpitaux de Paris*. 1970;46:1679-729 [Versión en español en: *Alcmeón* 22. 1997; 2(1)].
 65. Ey H, Bernard P, Brisset C. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson; 1978.
 66. Kahlbaum K. *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*. Berlín: Hirschwald; 1874.
 67. Pfohl B, Winokur G. The evolution of symptoms in institutionalized hebephrenic/catatonic schizophrenics. *Br J Psychiatry*. 1982;141:567-72.
 68. Tsuang M, Winokur G. The Iowa 500: Field work in a 35-year follow-up for depression, mania and schizophrenia. *Can Psychiatr Assoc J*. 1975;20:359-65.
 69. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 8.ª ed. Leipzig: Barth; 1913.
 70. Taylor MA, Shorter E, Vaidya NA, Fink M. The failure of the schizophrenia concept and the argument for its replacement by hebephrenia: applying the medical model for disease recognition. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;122:173-83.
 71. Kraam A, Phillips P. Hebephrenia—a conceptual history. *History Psychiatry*. 2012;23:387-403.