

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

Estados predelirantes. La vulnerabilidad de la esquizofrenia.

Pallares, Martin.

Cita:

Pallares, Martin (2021). *Estados predelirantes. La vulnerabilidad de la esquizofrenia. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/169>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/moE>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ESTADOS PREDELIRANTES. LA VULNERABILIDAD DE LA ESQUIZOFRENIA

Pallares, Martin
Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El estudio de la enfermedad mental reclama analizar el estado prodrómico, como aquél anterior a la sintomatología propia de la enfermedad. Esta posición abre la instancia de ubicar a la vulnerabilidad como esa prerrogativa que indicaría un horizonte compatible, en este caso, con la esquizofrenia. En el rastreo arqueológico que realiza Germán Berrios de los estados pre-delirantes, indica que comienza su inclusión en la lectura psiquiátrica, en el siglo XIX y que mantiene relación con los delirios primarios. A su vez divide aquellos autores que lo comprenden como un trastorno cognitivo, del afecto, de la conciencia o de la motilidad. Sin embargo, la marcada dificultad de determinar con claridad esta fase prodrómica, puede ser la causa de que se haya vuelto no visible para el diagnóstico en los actuales glosarios (CIE-10 / DSM-5).

Palabras clave

Estados pre-delirantes - Vulnerabilidad - Esquizofrenia - Manuales de diagnóstico

ABSTRACT

PRE-DELIRIOUS STATES. THE VULNERABILITY OF SCHIZOPHRENIA
The study of mental illness claims to analyze the prodromal state, as that prior to the symptoms of the disease itself. This position opens the instance of locating vulnerability as that prerogative that would indicate a horizon compatible, in this case, with schizophrenia. In the archaeological survey carried out by Germán Berrios of the pre-delusional states, he indicates that his inclusion in psychiatric reading began in the 19th century and that he was related to primary delirious. In turn, it divides those authors who understand it as a cognitive, affect, consciousness or motility disorder. However, the marked difficulty in clearly determining this prodromal phase may be the reason why it has become not visible for diagnosis in current glossaries (ICD-10 / DSM-5).

Keywords

Pre-delirious states - Vulnerability - Schizophrenia - Diagnostic manuals

El estudio de la enfermedad mental reclama analizar el estado prodrómico, como aquél anterior a la sintomatología propia de la enfermedad.

Esta posición abre la instancia de ubicar a la vulnerabilidad como esa prerrogativa que indicaría un horizonte compatible, en este caso, con la esquizofrenia.

Para comenzar con esta empresa, se recurrirá a Germán Berrios, que en su libro «*Historia de los síntomas de los trastornos mentales*» (Berrios, 2008) toma al estado pre-delirante y sus aspectos especiales (que caracteriza como un *caldo primordial* o una matriz patológica) para nombrar aquella previsualización de los posteriores síntomas esquizofrénicos.

En el rastreo arqueológico de este concepto, que comienza en el siglo XIX y que mantiene relación con los delirios *primarios*, el peruano, divide aquellos autores que lo comprenden como un trastorno cognitivo, del afecto, de la conciencia o de la motilidad. A saber:

Como trastorno de la cognición

Un componente esencial del estado pre-delirante es la cognición *incoada*, continente del germen de una pregunta a la que el sufrente intentará responder edificando su delirio. (Berrios, 2008, pp. 172) Este acto cognitivo percibe al mundo como ajeno, extraño o amenazante, que puede provocar tristeza, ansiedad o exigir un estado de sobrevigilancia, que conduce a un aumento gradual de la interpretación de ideas autorreferenciales o, en otras palabras, la confirmación de delirios. Un ejemplo de este modelo lo desarrolla el trabajo de Magnan y Sérieux sobre el delirio (Magnan, J. J. y Sérieux, P., 1995).

