

A. Espliego Felipe
Á. Pico Rada
P. Ramos Gorostiza

Insuficiencia de la identificación psicopatológica en un caso de esquizofrenia no procesual

Hospital Universitario de La Princesa
Madrid

Se presenta un caso clínico de esquizofrenia no procesual y principalmente no productiva, pero cuyo desarrollo evolutivo y manifestaciones sintomáticas de alteraciones de la vivencia del «yo» resultan prototípicas del cuadro que representan, a pesar de lo cual el caso permaneció sin diagnóstico a lo largo de toda una década de observación. A través de la exposición de la paciente se ejemplifica cómo la práctica clínica disocia la teoría de la experiencia del enfermo. La consiguiente discusión, elaborada desde la historia conceptual y del *self* en la esquizofrenia, sugiere que los fenómenos subjetivos que se manifiestan en estos enfermos no son abarcables a través de los criterios operativos vigentes en la psiquiatría, pero tampoco desde un criterio unificador en torno a un enfoque nuclear exclusivo que pretenda dar cuenta de la causa última. Todo ello remite hacia la insuficiencia de la psicopatología como mera semiología y la necesidad de una práctica psicopatológica capaz de poner en activo los rendimientos de la teoría.

Palabras clave:
Esquizofrenia no procesual. *Self*. Psicopatología. Semiología.

Actas Esp Psiquiatr 2008;36(4):227-229

Insufficiency of psychopathological identification in a case on non-processual schizophrenia

A case of non-processual and primarily non-productive schizophrenia is presented. However, its evolutive development and clinical manifestations of «self» experiences alterations are prototypic of the picture they represent. Nevertheless, this case was not diagnosed during more than one decade of observation. The presentation of this patient's case history shows how clinical praxis dissociates the theory of schizophrenia from the patient's experience. The discussion elaborated from the conceptual history and the self in schizophrenia suggests that the subjective phenomena manifested in these patients cannot be approached

by the present applicable operative criteria in psychiatry nor from a unifying criterion based on an exclusive nuclear approach that aims to explain the final cause. All of this refers to the insufficiency of psychopathology as mere semiology and raises the need for a psychopathological praxis that can implement the results of the theory.

Key words:
Non-processual schizophrenia. *Self*. Psychopathology. Semiology.

INTRODUCCIÓN

Las dificultades inherentes a la práctica psicopatológica, como el déficit semiológico que la conforma, se ejemplifican en el siguiente caso por lo que se refiere a la concepción e identificación de la esquizofrenia.

CASO CLÍNICO

M. es una mujer de 20 años, soltera y sin hijos, sin antecedentes personales somáticos de interés. Es la mayor de dos hermanas, convive con su familia y no realiza ningún tipo de actividad laboral o académica. M. nace de embarazo normal mediante parto provocado posmaduro, con 3.900 g de peso. Lleva a cabo un desarrollo psicomotor evolutivamente normal y acude a guardería a edad temprana. Escolarizada por completo hasta los 12 años, contacta por primera vez con su centro de salud mental (CSM) (infanto-juvenil) a la edad de 10 años por trastornos de conducta. Los padres se declaran incapaces de ofrecer límites a su hija, «indolente y obstinada». Describen entonces a M. como una niña de carácter difícil, introvertido y sin amigos, con frecuentes accesos de rabia ante mínimas frustraciones. Señalan la existencia de una franca rivalidad entre las hermanas, tendiendo M. a presentar celos de la pequeña desde su nacimiento. WISC verbal realizado entonces de 116. Finalizan voluntariamente las consultas 1 año después. A los 12 años es evaluada por el equipo psicopedagógico del centro escolar por sus dificultades para las relaciones interpersonales que destacaban por la dependencia, monopolización y escotomización del otro, tendiendo a un progresivo aislamiento como consecuencia del rechazo propio y ajeno ante este tipo de interacción y ante la incapacidad para la

