

ción de la VCN suele ser muy alargada, y su estudio dinámico y evolutivo es el que aportará no sólo un mayor número de datos, sino un claro aumento de su fiabilidad. La amplitud de la VCN aparece reducida en los esquizofrénicos. De una forma genérica podríamos afirmar que el hallazgo de una VCN anómala no es específico de estos pacientes, pero podría convertirse en un marcador de rasgo para la esquizofrenia.

Los trastornos involuntarios de la atención estudiados a través de los movimientos saccádicos y los movimientos de seguimiento se observan en pacientes esquizofrénicos en un 50-58 % y en familiares de primer grado en el 25 %, siendo tan sólo un 10 % en controles sanos. El hecho de que parte de los movimientos oculares estén regulados por centros situados en los lóbulos frontales concuerda con las teorías que implican dichas estructuras en la esquizofrenia. La presencia de esta alteración en los pacientes correspondientes al denominado *spectrum disorder* apunta que el trastorno podría ser un marcador biológico para un grupo de esquizofrénicos, definidos por un fenotipo concreto.

4. TEORÍAS FAMILIARES

Desde la década de los años 50 se han publicado múltiples estudios sobre las familias de los pacientes esquizofrénicos, y a partir de los trabajos de Fromm-Reichmann, en los que se acuña el término de «madre esquizofrenógena» (agresiva, dominante, pero insegura, etc.), se inician diversas escuelas con un enfoque común de tipo psicodinámico. Entre ellas cabe citar el grupo de Yale (Lidz y cols., 1957), el National Institute of Mental Health (Wynne y Singer, 1975) y el grupo de Palo Alto (Bateson, Jackson y cols., 1956). Todos ellos desde el inicio de sus investigaciones aceptan que no se trata de estudios sobre la etiopatogenia de la esquizofrenia, sino más bien de una nueva dimensión que hay que tener en cuenta en la multiplicidad de este cuadro.

Lidz distingue dos tipos de familias del esquizofrénico según sea el sexo de éste. En el caso de que el enfermo sea varón, los padres tienden a mantener unas relaciones entre sí, en las que se aceptan e incluso se apoyan, por parte de un miembro (generalmente la madre) de graves trastornos conductuales e ideáticos del otro cónyuge. En el caso de que la paciente sea una esquizofrénica, uno de los

padres manifiesta actitudes hostiles y de rechazo hacia el otro, minando soterradamente el afecto de la hija hacia éste. En otras palabras, para Lidz la esquizofrenia sería esencialmente un estilo de vida adoptado por el paciente para escapar de los conflictos irresolubles (dada su irracionalidad) a los que le somete la familia.

Wynne y Singer proponen que el flujo de la comunicación interfamiliar es disruptiva por la idiosincrasia de cada miembro que participa en ella. Estas peculiaridades producen el desarrollo de una comunicación verbal única en esta familia y no necesariamente comprensible para cualquier persona ajena a ella. El problema aparece cuando el niño tiene que relacionarse con otros estilos comunicativos. Los últimos trabajos de estos autores se ocupan en aunar los trastornos cognitivos del paciente esquizofrénico como base de sus alteraciones en la comunicación.

El grupo de Palo Alto sugiere que los esquizofrénicos no han aprendido a discriminar de forma apropiada entre varios modelos de comunicación. Esta dificultad estaría ligada al uso de mensajes de «doble vínculo» por parte de sus progenitores, en particular la madre. Las características del doble vínculo serían: 1) el individuo participa en una relación bastante intensa (que le impide huir), es decir, le resulta absolutamente importante que distinga con precisión el tipo de mensaje que le están comunicando a fin de que responda de forma adecuada; 2) el individuo se siente atrapado en una situación en la que otra persona que participa en la relación expresa dos tipos de mensajes contradictorios, en los que uno niega al otro, y 3) el individuo se ve incapaz de hacer comentarios acerca de los mensajes que se están expresando, con el fin de saber a cuál de ellos debe responder; no puede realizar una formulación metacomunicativa.