Como trastorno afectivo

Según Berrios, este es un enfoque muy abrazado a lo largo de la historia de la psiquiatría donde se subraya la fuente *afectiva* del estado pre-delirante. En él se contempla un efecto que altera el proceso cognoscitivo y propicia el contexto adecuado para la subsiguiente formación delirante. Bleuler entendía que, más allá de la desconfianza y de una predisposición individual, las *fuerzas catatímicas* (afecto) tiene un rol transformador que modifica profundamente las asociaciones y la lógica (Bleuler, 1969, pp. 178-179). Por su parte, Karl Jaspers entiende que la *Wahnstimmung* (atmósfera delirante) sugiere un humor particular y sentimientos psicasténicos. Ese estado, por más confuso y vago que se perciba, posee algunos elementos objetivos que

servirán como germen para la posterior experiencia de los delirios secundarios.

Kurt Schneider indica que frecuentemente existe un humor delirante, que precede a la percepción delirante como un campo preparatorio, es decir, una atmósfera que tiñe de extrañeza lo que aún no se define como algo significativo. Ahora bien, el estado de ánimo de esa atmósfera (*trasfondo*), puede no coincidir con el tono emocional presente en el delirio propiamente dicho (Schneider, 1997, pp. 70-71).

En línea con estos autores, esta corriente de pensamiento adquiere una expresión más precisa con Klaus Conrad, que entiende que «*La psicopatología es, en primer lugar y esencialmente, psicología aplicada, es decir, una disciplina parcial de la psicología. Lo que se encuentra en el fenómeno es preciso, en primer lugar, analizarlo psicológicamente*» (Conrad, 1997, pp.31) y continúa, apoyándose en K. Jaspers[i], que «*la fenomenología exige dar cuenta de todo fenómeno anímico, de toda vivencia que aparezca en la exploración del enfermo y de sus propias descripciones. En ningún caso debe uno darse por satisfecho con una impresión general y unos pocos detalles elegidos ad hoc, sino que es preciso saber de qué modo se puede comprender y juzgar cada detalle*» (Conrad, 1997, pp. 33).»

Por ello, en su obra *La esquizofrenia incipiente* (Conrad, 1997) se embarca en un análisis fenomenológico de las primeras fases de la esquizofrenia, aquellos eventos que pueden desencadenar la psicosis. Para el alemán, la esquizofrenia no contiene subtipos sino fases evolutivas de una misma enfermedad y cuya sintomatología dependerá de en qué fase se encuentre el paciente, señalando que la esquizofrenia puede detenerse en sus primeras fases cuando afecta muy precozmente al sujeto (hebefrenia), siendo la generalidad, que al menos, alcance la cuarta fase o fase de consolidación.

Las fases de la esquizofrenia según Conrad:

1. Fase de trema. o fiebre de candilejas, este estado podrómico se caracteriza por el sentimiento de presión, emoción intensificada similar al agobio que sienten los actores antes de salir a escena, usualmente el día del estreno. Se caracteriza por un aumento de la afectividad basal que puede alcanzar grados enormes de tormento y extrañeza, generalmente, con el colorido de la angustia, la desconfianza y el humor delirante cuya característica es la inminencia de que algo ocurrirá u ocurre, sin encontrar las palabras para poder expresarlo. Predomina el sentimiento de perplejidad y las extravagancias en la conducta. Esta fase, que raramente se reconoce como trastorno patológico conduce a una *pérdida de libertad*, donde el enfermo se siente rodeado de barreras e imposibilitado de poder moverse libremente en el campo, que finalmente es rechazado a un mundo que es sólo el suyo, y del que no puede salir (*retraimiento del mundo compartido*). «*Sólo al pasar por este punto crítico se abren las limitaciones, se aligera el campo de sus barreras y queda expedito el camino. Y con ello*

desaparecen inmediatamente la tensión específica y el trema, incluso en el caso de disminuir la autoestima, de derrota» (Conrad, 1994, pp. 321).

2. Fase de apofanía. (*revelación*), es la importancia central de la vivencia delirante primaria. El espacio exterior de pronto adquiere una tonalidad peculiar. Con ello el campo entra en una relación particular con el sujeto de la vivencia, que se convierte en el punto de referencia de esa significación (Anastrofé) y lo vuelve *el centro del mundo* (*consciencia anormal de significación*). Las cosas no serían las mismas, alteran su carácter, salen de su neutralidad y se destacan del fondo ya que se vivencian con una intensa alteración particular (Percepción delirante de K. Schneider)[ii]. Sin embargo, para que esta percepción delirante, en sentido estricto exista, es porque la apofanía lleva consigo una relajación de la coherencia de las percepciones y el predominio de las propiedades esenciales. Es decir, esta alteración específica del campo de la percepción debe concebirse como una especie de *desdiferenciación* de la estructura del campo y con ello el predominio de las propiedades esenciales que se erige como uno de los signos más importantes de la *protopatía del rendimiento*.