Correspondencia:
Ana Espliego Felipe
Plaza de Cronos, 5, esc. 2, planta 1.ª, puerta 9
28037 Madrid
Correo electrónico: anaespliefeli@yahoo.es

adaptación al contexto. Vuelven a consultar al CSM (infanto-juvenil) a los 15 años. Persisten los trastornos de conducta con marcado oposicionismo. El aislamiento aludido es manifiesto y creciente desde entonces. Hay abandono de autocuidado y fracaso escolar, con absentismo progresivo hasta el completo abandono de los estudios. Termina el seguimiento 6 meses después. Reaparece en el CSM (adultos) a los 18 años, remitida por psicoterapeuta privado, para valoración de tratamiento antidepresivo. Comienza el consumo ocasional de cannabis y diario de alcohol, inicialmente con finalidad dirigida a la socialización, llegando a alcanzar unas cotas muy relevantes, tanto por la precocidad como por la forma de consumo (se refugia en su habitación e ingiere todo tipo de bebidas alcohólicas). A partir de ese momento el cuadro adquiere unas características de estabilidad que persisten hasta la actualidad, con reclusión en su habitación, inactividad, apatía y miedo incapacitante, además de anergia y anhedonia. Progresivamente más limitada y empobrecida, caprichosa y hostil, prescinde del entorno y su apariencia y conducta se desorganizan. La conflictividad familiar es constante, empleando las descalificaciones como forma de comunicación, siendo M. etiquetada de «rara» desde la infancia. Durante las evaluaciones psiquiátricas se evidencian las dificultades para conectar con ella, extremadamente escueta y divagatoria, pueril e insulsa en sus razonamientos y afectividad. De carácter tímido, su conducta se interpreta frecuentemente como fóbica. En sus escritos aparecen fenómenos de extrañamiento, autorreferencialidad y suspicacia y dudosos trastornos del «yo». Esta enorme heterogeneidad y variedad de síntomas, núcleo del cuadro subyacente, propicia diferentes abordajes que impiden acceder al mismo.

Se intentó sin éxito la adhesión al hospital de día, donde M. se sentía desubicada y mermada en la comunicación por su «vacío mental». Ya en la minirresidencia mejora su desorganización y expresividad, aunque mantiene risas inmotivadas, vivencias corporales de tipo hipocondríaco/cenestésico y audición de voces manifestada con escasa precisión y convicción. Su negativa a regresar al recurso residencial tras las vacaciones propicia el ingreso en UHB, donde no pudo demostrarse sintomatología productiva, que, no obstante, parece probable ante la evolución descrita. Ningún abordaje farmacológico previo ni durante el ingreso introdujo cambios en M., que se presentaba permanentemente a sí misma como un problema al que buscaba encontrar sentido. La presencia o no de productividad no harían sino ratificar una sospecha diagnóstica establecida sobre la desproporción de sus conductas y el progresivo empobrecimiento y ensimismamiento autista. Por el curso histórico del trastorno pensamos que se trata de un trastorno psicótico tipo esquizofrenia, abriendo la consiguiente discusión acerca de la dificultad diagnóstica que parece entrañar esta enfermedad cuando carece de un curso procesual y primariamente productivo.

DISCUSIÓN

A la luz del caso expuesto se pone de manifiesto cómo el «aparato» diagnóstico no está preparado para aproxi-

marse a la subjetividad del enfermo psiquiátrico, sino tan sólo para operativizar la semiología. Como conclusión hasta aquí y punto de partida a la consiguiente discusión destacamos que la práctica clínica disocia la teoría de la experiencia del enfermo. De ahí los esfuerzos que diversos autores llevan a cabo durante los últimos años para delimitar en lo posible el pródromo esquizofrénico, algunos, como Yung y McGorry¹, desde enfoques más «objetivables» extrayendo los síntomas prepsicóticos más frecuentemente descritos: dificultades de concentración, descenso de impulsos, motivaciones y anergia, humor deprimido, trastornos del sueño, ansiedad y aislamiento social, suspicacia, desconfianza, deterioro de la funcionalidad e irritabilidad. La frecuencia de aparición, sin embargo, tampoco dota de especificidad a este tipo de sintomatología, siendo muy frecuente encontrar este conjunto de alteraciones en adolescentes sanos.