Vemos que estos autores subrayan la importancia del contenido de la comunicación, que es exactamente lo opuesto a las teorías de Wynne y Singer que destacan la primacía del estilo. La falta de control en todos los estudios referidos sobre estilos de comunicación familiar resta importancia en cuanto a factores etiológicos, pero resultan relevantes para conocer las conductas familiares patológicas, por la posibilidad de incrementar de forma significativa el estrés emocional, que para una persona con vulnerabilidad a la esquizofrenia puede serle difícil de soportar.

Sumamente interesantes resultan las aportaciones de Brown, al sugerir que las recaídas psicóticas se dan más en esquizofrénicos en los que las familias habían expresado hostilidad y comentarios críticos en los nueve meses siguientes al ingreso y tratamiento. En estas familias se producen cifras de recaídas del 50 %, mientras que, en las que se acepta al paciente, se halla sólo un 16 %. Waughn y Leff denominan a las familias que expresan rechazo al enfermo «familias de alta expresividad emocional», hallando una clara relación entre mayor número de recaídas y mayor tiempo de exposición del enfermo al grupo familiar.

Sturgeson encuentra diferencias significativas respecto a la fluctuación de la conductancia entre esquizofrénicos de familias con alta o baja expresividad emocional, según esté o no presente el familiar durante la entrevista. El comportamiento del grupo de alta expresividad emocional es similar al de pacientes con mucho estrés; hay, pues, respuesta ansiosa frente al medio familiar crítico y hostil.

TEORÍAS PSICODINÁMICAS

Desde esta óptica nos encontramos con teorías que explican más el cómo que el porqué y, por esta razón, en ocasiones no son excluyentes de las biológicas e incluso podrían compatibilizarse con algunas de ellas. Hay dos modelos básicos: el primero de ellos, «modelo de déficit», se define como la carencia de la capacidad cognitiva e integradora del niño preesquizofrénico, que le impediría internalizar sus experiencias con la madre, ocasionándole una constante inestabilidad que se manifestaría en las etapas críticas del desarrollo. La fenomenología posterior sería un intento de restaurar patológicamente las relaciones objetales. El segundo, «modelo de conflicto», alude al conflicto intrapsíquico, precoz y grave, diferente al neurótico (Panigagua).

Freud, a través de su teoría libidinosa, suponía la existencia de un déficit madurativo caracterizado por un grado variable de fijación en la etapa autoerótica o una regresión a esta fase, impidiendo la transferencia que sería la base de la curación.

Klein considera que la esquizofrenia sería el resultado del desenlace patológico de la posición esquizoparanoide propia de los 6 primeros meses. El niño, al no introyectar los objetos buenos y no lograr superar las angus-

tias, queda con el temor constante de ser invadido y destruido por los objetos persecutorios.

Mahler considera que el sujeto no ha podido superar la fase simbiótica (del 1.º al 10.º mes) o la autística (1.º mes), por lo que no aprende a diferenciar gradualmente las sensaciones procedentes de su cuerpo y las producidas por otras personas (fundamentalmente la madre).

Las formulaciones más novedosas desde un punto de vista teórico serían que todas las aproximaciones psicodinámicas operan desde la premisa de que todos los síntomas psicóticos tienen significado en la esquizofrenia.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y CLASIFICACIÓN

La primera vez en que aparece el término de psicosis es en 1845, usado por Ernst Freiherr Von Feuchterleben (1806-1849), a la sazón decano de la Facultad de Medicina de Viena, en su *Manual de Psicología Médica*. Para este autor, la noción de enfermedad mental no deriva de la mente ni del cuerpo, sino más bien de la interrelación entre ambos.

