

INVESTIGACIÓN

EASE: EXAMEN DE ANOMALÍAS SUBJETIVAS DE LA EXPERIENCIA (DESÓRDENES DEL *SELF*)

(Rev GPU 2011; 7; 4: 439-467)

Josef Parnas^{a, d}, Paul Møller^b, Tilo Kircher^c, Jørgen Thalbitzer^a, Lennart Jansson^a, Peter Handest^a, Dan Zahavi^d

(Traducción: Otto Dörr y Leonor Irarrázaval)

El Examen de Anomalías Subjetivas de la Experiencia (la sigla en inglés EASE significa en castellano FACILIDAD), es una lista de verificación de síntomas para la exploración fenomenológica semi estructurada de anomalías *subjetivas* o *experienciales* que pueden ser consideradas como desórdenes de la autoconciencia básica o “mínima” (*self-awareness*). El EASE fue desarrollado en base a las auto-descripciones obtenidas de pacientes con desórdenes del espectro esquizofrénico. La escala tiene gran relevancia diagnóstica, descriptiva y de diagnóstico diferencial en el marco de los desórdenes del espectro esquizofrénico. Esta versión contiene aspectos específicos de la entrevista, e ítems con descripciones psicopatológicas (Manual), una hoja de registro (Apéndice A), una lista recordatoria de los ítems para usar durante la entrevista (Apéndice B) y una lista de comparación de los ítems EASE/BSABS (“Bonner Skala für die Beurteilung von Basis-Symptomen”) (Apéndice C).

^a Departamento de Psiquiatría, Hospital de Hvidovre, Universidad de Copenhague, Copenhague, Dinamarca.

^b Unidad para la Investigación y Desarrollo de la Salud Mental, División de Psiquiatría, Hospital de Buskerud, Lier, Noruega.

^c Departamento de Psiquiatría, Universidad de Aquisgrán, Aquisgrán, Alemania.

^d Fundación de Investigación Nacional de Dinamarca, Centro para la Investigación de la Subjetividad, Universidad de Copenhague, Copenhague, Dinamarca

Traducción: Dr. Otto Dörr. Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Chile en el Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz”. Email: odoerrz@gmail.com; Leonor Irarrázaval. Psicóloga Clínica. Doctora (c) en Psicoterapia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Becaria CONICYT. Email: leonor.fidelio@gmail.com

Los términos y los conceptos son explicados bajo cada sección y cada ítem.

METAS Y POBLACIÓN OBJETIVO

El EASE se enfoca en las anomalías de la experiencia subjetiva que parecen reflejar desórdenes de la autoconciencia. Esta escala es descriptiva desde el punto de vista fenomenológico y el propósito de la descripción es predominantemente cualitativo, esforzándose por lograr una descripción detallada de los fenómenos que tienen en común un sentido de alguna manera deformado de la perspectiva en primera persona, es decir, un desorden o una deficiencia en el sentido de ser un sujeto, un centro auto-coincidente de acción, pensamiento y experiencia¹.

La escala está diseñada principalmente para condiciones del espectro esquizofrénico, pero no puede ser utilizada por sí sola como instrumento diagnóstico (los desórdenes del *self* no son enumerados en las listas del DSM-IV ni del CIE-10 como cruciales para el diagnóstico, ni incluso como características importantes de la esquizofrenia; la desrealización y la despersonalización son mencionadas como características no esenciales de la esquizotipia). El EASE no cubre todas las potenciales anomalías de la experiencia, sino que se centra solamente en los desórdenes del *self* (en contraste con el BSABS [“Bonner Skala für die Beurteilung von Basis-symptomen”] [Gross *et al.*, 1987], por ejemplo, los desórdenes perceptivos no son explorados).

DESARROLLO DEL EASE

El desarrollo del EASE fue motivado originalmente por el trabajo clínico en la unidad diurna y estacionaria de cuidado para pacientes en primera admisión en el Departamento Universitario de Psiquiatría del Hospital de Hvidovre (durante un periodo de cuatro años, aproximadamente un total de 100 pacientes fueron entrevistados consecutivamente por J.P. y L.J.). El propósito principal fue explorar y comprender mejor las manifestaciones experienciales y del comportamiento del autismo esquizofrénico (Parnas y Bovet, 1991). Una observación notable fue que la mayoría de los pacientes reportó un persistente vacío de la identidad desde largo tiempo o más recientemente la ocurrencia de sensaciones de autotransformación. Dos estudios independientes, no controlados, conducidos casi simultáneamente en Dinamarca y en Noruega, confirmaron de manera sistemáti-