Al estado de ánimo fundamental característico de la fase de trema, se superpone una influenciabilidad extraordinariamente intensa del estado de ánimo por el campo que rodea al sujeto. Allí donde el entorno externo, el campo situacional que incluye todas las cosas, tiene una importancia tan decisiva en el delirio. Este vivenciar, obtiene la característica de extenderse a todas las formas intencionales imaginables, desde el percibir sensible al representar, en un modo de experiencia que da a todo fenómeno un nuevo matiz. Tanto es así en el mundo circundante, que el espacio interior también se tiñe de una característica particular, a saber, *La difusión del pensamiento* es la otra cara de la percepción delirante. De ahí que al abrirse de la significación del mundo externo le incumbe el abrirse de los objetos del mundo interior, dando una comunicación entre tales dimensiones. *La inspiración*, todo lo que emerge en forma de ocurrencias aparece a la luz de la significación anormal. Estrecha ligazón con estos fenómenos, tiene *la sonorización del pensamiento* «*voces*», ya que surgen de ellos. Las voces, son oídas, es decir percibidas y por tanto corresponden a un trastorno de la percepción. Asimismo, la referencia cenestésica, que incluye los movimientos voluntarios e involuntarios, contiene una extraña tonalidad que hace a tales movimientos como *fabricados*, surgidos de una influencia exterior y dirigidos artificialmente.

3. Fase de apocalipsis. Como factores esenciales, las vivencias de la propia corporalidad con una particular intensidad. Se llega a una desintegración donde se pierde la continuidad de la propia corporalidad. Esta corporalidad alterada de modo apocalíptico resulta como fondo de vivencias del tipo:

yo ya no soy yo, o bien, la conciencia de estar muerto[iii]. Las manifestaciones verbales en esta fase contienen un estilo de comportamiento puramente formales, que no son aplicables en relación a su atributo de sentido.

Tras esta fase, Conrad encuentra el punto crucial de la psicogénia de la esquizofrenia. A saber, la conclusión donde obtiene su dinámica el delirio: «La psicosis delirante no sería, pues, más que un arreglo (en el sentido de Adler), una realización de deseos, aun cuando irreal, en el campo de la ficción, una especie de soñar despierto» (Conrad, 1997, pp. 236).

Éstos tres conceptos mencionados hasta aquí, forman el curso fásico del brote esquizofrénico; que puede fijarse en estados permanentes y caracterizando el estado terminal esquizofrénico como *paranoide* o *catatónico*.

4. Fase de consolidación. Al comenzar la consolidación, las vivencias son revaloradas en el sentido de la finalidad; transformadas en su valoración o falseadas. La psicosis arrastra a una radical *autodesvalorización* al desencadenarse el delirio y aquí, en la fase de consolidación, se produce una *autorrevalorización* compensadora.

Esta reestructuración da lugar a un cambio en la autopercepción, ya no será el enfermo el centro del mundo, sino, que su muda lo coloca como parte insignificante de un mundo que sigue su curso sin más. Por otra parte, a la par de la capacidad del sufriente de, al menos, poner en duda las afirmaciones que sostenía en la fase más productiva de su apofanía; cursa paralelamente una fijación a estas temáticas que resiste abandonar completamente.

5. El estado residual. El argumento frente a la concepción de la psicogénia de la psicosis esquizofrénica es el hecho de que estas no remiten *ad integrum*, sino que suelen mantener un residuo que no necesariamente tiene relación con los contenidos desplegados en las fases del brote.

La insuficiencia de la fuerza de voluntad, la incapacidad de decisión y la debilidad de concentración, destacan junto a la reflexión y la exagerada atención a todos los objetos de rodean en el campo, que parecen ser una reliquia de la vivencia apofánica, ahora, sin ya delirio. Lo que se observa aquí, es una marcada pérdida residual del impulso.