Griessinger (1817-1889), apoyándose en Zeller, propone como único punto de partida para cualquier enfermedad mental una perturbación afectiva, considerada como síntoma de origen o base de una única psicosis. A través de este autor, la tesis de la psicosis única adquiere su mayor esplendor; él mismo será también quien dé pie a la invalidación de su propia teoría al publicar en 1867 sus trabajos sobre la paranoia primaria. Al negar la secundariedad de este cuadro a las perturbaciones afectivas, rompe definitivamente con el dogma de la psicosis única. No obstante, el concepto es retomado por otros autores, como Linke, al tratar de demostrar que a la paranoia primaria se llegaría a través de un estado afectivo morboso. En nuestro país, B. Llopis, al describir la psicosis pelagrosa, y Montserrat-Esteve, a través de su teoría bipolar, constituyen los máximos exponentes de esta opción unitaria. También Bleuler, en 1906, postula el origen afectivo de la paranoia. Janzarik, en Alemania, y H. Ey con su teoría «organodinámica» establecen un planteamiento unitario, no rígido, distinto a la óptica inflexible de los autores clásicos. A pesar de no haberse demostrado las dos razones básicas que acabaron con la psicosis única, el

origen primario de la paranoia y la gravedad de los síntomas, esta tesis nunca al lugar básico que le corresponde. Los descubrimientos anatómicos de la segunda mitad del siglo XIX y el desarrollo de la neurología y la psicología organicista. Durante este período, Sakov (1845-1900) describió una forma de demencia que lleva su nombre, Alzheimer (1864-1915) y J. E. Dementia descubren la anatomía patológica de los cuadros demenciales que per se son sus nombres. La subdivisión de los cuadros clínicos, es el resultado de un criterio nosográfico que sintetiza la doctrina de la gran figura de Kraepelin en las sucesivas ediciones de su obra perfeccionando mediante su clasificación de las enfermedades mentales que aún en parte es la base de la psicopatología.

En 1852, Morel creó el término «demenia precoz» para designar una forma de demencia que incidía en sujetos jóvenes hacia un cuadro demencial. Morel describió un cuadro clínico de deterioro mental y conductual que se iniciaba en la juventud y se denominó «demenia precoz» queriendo resaltar la edad de aparición de esta enfermedad. Años más tarde, Kahlbaum describió otras formas clínicas de demencia precoz por trastornos motores y conductuales, dándole el nombre de «demenia precoz» dando así la tendencia a la actividad motora. Será Kraepelin quien, a través de una visión unitaria de sus características, agrupó todos estos cuadros bajo el nombre de «demenia precoz», que en su libro *Psiquiatría* (1899) denominó «demenia precoz», en 1911, basándose en su concepto de personalidad, el autismo, la demencia precoz y la disgregación, propone designar a estos cuadros como «grupo de demencia precoz», aunque, por razones de claridad, él mismo recomendó el término en singular. Tanto los fundamentos de Bleuler como los de Schneider no han conseguido ser ensayos clínicos como los de Sakov de la esquizofrenia (1908) de un modo general lo r

constante de ser in-
objetos persecuto-

el sujeto no ha podi-
ótica (del 1.º al 10.º
mes), por lo que no
adualmente las sensa-
cuerpo y las produ-
s (fundamentalmente

s novedosas desde un
serían que todas las
ámicas operan desde
los síntomas psicóti-
la esquizofrenia.

ÓRICA

que aparece el térmi-
845, usado por Ernst
Eben (1806-1849), a la
cultad de Medicina de
de Psicología Médica.
oción de enfermedad
mente ni del cuerpo,
relación entre ambos.
39), apoyándose en Zeli-
nico punto de partida
edad mental una per-
nsiderada como sínto-
e una única psicosis. A
la tesis de la psicosis
or esplendor; él mismo
pie a la invalidación de
licar en 1867 sus traba-
primaria. Al negar la se-
uadro a las perturbacio-
definitivamente con el
s única. No obstante,
ado por otros autores;
de demostrar que a la
llegaría a través de un
oso. En nuestro país, B
la psicosis pelagrosa, y
través de su teoría bipo-
námicos exponentes de
a. También Bleuler, en
gen afectivo de la para-
lemania, y H. Ey con su
ica» establecen un plat-
o rígido, distinto a la óp-
autores clásicos. A pesar
trado las dos razones
con la psicosis única

origen primario de la paranoia y la especifici-
dad de los síntomas, esta teoría no volvió
nunca al lugar básico que antes ocupaba.