ca estas impresiones (Parnas *et al.*, 1998; Møller y Husby, 2000). Un estudio reciente de 151 pacientes en primera admisión con diferentes diagnósticos demostró que los desórdenes del *self* constituyen elementos importantes de la esquizofrenia y de la esquizotipia (Parnas y Handest, 2003; Handest y Parnas, 2005). Otro estudio, separado, mostró que los desórdenes del *self* (registrados a lo largo del ciclo vital) diferencian entre la esquizofrenia *residual* y la enfermedad bipolar con *psicosis* en remisión (Parnas *et al.*, 2003). Los análisis más recientes muestran que los desórdenes del *self* también se presentan en cuadros del espectro esquizofrénico (esquizofrenia y esquizotipia) identificados en un amplio estudio genético de familias (Parnas *et al.*, en preparación). Para resumir, el origen del EASE fue en gran medida clínico-fenomenológico, se basó en muchas entrevistas con pacientes portadores de una esquizofrenia incipiente y/o del espectro esquizofrénico, y se amplió posteriormente por medio de la recolección sistemática de datos empíricos de varias muestras citadas más arriba.

También fuimos inspirados e influenciados por las descripciones psicopatológicas clásicas de estos sutiles fenómenos patológicos, como por ejemplo los trabajos de Pierre Janet, Hans Gruhle, Joseph Berze, Eugène Minkowski, y Wolfgang Blankenburg. Debemos una inspiración importante al grupo de investigación alemán de Gerd Huber, Gisela Gross, Joachim Klosterkötter, Frauke Schultze-Lutter, y a sus colegas, quienes fueron los pocos psiquiatras científicos modernos que tomaron en serio la experiencia subjetiva del paciente y la estudiaron de manera sistemática. Conocíamos la noción de Huber de los “síntomas básicos” desde finales de los años 80, y el BSABS se tradujo entero y se publicó en danés en 1995. Hay algunos traslapes naturales con el BSABS, especialmente en el dominio de los desórdenes cognitivos, cenestesias y otros ítems individuales. En estos casos, los números originales de los ítems del BSABS son dados entre paréntesis después del nombre del ítem. Sin embargo, es importante escudriñar cuidadosamente las definiciones, porque éstas *no son* por lo general del todo idénticas. Nuestra propia aproximación clínico-psicopatológica está muy influenciada por la aproximación husserliana de la fenomenología (Parnas y Zahavi, 2002; Sass y Parnas, 2003).

PAUTAS GENERALES PARA CONDUCIR LA ENTREVISTA

Dificultades intrínsecas de la entrevista

Las experiencias que se fijan aquí como objetivo son a menudo tan extrañas para el paciente que nunca se

¹ No obstante, existe la posibilidad de calificar la frecuencia e intensidad de la experiencia anómala.

las ha comunicado a otra persona. Con frecuencia, los pacientes no se las han mencionado ni siquiera a los confidentes más cercanos. Las experiencias pueden ser *efímeras*, bordeando incluso lo inefable. *No son* como objetos materiales que uno pudiera “sacar de su cabeza” y describirlos como si se tratara de *cosas* con determinadas propiedades, o redescibir la experiencia en diferentes ocasiones exactamente con los mismos términos. El paciente puede quedarse corto de palabras para expresar su propia experiencia. Una razón de esto, es que muchas de estas experiencias poseen una cualidad “prerreflexiva” (*prerreflective*). No son explícitas en el foco de atención temática sino que constituyen más bien el trasfondo general de la conciencia. Además, un paciente puede tener éxito en *una ocasión* en describir su experiencia anómala mediante una llamativa y pertinente metáfora, la que por alguna razón no estará más disponible en ocasiones posteriores en consecuencia, en estas ocasiones posteriores, el paciente dará sólo descripciones vagas (NOTA: No tenemos información empírica sistemática sobre estos aspectos). El predicamento del paciente puede ser comparable con intentar describir su estado propioceptivo global. Además, las distorsiones de la autoconciencia minan la capacidad del paciente para hablar de sí mismo. Como se mencionó antes, muchos pacientes consideran sus experiencias como *algo privado* (en contraste con las alucinaciones auditivas vistas como conocimiento común), y por lo tanto, ellos consideran estas experiencias como algo vergonzoso, “inhumano” o profundamente perturbador.