Un hecho que puede constatarse en Conrad y en la práctica clínica, es que incluso en quienes la psicosis cede en su sintomatología más florida y el individuo incluso es capaz de criticar su delirio, no es tan común de esperar un *insights* con respecto a ese estado. Pasado este momento, en lo indicado como estado residual, a los pacientes no les resulta grato hablar ni recordar los elementos que caracterizaron la fase apofánica, minimizándolo o disimulándolo. Esto pone de relieve que lo que el sufrien-

te desea ocultar no es el delirio sino *las causas del mismo*.

El análisis diacrónico de las etapas del desarrollo de la esquizofrenia, incluyen un primer estado pre-psicótico, de naturaleza predominantemente afectiva, como matriz patológica del delirio (*Trema*), que le acontece el despliegue del delirio propiamente dicho (fase de *Apofanía y Anastrofé*), con la presencia de la catatonía y de otros síntomas (fase de *Apocalipsis*) para desembocar en la de *Consolidación* y el *Estado Residual*.

Finalmente, Berrios (Berrios, 2008, pp. 176) ubica a Charles Blondel en este grupo, al que reconoce como el autor más original y menos conocido en la psiquiatría anglosajona. Blondel plantea un modelo en el que el delirio se origina en un estadio anterior, predelirante, cuya expresión adquiere una forma de *cénesthésie viscerale* personalizada. Estos patrones estables y personalizados de información propioceptiva brindan el antecedente vivencial de la conciencia humana.

En *estado normal* los humanos confluyen en una conciencia colectiva (*conscience socialisée*) que suspende las individuales *cénesthésies*. El comienzo del trastorno se inicia en un aumento de la propia *cénesthésie* que provoca un retraimiento del mundo socializado por no encontrar equivalencia de esa experiencia en la conciencia colectiva. Ese estado de cosas habilita una afeción inquietante (*conscience morbide*) o estado predelirante que desemboca en dos posibilidades, a saber, seguir experimentándola con ansiedad e inquietud inexplicable, o bien, tomar el discurso compartido e intentar describirla (lo que logra que el delirio porte material reconocible por otros), pero que finalmente fracase en dicho cometido, puesto que es fallida (*manqué*) la función referencial de tal contenido.

Como trastorno de la conciencia

Aquí, la desorganización de la cognición y el afecto alcanzan un prometedor desarrollo de los estados predelirantes en los trastornos de la conciencia. Por ejemplo, las deficiencias en la facultad de vigilancia trastocan la forma de captación, organización y rememoración de la información que se tiene del mundo, el cuerpo o de sí mismo.

Autores como Manuel Cabaleiro Goas, han expresado la importancia del trastorno de la conciencia en el estado predelirante. La experiencia afectiva, que la mayoría de los casos se enmarca en el humor delirante, siempre se emparenta a una insuficiencia basal de la conciencia (*hipotonía de la conciencia*), que se erige como predominante en todos los casos. Es decir, el humor delirante evidencia más un trastorno profundo de la conciencia que la percepción de algo extraño[iv].

Llopis, Bartolomé; propuso que las psicosis producen ansiedad o euforia, cuyas sensaciones somáticas, son percibidas como experiencias. A su vez, estos cambios pueden alcanzar el contenido, el nivel y la estructura de la conciencia, que conlleva una pérdida en la organización cognitiva de su mundo. Llopis cuestionó la distinción entre delirio primario y delirio secundario, ya que los consideró como polos de un *continuum*. Todo delirio es

incomprensible, surgido de cambios somáticos, cuyo contenido carece de importancia.

Este estado predelirante, Henri Ey lo emplaza como el reflejo de un trastorno de la conciencia. Según el francés, el estado predelirante varía en frecuencia y duración y se caracteriza por manifestaciones provenientes de cambios físicos (nerviosismo, insomnio, experiencias hipnagógicas, irritabilidad, trastorno del ánimo, falta de estabilidad psicológica, inquietud, agitación, anorexia, amenorrea, trastornos vasomotores y digestivos y signos neurológicos leves). La predisposición o reorganización que representa el trastorno de la conciencia es el campo fecundo para la formación delirante, que a decir de Ey, se caracteriza por a) pasividad (la conciencia del sujeto queda dominado por el delirio); b) el *per vecu* (la experiencia privada de habitar, en soledad, un estado delirante); c) ser un aspecto profundo de “estar volviéndose loco”.