Los descubrimientos anatomoclínicos de la
segunda mitad del siglo XIX, que dan lugar al
nacimiento de la neurología, apoyan la orien-
tación organicista. Durante este tiempo, Kor-
sakov (1845-1900) describe la psicosis orgá-
nica que lleva su nombre, mientras que
Alzheimer (1864-1915) y Pick (1851-1924)
descubren la anatomía patológica de los cua-
dros demenciales que perduran también con
sus nombres. La subdivisión y ramificación
de los cuadros clínicos, es decir, la aparición
de un criterio nosográfico, actuaron como an-
títesis de la doctrina de la psicosis única. Será
la gran figura de Kraepelin quien, a través de
las sucesivas ediciones de su tratado, irá per-
feccionando mediante su criterio nosográfico
la clasificación de las enfermedades mentales,
que aún en parte es la base de nuestra noso-
grafia.

En 1852, Morel creó el término «demencia
precoz» para designar una enfermedad que
incidía en sujetos jóvenes y evolucionaba
hacia un cuadro demencial. En 1871, Hecker
describió un cuadro clínico caracterizado por
deterioro mental y conductas regresivas, que
se iniciaba en la juventud, y lo denominó «he-
befrenia» queriendo resaltar la temprana
edad de aparición de esta enfermedad. Tres
años más tarde, Kahlbaum añade a este diag-
nóstico otras formas clínicas caracterizadas
por trastornos motores y del comportamiento,
dándoles el nombre de «catatonia» y desig-
nando así la tendencia a la contractura en la
actividad motora. Será Kraepelin quien a trav-
és de una visión unitaria de la enfermedad y
de sus características evolutivas unificará
todos estos cuadros bajo el concepto de «de-
mencia precoz», que en la sexta edición de su
libro *Psiquiatría* (1899) queda subdividida en:
hebefrénica, catatónica y paranoide. Bleuler,
en 1911, basándose en la escisión de la per-
sonalidad, el autismo, la falta de entidad uni-
taria y la disgregación de la vida psíquica,
propone designar a estos enfermos como per-
tenecientes al «grupo de las esquizofrenias»,
aunque, por razones de conveniencia y como-
didad, él mismo recomienda referirse a dicho
término en singular. Tanto los síntomas fun-
damentales de Bleuler como los primarios de
Schneider no han conseguido ser validados en
ensayos clínicos como signos patognomóni-
cos de la esquizofrenia (Carpenter, Lewine), y
de un modo general lo mismo se puede decir

de los métodos tradicionales, que en opinión
de Akiskal dependen del cuadro clínico y re-
curren al curso evolutivo para confirmar el
diagnóstico.

Por la misma esencia nosológica de la en-
fermedad y por las dificultades antes citadas,
se imponen unos criterios sencillos, no sus-
ceptibles de interpretación, que permitan un
diagnóstico operativo. Muchos han sido los
que han ido apareciendo desde que el grupo
de St. Louis, en 1972, propone los llamados
criterios de Feighner. En el mismo año apa-
recen los criterios de New-Haven, y al año si-
guiente, como fruto del estudio piloto inter-
nacional acerca de la esquizofrenia (IPSS),
auspiciado por la OMS, sobre 1.100 pacien-
tes de nueve países, se publica el sistema fle-
xible de Carpenter. Usando la escala de eva-
luación conductual PSE (Present State
Examination), Wing y cols. (1974) proponen
el sistema CATEGO. Taylor y Abrams (1975)
sugieren modificar los criterios de Feighner,
proponiendo los suyos, que revisarán pos-
teriormente en 1979. Promovidos por el
NIMH, surgen en 1975 los RDC (criterios
diagnósticos de investigación) de Spitzer,
Endicott y Robins, que son válidos para
25 entidades diagnósticas. Usando como
base los RDC, se edita en 1980 el DSM-III,
que parte de un *task-Force* de la Asociación
Psiquiátrica Americana, iniciado en 1974,
y que se plantea como reacción al trabajo
de la OMS. Esta entidad propone la ICD-9,
que no constituyó ningún avance funda-
mental, ya que no incorpora criterios opera-
tivos.