Todos los pródromos señalados por Yung y McGorry se dieron en M. de manera continuada. Entonces, ¿qué es lo que determina que a lo largo de casi 10 años la paciente se deteriore sin que se haya planteado el diagnóstico de psicosis? La interpretación de los cambios resultó compleja porque con frecuencia eran meras intensificaciones de rasgos temperamentales y caracteriales preexistentes. Según Klosterkötter², los síntomas psicóticos, sobre todo los deficitarios y los trastornos formales del pensamiento, tienen un carácter dimensional y transicional continuo. Pero ¿existe realmente algo específico dentro del campo de la psiquiatría?

Revisando nuevamente la evolución histórica del término esquizofrenia y en el empeño de dotar a ésta de la categoría de entidad nosológica delimitable, la búsqueda del trastorno básico y genérico en el paciente esquizofrénico se convirtió en la tarea fundamental ante cualquier intento de aproximación a la locura. Minkowski³ en 1927 encuentra lo fundamental de la esquizofrenia en la imposibilidad de establecer un contacto afectivo con el paciente en lo que denomina «pérdida de contacto vital con la realidad». Para Rümke⁴ el esquizofrénico induce en el observador el *praecoxgefühl*, la sensación de que todo está trastornado, cambiado respecto a la norma: presencia fría, extraña e indefinible, ausencia de empatía y espontaneidad. K. Schneider⁵ (1959) destaca los fenómenos de pasividad que presuponen «cierta permeabilidad de la barrera entre el yo y el mundo». Scharfetter⁶ (1976) considera la mayoría de los fenómenos delirantes como reacción compensatoria ante los trastornos del «yo». Como se puede ver todas estas formas de determinar la subjetividad.

Esta reconstrucción histórica de la subjetividad nos recuerda que posteriormente hemos asistido de manera reiterada a una destrucción de la misma por lo inabarcable de ésta desde la metodología empleada, no porque no se manifieste. Así se evidencia a través de los ya mencionados intentos clasificatorios y de las concepciones etiológicas integradoras para la esquizofrenia. Al persistir, no obstante, la disociación entre la teoría y la experiencia del enfermo se

produce paradójica y periódicamente el retorno hacia lo que ahora se llama la historia del *self*. Desde los trastornos del «yo» trata de abarcarse la esencia de lo propiamente psicótico tal y como se vislumbra en la mayor parte de la literatura actual que intente abordar el núcleo psicopatológico que subyace a la esquizofrenia. La complejidad que entraña la descripción de este tipo de trastornos dificulta su empleo como criterios clasificatorios «objetivables». Pese a todo suponen la mejor y más completa aproximación a la experiencia subjetiva del paciente que resulta, a su vez, lo más definitorio del trastorno esquizofrénico.

La perturbación de la «ipseidad» (sentirse aunado con uno mismo) tiene, según Sass y Parnas⁷, dos aspectos principales: el autoafecto disminuido, el cual se refiere a un declive del sentido de existir, y la hiperreflexividad, un tipo exagerado de autoconciencia, una tendencia a dirigir la atención hacia procesos y fenómenos que normalmente estarían «presentes» o serían experimentados como parte del yo⁸. El autoafecto disminuido y la hiperreflexividad trastornan el sentido basal pre-reflexivo acompañándose de alteraciones del campo perceptual. En este estado de hiperalerta los estímulos sensoriales cotidianos llegan a sonar extraños y dar la sensación de irritación y perturbación afectiva⁹. En opinión de Blankenburg¹⁰ el defecto central de la esquizofrenia se puede describir como una «pérdida de la evidencia natural», de la usual orientación de sentido común hacia la realidad¹¹, que posibilita que una persona tome por dados muchos aspectos del mundo social. La pérdida de la evidencia natural subyace a la perplejidad característicamente esquizofrénica e incluye un sentimiento de no poder mantener un control consistente de la realidad; uno se vuelve extraño para sí mismo, cuya consecuencia es que el paciente deberá dedicar un esfuerzo especial para procesar lo que normalmente ocurría automáticamente, conduciendo a la «astenia» esquizofrénica.