Si bien Berrios agrupa a estos autores (Berrios, 2008, pp. 179) como aquellos que ubican a los trastornos de la conciencia como esenciales para el despliegue del estado predelirante, la diferencia entre ellos, es en la definición de la conciencia. Por ejemplo, Lange proponía una hipertrofia de la conciencia como antecedente de la apercepción delirante y, por otro lado, Llopis y Ey, vieron al trastorno de la conciencia como una dislocación de estructura.

Como perturbación de la motilidad

La perplejidad ante el asombro por lo inefable de su experiencia es transmitida a los otros, no solo verbalmente, sino desde la motilidad y la estereotipia.

Gustav E. Störing, tomaba a la perplejidad (*Ratlosigkeit*) como un estado doloroso que desaparecía cuando el sufriente lograba encontrar el delirio que responda a tal sentimiento. La ansiedad primigenia generada por la enfermedad es el núcleo de dicha perplejidad. Störing se enfocó en el estudio de las posturas y el trastorno motor característico de la perplejidad que comparó con la descripción darwiniana de los estados de sorpresa y estupefacción.

Por su parte, J. MacCurdy, describió a la perplejidad como un proceso de dos etapas: la estupefacción subjetiva seguida de un retraso excesivo y de estupor. Esta perplejidad será la fuente de la formación del delirio.

Dichos autores sostenían que la perplejidad es un indicador cardinal de la esquizofrenia en sus estadios tempranos.

En conclusión, estas caracterizaciones del estado predelirante, que de manera expositiva fueron separadamente mencionadas para evidenciar que responden a diferentes corrientes de pensamiento, se presentan revueltas en la experiencia, dando como resultado un aparecer primitivo, con un curso indiferenciado e inefable; cubierto por un estado de ánimo de misterio y desconocimiento.

Para Berrios (Berrios, 2008, pp. 181), la sucesiva formación de-

lirante lejos está de alcanzar similitud con el estadio predelirante, ya que la cristalización del delirio no se puede comprender desde el proceso de formación. Sin embargo, una afirmación posible acerca del delirio es que puede describirse como un *acto lingüístico vacío*, es decir, que se ha vaciado de toda la información que orienta al origen de su formación. El contenido del delirio cristalizado está inscripto en un discurso diferente y refleja particularidades personales pero que conforman un cuerpo extraño sin ligazón con la formación. Su contenido es una porción azarosa de información que queda fijada al momento de cristalización del delirio.

Así, la marcada dificultad de determinar con claridad esta fase prodrómica, puede ser la causa de que se haya vuelto no visible para el diagnóstico en los actuales glosarios. Por ejemplo, en su décima versión, el CIE, añadió los síntomas del pródromo esquizofrénico dentro del grupo de trastorno esquizotípico. A su vez subraya, en las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia, que al trazar una línea retrospectivamente puede surgir una fase prodrómica en la cual ciertas señales o conductas anteceden al inicio de los síntomas psicóticos semanas o meses atrás. Sin embargo, se agrega la dificultad que aparece al delimitar temporalmente el inicio de la enfermedad, lo pautado como de duración de ese período se refiere exclusivamente a síntomas específicos[v] y no a cualquiera de los que aparecen en la fase prodrómica no psicótica. Por su parte, el *Síndrome de psicosis atenuada* es una nueva propuesta de categoría nosológica formulada por el grupo de trabajo de los trastornos psicóticos del DSM-5 y que es incluida dentro del apartado “Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico” (F28) del manual de la APA (APA, 2014, pp. 122). Sin embargo, el comité elaborador determinó que la evidencia era insuficiente como para justificar la inclusión de estas propuestas en la sección II como diagnósticos oficiales de los trastornos mentales. Aclaran que no se pretende que estos conjuntos de criterios propuestos sean de uso clínico, sólo los conjuntos de criterios y trastornos que aparecen en la sección II del DSM-5 están reconocidos oficialmente y se pueden utilizar con propósitos clínicos (APA, 2014, pp. 783).