Uso de la metáfora

Los pacientes emplean metáforas para describir lo que experimentan; éste es también el caso de las personas sanas; se trata de un proceso universal. Una metáfora se define generalmente como la transferencia del significado desde un dominio conceptual a otro, como en la expresión: “la vida es un viaje” (el concepto de vida se hace significativo por la apelación a un viaje, algo perteneciente a otro dominio). En el contexto de una entrevista psiquiátrica, una metáfora *no debe* ser vista como “sólo una metáfora” o “sólo como una manera de decir” que por alguna razón, distorsionada o convencionalmente, representa una experiencia anómala subyacente (más verdadera o auténtica; vale decir, una metáfora no sólo es un *significante* (signo), distinto de, y contingentemente adjunto al contenido *significado* (*signifié* = el significado del signo). Al contrario, el caso es más bien como sigue: una experiencia (no- o pre-lingüística), en particular del tipo prerreflexiva, es progresivamente conceptualizada, es decir, transformada en

un formato conceptual (lingüístico), para ser aprehendida por el sujeto reflexivo (*reflecting subject*), tematizada y comunicable a los otros. La metáfora debe ser vista aquí como un aspecto funcional básico de este proceso de simbolización, donde opera como vehículo o medio lingüístico a través del cual la experiencia primero se articula a sí misma y así llega a ser reflexivamente accesible. La metáfora es, por lo tanto, la primera etapa del proceso de hacer que una experiencia pre-lingüística o prerreflexiva llegue a ser explícitamente accesible para uno mismo y para los otros. La elección de la metáfora está ligada a la naturaleza de la experiencia de un modo no contingente, es decir, *la experiencia y la metáfora no son del todo independientes*.

NECESIDADES

Para transmitir a otra persona el tipo de experiencia aquí investigado es necesaria una cierta intimidad entre el entrevistador y el paciente así como la necesidad de parte del paciente de hacer un esfuerzo para explorar su propia mente o de reflexionar sobre su propia experiencia. Es por lo tanto obligatorio tratar de establecer una relación neutral, pero cuidadosa con el paciente, e idealmente ofrecerle la posibilidad de actuar como un compañero en una exploración compartida y mutuamente interactiva. No importa lo poco común o bizarras que le puedan parecer las experiencias reportadas al entrevistador, él debe mantenerse neutral, en calma, con una actitud de preocupación e interés moderados, y transmitir tácitamente al paciente que él está familiarizado con el tipo de psicopatología a explorar, lo que habitualmente tiene un impacto muy positivo en la relación. El entrevistador *nunca* debe adoptar una postura curioso-voyerista donde el paciente se encuentre como un espécimen de patología, ni tampoco una actitud de enjuiciamiento o valoración. Aquí se está hablando de *cómo* el paciente se experimenta a sí mismo y a su mundo, y no de una “realidad” o “morbilidad” objetiva y/o prescrita por el médico de estas experiencias. Desde la perspectiva del paciente, se trata de sus experiencias y son, por lo tanto, irrefutablemente *reales para él como experiencias*, aunque no siempre se acompañan de creencias específicas y explícitas sobre sus causas o su naturaleza (ver el tipo de experiencias “como sí”).

Los pacientes hostiles, agresivos, muy suspicaces, o los que se caracterizan por una indiferencia emocional severa, requieren de un esfuerzo extraordinario de parte del entrevistador para evitar la disimulación o la reticencia, y comprometer al paciente con la entrevista. *Los pacientes agudos, severamente psicóticos, con una*

distorsión global de la atención y la cognición, no deben ser entrevistados en tal etapa. Se debe esperar mejoría clínica antes de llevar a cabo la entrevista. Es probable que los pacientes con retardo mental no puedan dar una información confiable, aunque el EASE no se ha probado con muestras de pacientes retardados.

CONDUCCIÓN DE LA ENTREVISTA

La entrevista debería realizarse idealmente de manera semi-estructurada. Esto requiere que el entrevistador esté íntimamente familiarizado con la lista de verificación y con sus distinciones. *La fuente más frecuente de falta de confiabilidad es la carencia de familiaridad con tales distinciones.* Una entrevista totalmente no-estructurada también tiende a disminuir la confiabilidad.