La ICD-10 agrupa bajo el epígrafe de esqui-
zofrenia el trastorno esquizotípico, los tras-
tornos delirantes persistentes y los trastornos
agudos y transitorios. Los trastornos esquizo-
afectivos se incluyen, a pesar de su controver-
tida naturaleza. Con este planteamiento y la
necesidad de duración de al menos 1 mes
abarca todas las características diagnósticas
del DSM-IV de esquizofrenia y trastorno es-
quizofreniforme. Además, no requiere que
haya una afectación en la actividad del indivi-
duo. El DSM-IV subdivide las formas clínicas
en paranoide, desorganizada, catatónica, in-
diferenciada y residual. Usa como criterio
fundamental las divisiones entre sintomatolo-
gía positiva, negativa y mixta de Andreasen y
los tipos I y II de Crow, aunque señala la pro-
gresiva importancia que podría tener, en un
futuro, la clasificación entre paranoide y no
paranoide.

Los tipos contemplados en la ICD-10 son: paranoide, hebefrénico, catatónico, indiferenciado, depresión postesquizofrénica y esquizofrenia residual, simple y otras. Los criterios diagnósticos del DSM-IV para la esquizofrenia aparecen en la tabla 29-3.

CLÍNICA: SINTOMATOLOGÍA GENERAL

Desde un punto de vista histórico, aparecen dos posturas diametralmente opuestas en cuanto al curso y al diagnóstico de la enfermedad. Por un lado, una serie de autores pensaban que la cronología sucesiva de los síntomas, que culminaba en un estado demencial, era condición indispensable para establecer un correcto diagnóstico y, por otro, autores como Bleuler, Schneider y otros opinaban que la presencia en un momento dado de síntomas específicos era suficiente para la certeza diagnóstica. De estas dos actitudes se puede

concluir que la esquizofrenia es muy polimorfa, tanto por sus formas clínicas como por la aparición de los síntomas en el transcurso del proceso morboso. Sirva todo ello como introducción a una semiología general que intentará abarcar todos los signos y síntomas que se asocian con la esquizofrenia, pero que en modo alguno definen un perfil medio de ella.

Trastornos del pensamiento

Es, para la mayoría de autores, el fenómeno más característico de la enfermedad, bien sea por el contenido o por su curso. No olvidemos la propia etimología de la palabra y el especial hincapié que hace Bleuler considerando el trastorno fundamental como una «relajación de las asociaciones». En efecto, el paciente usa conceptos caracterizados por su fantasía y su subjetividad. En sus formalizaciones conceptuales, es frecuente que tomen la parte por el todo, pasando de lo abstracto a lo estrictamente concreto o viceversa. Las metonimias,

la aglutinación de ideas conducen a un liar simbología, que no es comprensible. Éste es específicamente parala esquizofrénico, que n miento mágico-primitivo. En otras ocasiones, el discurso del enfermo es que son fruto de s: Este modo de malintencionado en el mecanismo de personas u objetos, es lo que llama a paleológico».

El bloqueo del pensamiento como una interceptación, puede ser debido a natoria o a una idea p ciente atiende intern conversación a la que queo más o menos co cer tanto en una inten la forma catatónica, r mer caso a una cierta tras que en el segundo alucinatorio-deli impide el contacto con

La falta de precisión alemana *wahn* dio piones que se han tra que perduran aún en l mente, no resulta lo r como «delusión, deli ello, nos mantendren germana, entendiend acontecer psíquico q del nivel de conciencia no del juicio en una palabras de Conrad, e se caracteriza fundar car de un estado de á pérdida de libertad. E nominado por este au pone cinco formas d pero en realidad cad de todas las demás. D tación son: 1) Condu presión inicial con n 3) factores reactivos humor delirante, que expresión de esta vive en un mundo del qu extrañeza de su prop ción en que está intro vencia de despersona