NOTAS

[i] *En la práctica del conocer, necesitamos diversos métodos en el mismo momento. En el conocimiento científico los separamos en tres grupos, y con ellos las especies básicas de los contenidos del conocer: la aprehensión de los hechos típicos particulares, la exploración de las relaciones, la captación de las totalidades.*

1. *Aprehensión de los hechos típicos particulares. Desde la corriente viva de la realidad del alma se nos presentan los hechos típicos particulares. Innumerables, se ordenan en algunos grupos fundamentales distintos según el método de nuestra aprehensión.*
2. *El primer paso para la captación científica de lo psíquico es un tamizar, limitar, distinguir y describir determinados fenómenos ex-*

- perimentados, que son así claramente representados y llamados regularmente con un término preciso. Así describimos tipos de percepciones engañosas, de vivencias delirantes, de procesos obsesivos, los tipos de la conciencia de la personalidad, de los instintos, etc. Aquí hacemos total abstracción del origen de los fenómenos, de la independización de los mismos, de las nociones teóricas sobre sus basamentos, nos dirigimos sólo a lo realmente experimentado. La descripción de las vivencias y de los estados psíquicos de su diferenciación y de su establecimiento, de modo que se pueda significar lo mismo siempre con los conceptos, es la tarea de la fenomenología.
3. Lo que es representado en fenomenología lo sabemos sólo indirectamente por las autodescripciones de los enfermos, que interpretamos por analogía con nuestros propios modos de experiencia. Esos fenómenos se llaman subjetivos en oposición a los objetivos, que son directamente mostrados en sus existencias. Los fenómenos objetivos los percibimos, pero de manera fundamentalmente diversa: como manifestaciones somáticas concomitantes (...)
4. Exploración de las relaciones (comprender y explicar). La fenomenología nos da una serie de fragmentos de lo psíquico realmente vivenciado. La psicología funcional, la psicología somática, la psicología de la expresión, los actos y mundos de los enfermos y sus manifestaciones mentales muestran siempre otro tipo de hechos. Preguntamos en qué relaciones están todos ellos. En algunos casos comprendemos cómo lo psíquico surge con toda evidencia de lo psíquico (...) En fenomenología imaginamos cualidades individuales, estados individuales considerados estables, comprendemos estáticamente; aquí captamos el desasosiego de lo psíquico, el movimiento, la relación un proceder separadamente; comprendemos genéticamente (psicología comprensiva). Pero no sólo los fenómenos subjetivamente experimentados, sino también lo psíquico visto directamente en la expresión, luego los hechos y manifestaciones, los actos y el mundo de los enfermos - percibido todo al comienzo estáticamente - lo comprendemos en tales relaciones genéticas. (...) El corte longitudinal de lo psíquico no puede ser comprendido genéticamente de modo más o menos completo, tiene también que ser explicado causalmente, como objetos científiconaturales, a los que no se ve "desde dentro", en oposición a los psicológicos, sino sólo "desde afuera".
5. Capacitación de las totalidades. Toda investigación distingue, separa, toma un algo singular e individual como objeto y busca en ello lo general. (...) No se puede derivar el todo de los elementos (mecanismos), ni los elementos del todo (hegelianismo). Más bien hay una polaridad: se debe ver el todo a través de los elementos, los elementos desde el todo. No existe el camino de la síntesis comprensiva del todo por los elementos, ni el camino de la derivación comprensiva de los elementos desde el todo, sino que existe el círculo. Jasper K. (1993) *Psicopatología general*, México: FCE. pp. 33-37.