Se permite proponer a los pacientes ejemplos de experiencias patológicas, pero es siempre necesario verificar la presencia del ítem de experiencia investigado pidiendo al paciente que describa en forma detallada, en sus propias palabras, por lo menos un ejemplo concreto. *Nunca anote un simple "sí" a una pregunta como respuesta confirmatoria.*

En la situación ideal, que es sólo aproximadamente posible, la entrevista consiste en una *reflexión mutuamente interactiva entre médico y paciente*: el entrevistador plantea una pregunta, el paciente intenta responder, después el entrevistador quizás reformula la respuesta proponiendo un ejemplo, y el paciente lo corrige proporcionando otro ejemplo propio y con sus propias palabras.

El entrevistador intenta capturar las características esenciales de la experiencia en cuestión con pruebas adicionales y variación imaginativa; esto significa que el entrevistador, en su investigación y sus intentos de representar la experiencia del paciente, puede cambiar algunos aspectos de ella y conservar otros, a modo de quitar de la experiencia sus características accidentales y contingentes. El propósito es aprehender las características que son *esenciales* para este tipo de experiencia (por ejemplo, las diferencias esenciales entre el pensamiento forzado y la rumiación). Con todo, es importante reconocer los límites de este proceso de objetivación. Si es presionado excesivamente por el entrevistador, el paciente puede encontrar de pronto que el tópico de la conversación ha cambiado de alguna manera, derivando hacia algo bastante diferente de la pregunta y exploración originales. Además, las experiencias subjetivas patológicas nunca se presentan aisladas ni sólo deformadas, sino que se encuentran siempre insertas en la comprensión que el paciente tiene de sí mismo, lo que en última instancia exige del psi-

quiatra la exploración de su significado subjetivo y de su enacción existencial; en otras palabras, la aplicación de una aproximación hermenéutica. De este modo, si están siendo exploradas las conexiones potenciales entre diferentes experiencias (por ejemplo, "¿qué lo motivó a usted a estudiar matemáticas?" [digamos que el entrevistador está intentando establecer si la intolerancia a la ambigüedad ha desempeñado un papel]), entonces es esencial que la investigación sea hecha con preguntas abiertas y con las respuestas se intenten validar mediante descripciones ricas, detalladas y lo más espontáneas posibles por parte del paciente. Es recomendable grabar la entrevista en audio o video para propósitos de documentación y posiblemente para los chequeos de re-examen y confiabilidad.

SECUENCIA DE LOS DOMINIOS E ÍTEMS

El EASE nunca debe ser usado como el primer componente de la entrevista porque una relación próxima con el paciente es crucialmente importante. Comience con una *entrevista social* detallada, que es fácil, primero porque se refiere a hechos y segundo porque a la mayoría de las personas les gusta hablar de sí mismas y de sus vidas. Permita que el paciente hable libremente, pero con límites; de otro modo la entrevista resultaría interminable. Una entrevista social proporciona una imagen básica de la psicopatología, como por ejemplo patrones de funcionamiento interpersonal (patrones de comportamiento a través de las distintas edades, aislamiento, inseguridad, suspicacia, sexualidad), logros educativos, estabilidad laboral, tenacidad, flexibilidad, capacidad para tomar decisiones, inclinaciones profesionales, o intereses para el tiempo libre. La cuestión de con cuál parte del EASE se debe comenzar debe ser determinada por el contexto. La secuencia actual de los ítems del EASE está motivada por cuestiones técnicas de la entrevista más que por consideraciones teóricas.

Como regla, es más fácil comenzar con la sección "flujo de conciencia" y preguntar inicialmente por la capacidad para concentrarse, memorizar, pensar y hacer planes; después continuar con preguntas más específicas sobre fenómenos anormales (por ejemplo, bloqueo del pensamiento y pensamiento forzado). Estas preguntas introductorias tienen un "aura" médica o neurológica bastante neutral, permitiendo así sondear y extenderse gradual y progresivamente hacia los dominios con mayor resonancia emocional. *En lo posible*, es importante recoger el máximo de información relevante al explorar el ítem en cuestión, en lugar de volver a él en otras ocasiones (lo que prolonga la sesión y puede provocar una impresión desfavorable en el paciente).

Si el entrevistador detecta una buena cooperación, las preguntas del EASE se pueden introducir ya en momentos apropiados durante la entrevista social (por ejemplo, si los pacientes hablan de sus problemas en la escuela, puede resultar natural explorar las posibles disfunciones cognitivas). No obstante, el entrevistador debe procurar siempre cubrir adecuadamente todas las secciones del esquema EASE (siempre tenga el Apéndice B enfrente de usted).