Tabla 29-3. Criterios diagnósticos para la esquizofrenia según el DSM-IV

- A. *Síntomas característicos*. Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):
1. Ideas delirantes
 2. Alucinaciones
 3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
 4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
 5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia
- B. *Disfunción social/laboral*. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral)
- C. *Duración*. Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos y residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más de los síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales)
- D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivos, y del estado de ánimo*. El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa, o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual
- E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica*. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica
- F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo*. Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se manifiestan durante al menos 1 mes (o menos si se ha tratado con éxito)

Nota. Sólo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

La es muy polimórfica como por lo común en el transcurso del tiempo, lo que lo hace como introductor general que introduce síntomas y síntomas que en la enfermedad, pero que en el perfil medio de ella.

imiento

Autores, el fenómeno de la enfermedad, bien sea en el transcurso. No olvidemos la palabra y el especial interés considerando el efecto, el paciente afectado por su fantasía de formalizaciones concretas tomen la parte por el abstracto a lo estricta-sa. Las metonimias,

JSM-IV

se durante una parte sig-

io de la alteración, una o personales o el cuidado de , cuando el inicio es en la nimiento interpersonal, aca-

Este período de 6 meses se ha tratado con éxito) y períodos prodrómicos y relativos o por dos o más de ncias raras, experiencias

esquizoafectivo y el tras- a: 1) no ha habido ningún fase activa, o 2) si los epi- tiva, su duración total ha

debido a los efectos fisio- no) o de una enfermedad

io autista o de otro trastor- a realizará si las ideas delir- nenas si se ha tratado con

as delirantes consisten en una ás voces conversan entre ellas

la aglutinación de ideas y mezcla de significaciones conducen a un pensamiento de peculiar simbología, que nos resulta absurdo e incomprendible. Éste corresponde al carácter específicamente paralógico del pensamiento esquizofrénico, que nos recuerda el pensamiento mágico-primitivo y el lenguaje onírico. En otras ocasiones, se pueden observar en el discurso del enfermo asociaciones inconexas que son fruto de silogismos incorrectos. Este modo de malinterpretar la realidad, basado en el mecanismo primitivo de identificación de personas u objetos por sus predicados, es lo que llama Arieti el «pensamiento paleológico».

El bloqueo del pensamiento, entendido como una interceptación brusca del flujo verbal, puede ser debido a una percepción alucinatoria o a una idea parásita a las que el paciente atiende interrumpiendo con ello la conversación a la que estaba abocado. El bloqueo más o menos continuado puede aparecer tanto en una intensa inhibición como en la forma catatónica, respondiendo en el primer caso a una cierta vacuidad mental, mientras que en el segundo se hipotetiza un cuadro alucinatorio-delirante tan intenso que impide el contacto con el mundo circundante.

La falta de precisión al traducir la palabra alemana *wahn* dio pie a importantes confusiones que se han transformado en teorías que perduran aún en la actualidad. Evidentemente, no resulta lo mismo referirnos a ella como «delusión, delirio o *delirium*», y por ello, nos mantendremos fieles a la tradición germana, entendiendo por *delirium* aquel acontecer psíquico que precisa un trastorno del nivel de conciencia y delirio como trastorno del juicio en una conciencia normal. En palabras de Conrad, el delirio esquizofrénico se caracteriza fundamentalmente por arrancar de un estado de ánimo concretado por la pérdida de libertad. Este primer estado es denominado por este autor como «trema». Propone cinco formas de presentación clínica, pero en realidad cada una de ellas participa de todas las demás. Dichas formas de presentación son: 1) Conductas sin sentido; 2) depresión inicial con matices de culpabilidad; 3) factores reactivos; 4) desconfianza, y 5) humor delirante, que constituye la más clara expresión de esta vivencia de «estar atrapado en un mundo del que no se puede salir». La extrañeza de su propio cuerpo o de la situación en que está inmerso corresponde a la vivencia de despersonalización que sufren estos

pacientes que muchas veces se prolonga más allá de estas fases iniciales del trastorno.