- [ii] Apofanía y anastrofé se correlacionan como objeto y sujeto, como el «yo» y el objeto. Mientras que la apofanía designa la alteración del mundo y de sus objetos en sus relaciones con el sujeto, la anastrofé es la forma en que el «yo» se manifiesta a sí mismo, es decir, como centro del «mundo». Nosotros concebiríamos esta relación con una ley que quedaría expresada en esta frase: siempre que exista una vivencia apofánica, el «yo» se debe transformar a la vez anastroficamente, e inversamente, siempre que aparece una vivencia anastrofíca, aunque sólo sea de modo inicial, también los objetos se modifican de modo apofánico (...) Los dos conceptos no son, pues, más que las dos caras de una misma cosa, a saber, del cambio de estructura específico - precisamente esquizofrénico - de la vivencia. Conrad, K. (1997). *La esquizofrenia incipiente. Ensayo de un análisis gestáltico del delirio*. Fundación archivos de neurobiología. pp. 168.
- [iii] «La forma catatónica de la esquizofrenia no se debe clasificar al lado de la forma paranoide. Fenomenológicamente, es decir, a partir de las vivencias del enfermo, representa una profundización de los grados vivenciales apofánicos que predominan en ésta. De aquí viene el que casi nunca aparezca una destrucción apocalíptica de la estructura (en el sentido de la catatonía) sin que se haya pasado antes por una fase apofánica, por muy corta que sea, que puede presentar todos los signos de una psicosis paranoide» Conrad, K. (1997). *La esquizofrenia incipiente. Ensayo de un análisis gestáltico del delirio*. Fundación archivos de neurobiología: Madrid. pp. 233.
- [iv] «Lo que en la clínica psiquiátrica podemos denominar esquizofrenias son: 1º, unos síndromes psicóticos, polimorfos y heterogéneos, de etiopatogenia somatósica —no unitaria, sino múltiple y complicada—, cuyo trastorno fundamental psicopatológico reside en una específica "alteración de la actividad del Yo", que se expresa a través de unos síntomas considerados por ello primarios, ante los que el hombre que los vivencia adopta una "actitud" sui generis; 2º, que aunque tienen estas psicosis un curso evolutivo variable, en todo caso conducen a un mayor o menor déficit psíquico permanente de la personalidad, mostrando el hombre que las sufre una estructura psicótica compleja, fuertemente influenciada por los factores individuales y personales; y 3º, un 'modo de existencia', 'forma de vida' o 'modo de estar enfermo' que revela la profunda y amplia transformación que este proceso provoca en la persona y en el mundo, del hombre que lo padece, en la total estructura de su ser, y que tiene su más fiel expresión en una específica y singular "mutación existencial", como consecuencia de una "crisis creencial" intensa, que ha de llevarle a establecer una 'nueva concepción del mundo' definitiva y permanente» (Cabaleiro Goas, 1961, pp. 116).
- [v] «Trastorno esquizotípico: Trastorno caracterizado por un comportamiento excéntrico y anomalías en el pensamiento y la afectividad que se parecen a las vistas en la esquizofrenia, aunque no se producen en ningún momento las anomalías esquizofrénicas características y definitorias. Los síntomas pueden incluir afectividad fría o inapropiada; anhedonia; comportamiento raro o excéntrico; tendencia al retraimiento social; ideas paranoides o extrañas que no llegan a ser delirantes; rumiaciones obsesivas; trastorno del pensamiento y alteraciones de la percepción; episodios ocasionales y transitorios casi psicóticos con ilusiones intensas, alucinaciones auditivas o de otro tipo, e ideas similares a las delirantes, que normalmente se producen sin provocación externa. No hay un comienzo definido y la evolución y el curso, por lo general, son la de un trastorno de personalidad.» (World Health Organization, 2000, pp. 77).

**BIBLIOGRAFÍA**

Berrios, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales.*

La psicopatología descriptiva del siglo XIX. FCE.

Bleuler, E. (1969). *Afectividad, sugestibilidad, paranoia.* Murata.

Cabaleiro Goás, M. (1961). *Concepto y delimitación de las psicosis esquizofrénicas.* Paz Montalvo

Conrad, K. (1994). Esquizofrenia incipiente. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 14(49), 319 - 328.

Conrad, K. (1997). *La esquizofrenia incipiente. Ensayo de un análisis gestáltico del delirio.* Fundación archivos de neurobiología.

Magnan, J. J. y Sérieux, P. (1995). Delirio crónico. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, VI, 310-320.

Schneider, K. (1997). *Psicopatología clínica.* Fundación archivos de neurobiología.

World Health Organization (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.* Editorial Médica Panamericana.