En los trastornos del «yo» se apoya un criterio unificador, presente desde el autismo bleuleriano hasta la actualidad, y que pretende entender la esquizofrenia a través de un enfoque nuclear exclusivo que, presuntamente, aproximaría a lo etiológico de forma unívoca. La historia del proceso esquizofrénico evidencia que no es posible entender la enfermedad desde este enfoque único que abarque un todo, incluido el fenomenológico, pero tampoco se puede prescindir de una mismidad que esté presente en todos los casos de los que se predica el nombre de esquizofrenia. Bien es cierto que desde estas experiencias subjetivas de los propios enfermos el cuadro clínico de M. adquiere una mayor «homogeneidad», sobre todo en sus manifestaciones deficitarias. Sería la expresión más pura, libre de síntomas accesorios, del trastorno fundamental o, lo que es lo mismo, aquello que Diem¹² en 1903 enunciaba como *dementia simplex* y que ha pasado a desarrollar un modelo explicativo del defecto esquizofrénico¹³. «El significado de lo simple se va a transformar a la luz de lo fundamental»¹⁴. Son los síntomas básicos próximos al sustrato de Huber¹⁵, modelo que, junto al estructural de Conrad¹⁶, constituyen los pilares fundamentales para el diagnóstico.

Como hemos visto a lo largo de esta discusión, a pesar de que existen teorías que, sean del tipo que sean, unifican la heterogeneidad psicopatológica en un único síntoma que dé cuenta de lo nuclear de la esquizofrenia (tratando de determinar la subjetividad como, por ejemplo, en los trastornos del yo) y que remitan, por ende, a la causa última pacientes prototípicos y cotidianos como el caso presentado siguen suponiendo desconcierto y falta de consenso entre los profesionales. En conclusión, este caso ha servido para ejemplificar de nuevo la dificultad de la que participan de consuno el concepto de esquizofrenia y el de psicopatología. La heterogeneidad de los síntomas presentados, entre los que están presentes todos los fenómenos subjetivos en torno a los que se ha unificado la conceptualización psicopatológica de la esquizofrenia, no puede ser pasada por alto. Esto debe ponernos sobre aviso acerca de la insuficiencia de la psicopatología como mera semiología que, disponiendo reiteradamente de distintas teorías unificadoras, su aplicabilidad en cada caso no está garantizada por su insuficiencia lógica en su proceder identificatorio de las manifestaciones clínicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yung AR, McGorry PD. Monitoring the prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull* 1996;22:353-70.
2. Klosterkötter J. Baissymptome und Endphänomene der Schizophrenie. Berlin Heidelberg. New York: Springer, 1988.
3. Minkowski E. La schizophrénie: psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes. Paris: Payot, 1927.
4. Rümke HC. The nuclear symptom of schizophrenia and the praecoexfeeling, *History of Psychiatry* 1990;1:331-41.
5. Schneider K. Psicopatología clínica. Madrid: Triacastela, 1997.
6. Scharfetter C. Psicopatología general. Madrid: Morata, 1979.
7. Sass L, Parnas J. Schizophrenia, consciousness and the self. *Schizophr Bull* 2003;29:427-44.
8. Sass LA. Heidegger, schizophrenia, and the ontological difference. *Philosoph Psychol* 1992;5:109-32.
9. Klosterkötter J. The meaning of basic symptoms for the development of schizophrenic psychoses. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 1992.
10. Blankenburg W. Ansätze zu einer Psychopathologie des «common sense». *Confin Psychiatr* 1969;12:144-63.
11. Stanghellini G. Vulnerability to schizophrenia and lack of common sense. *Schizophr Bull* 2000;26:775-87.
12. Diem O. Die einfache demente form der dementia praecox (dementia simplex). Ein klinischer Beitrag zur Kenntnis der Verblödungspsychosen. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1903;37:11-87.
13. Gross G, The «basic» symptoms of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1989;155:21-5.
14. González Calvo JM, Rodríguez Cano E, San Molina L. La esquizofrenia simple: ¿desarrollo de la personalidad o proceso? *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:385-92.
15. Huber G. Das Konzept substratnaher Baissymptome und seine Bedeutung für die Theorie und Therapie Schizophrener Erkrankungen. *Nervenarzt* 1983;54:23-32.
16. Conrad K. La esquizofrenia incipiente. Intento de un análisis de la forma del delirio. Madrid: Alhambra, 1962.