La auténtica vivencia delirante primaria, que se impone a través de «nuevas significaciones» (las personas u objetos dejan de tener su sentido habitual y significan otra cosa) y se expresa con percepciones y representaciones delirantes, es denominada por Conrad «apofanía». En primer lugar, se tratará de una apofanía externa: «Las cosas ya no serán las mismas de antes; tendrán otro sentido en relación con el sujeto». Se refiere a apofanía interna cuando ya no son los objetos externos que adquieren nuevas significaciones, sino que es el mismo pensamiento el que las posee sobre el mundo. Cuando el paciente tiene la sensación de que «todo gira en torno a sí» habla de *anastrophé*, que es el tercer estadio, en el que el yo se manifiesta a sí mismo y ocupa el punto medio del mundo, mientras que en la apofanía se vivencia la alteración del mundo y de sus objetos en relación al sujeto.

Fenómenos tan característicos de la esquizofrenia como la difusión y la sonorización del pensamiento y el eco y el robo son característicos, según Conrad, de la fase apofánica interna. La inserción y el pensamiento impuesto o controlado junto a los descritos son síntomas que el paciente vive de una forma casi cenestopática, por lo que su ubicación taxonómica cabalga entre los trastornos del pensamiento y los de la sensopercepción.

Por último, Conrad describe la fase «apocalíptica», que se manifiesta clínicamente por la desorganización del pensamiento, desintegración del lenguaje, alucinaciones auditivas y, en general, contenidos delirantes que, dada su desestructuración, los compara con las producciones oníricas.

Otros autores, como antes hemos citado, se preocupan más de la génesis de la idea delirante que de su evolución cronológica. Así, Jaspers habla de ideas delirantes primarias refiriéndose a aquellas «ideas erróneas engendradas patológicamente», o Gröhle, como «establecimiento de relaciones sin motivo». Estas ideas, aparte su primariedad, deben ser incorregibles, irreversibles, invasivas de toda la personalidad y de contenido imposible. La idea delirante secundaria surge de fenómenos afectivos o como elaboración posterior de la misma idea primaria. Todos estos conceptos, así como los tipos de delirio, han sido tratados con más detalle en el capítulo sobre trastornos del pensamiento y del lenguaje. No

obstante, pensamos que el delirio paranoide merece particular interés por las implicaciones de tipo etiopatogénico, clasificatorio e incluso de pronóstico que últimamente se le han atribuido. Entender «lo paranoide» como personalidad, como evolución no deteriorante, como síntoma de tránsito o como «otra» esquizofrenia comprenden, en resumen, las cuatro propuestas que desde ámbitos de la ciencia muy diversos se proponen. Sin mayores implicaciones que las clásicas, «lo paranoide» existe a nivel de personalidad, de tal forma que da pie al desarrollo paranoide (paranoia) y, por tanto, se aleja del concepto de ruptura de personalidad (proceso) característico de la esquizofrenia. La evolución no deteriorante de dicha forma clínica se ha propuesto como singularidad por algunos autores y, por el contrario, otros hablan de que sería un síntoma de tránsito a otras patologías. Un criterio invalida al otro, y lo cierto es que en clínica se observan formas que cursan con menor deterioro que otras, pero también en ocasiones una forma en su inicio paranoide aboca, por ejemplo, a una esquizofrenia simple. Por estas mismas razones de falta de fijez a lo largo del tiempo de esta forma clínica, mucho menos se puede pensar que constituye una patología alejada del marco conceptual de la esquizofrenia.

La plasticidad de los delirios esquizofrénicos puede verse modificada por factores ambientales y culturales. La tecnificación y sofisticación de la sociedad provocan que los delirios de control y autorreferenciales se enriquezcan con estos temas y películas como *El exorcista* provocasen delirios de posesión diabólica, tema no especialmente frecuente en la esquizofrenia. Igualmente, tal como señala Murphy, hay unas variables culturales de ámbito geográfico que hacen aflorar con mayor facilidad ideas delirantes concretas (delirio de infidelidad conyugal en la India). En las parafrenias, por el contrario, Sarró define los «mitologemas» como unidades delirantes intemporales que son comunes a cualquier enfermo de cualquier civilización.

Trastornos sensorio-perceptivos

Agrupamos la semiología de estos trastornos basándonos en que responden a una misma definición global: son alteraciones de la conciencia de la realidad del mundo que nos rodea y está en nosotros. Como ya se vio en el capítulo de la percepción sensorial, los

cuadros alucinatorios que se producen en la esquizofrenia corresponden a las denominadas alucinaciones psíquicas. Analizaremos los diversos tipos, para ver la peculiar forma como el paciente las vivencia:

Alucinaciones psíquicas auditivas

Toman la forma de voces que critican e injurian al paciente o incluso lo amenazan. Cuando estas voces ordenan determinados actos, se denominan «fonemas imperativos». Serán fonemas dialogados si el paciente entabla conversación con las voces. No siempre adoptan la forma de voz, sino que en ocasiones el paciente las refiere como gritos, aullidos o murmullos ininteligibles. En la exploración clínica, el enfermo las refiere como provenientes del interior de su cabeza o, por lo menos, las diferencia clarísimamente de la voz del explorador. Si se refiere a voces provenientes de la sala contigua o de distancias muy superiores, además de tener, en parte, el matiz de oír las dentro de su cabeza, no gozan de las características de claridad, nitidez y pertenencia absoluta al espacio exterior. En delirios de temática místico-religiosa o de temática sexual, se producen alucinaciones auditivas que el paciente las puede vivir de forma agradable, ya que abundan contenidos proféticos y de grandeza que se incorporan dando mayor consistencia interna al propio delirio. Igual ocurre con la sonorización y el eco del pensamiento, a los que antes nos hemos referido y que según la forma como los verbalice el paciente gozarán de características más cenestopáticas que ideativas.

Alucinaciones psíquicas visuales

Resultan trastornos sensorio-perceptivos no muy frecuentes en la esquizofrenia, hasta tal punto que la presencia de ellos obliga a plantearse un diagnóstico diferencial con cuadros exógenos. Mucho más frecuentes son las parafrenias o, en su aspecto más elemental, la ilusión visual.

Alucinaciones psíquicas del lenguaje interior

Descritas por Seglas, corresponden a la percepción de un acto que parece ajeno. El enfermo tiene la impresión de que todos los movimientos mecánico-articulatorios le son impuestos y, por tanto, se le hace hablar en

contra de sus deseos. El enfermo nos mostrará que, fenómeno compuesto por fluencia asociado a palinodia, no corresponde a una alucinación elemental.

Otras alucinaciones psíquicas

Las alteraciones cenestopáticas son poco frecuentes, suelen estar fuera del trastorno delirante y el paciente puede comentar que se siente quemado o molestado secundariamente a su delirio. Como pre es así, y en ocasiones con características de una sensación que se acerca al límite de la ilusión.

Síndrome del automata de Clérambault

Estudiado ya en otro capítulo, lo citamos aquí para agrupación válida de delirios. Señalamos con estos sujetos, que coinciden con las vividas por el paciente (anideico), su extrínsecidad.

Trastornos de la afectividad

La discordancia afectiva es típicamente imbricada con el delirio. Resulta total cuando el paciente, que antes había considerado con confianza la realidad de la esquizofrenia e incluso la indiferencia, iguala su actitud de ambivalencia.

Los pacientes se muestran fríos en sus relaciones y muy gráficamente se ve que vuelve en una conducta rumpida sólo por episodios de «inadaptadas».

El negativismo como respuesta al rechazo del mundo objetivo o representación de la negatividad de las expresiones carecen de resonancia y se exteriorizan dando lugar a la reacción afectiva al estímulo desorganizado («paratimia»).