Si el EASE es parte de un plan de entrevista más amplio, es recomendable realizar dos sesiones separadas por una pausa o en dos días distintos. La duración promedio de una entrevista EASE es de 90 minutos aproximadamente.

Periodo cubierto. Esto varía según el propósito del estudio, y la exploración puede cubrir desde un periodo de 2 semanas hasta la totalidad del ciclo de vida. Este último es importante para una evaluación completa de los desórdenes del *self*, los que tienden a disminuir en frecuencia hacia las etapas avanzadas de la enfermedad.

PUNTUACIÓN

Los ítems que no se preguntaron o que no fueron contestados deben ser dejados en blanco (ninguna información). Si no es así, la puntuación de la frecuencia/severidad sigue las reglas entregadas más abajo en el Apéndice A. Por razones prácticas hemos simplificado los puntajes de frecuencia y de severidad a un puntaje combinado unidimensional. Las clases de experiencias-objetivo del EASE que solamente *aparecen en asociación* con experiencias psicóticas deben ser registradas separadamente en la hoja de registro (Apéndice A).

TRAINING

El entrevistador debe poseer con anterioridad buenas habilidades para entrevistar, conocimiento detallado de psicopatología en general y de las condiciones del espectro esquizofrénico en particular. Además, debe hacer un curso de aprendizaje EASE de 3 días, que incluya (1) un seminario teórico de un día, (2) un número de entrevistas supervisadas y (3) evaluación provisional de confiabilidad. El marco teórico del EASE es fenomenológico, sobre todo en lo que se refiere a aprehender la naturaleza del *self* y de la relación sujeto-mundo. Estar familiarizado con las descripciones fenomenológicas de las estructuras de la conciencia humana es indispensable en el uso del EASE para propósitos pragmáticos y psicométricos. Para información concerniente a cursos EASE ver el sitio web www.easenet.dk.

LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Los ítems del EASE que se traslapan con los del BSABS se han utilizado en Copenhague desde finales de los años 80 en el Estudio de Alto Riesgo de Copenhague (Parnas *et al.*, 1993) y en el estudio de Enlace de Copenhague (Matthyse *et al.*, 2004), con confiabilidades interrateradas para los síntomas individuales entre 0.6 y 0.9.

Al final del proceso de construcción del EASE calculamos los coeficientes de confiabilidad kappa de Cohen en base a entrevistas semiestructuradas, grabadas en video, de 14 pacientes hospitalizados menores de 30 años de edad. Los valores kappa de los ítems individuales variaron de 0.6 a 1.0. La confiabilidad test-retest dentro de un periodo de cuatro semanas está actualmente siendo examinada. La confiabilidad entre los evaluadores disminuye a partir de (1) entrevistas semiestructuradas en vivo realizadas por un evaluador con la posibilidad de preguntas suplementarias de otro; (2) entrevistas semiestructuradas puntuadas sobre un video, y (3) entrevistas no estructuradas grabadas en video. Nosotros no tenemos por ahora ninguna información sobre puntuaciones de expedientes clínicos.

Con respecto a una posible estructura factorial, examinamos 12-14 ítems de entrevista representativos de los dominios del EASE en una muestra de 155 pacientes en primera admisión (Handest y Parnas, en prensa). Ninguna estructura factorial pudo ser detectada. Repetimos estos análisis en nuestra muestra genética/familiar (Matthyse *et al.*, 2004), igualmente sin detectar una estructura factorial clara.

DOMINIOS Y DESCRIPCIONES DE LOS ÍTEMS

1. Cognición y Flujo de Conciencia

Descripción general del dominio: Un sentido normal de conciencia como un continuo en el tiempo, que fluye, habitado por el sujeto e introspectivamente transparente (inmediata o directamente dado) de un modo no espacial.

1.1. Interferencia del pensamiento (C.1.1.)

Contenidos de conciencia tales como pensamientos, imaginaciones o impulsos, semánticamente desconectados de la línea principal del pensamiento, aparecen automáticamente (no es necesario que sean muchos o que aparezcan muy rápido), irrumpen en la línea principal del pensamiento e interfieren con ella. Tales pensamientos son con frecuencia, pero no siempre,

emocionalmente neutros y no necesitan tener un significado especial o extraordinario. El paciente puede utilizar designaciones privadas para describir tales pensamientos (“pensamientos tics”, “pensamientos agudos” y “pensamientos surrealistas”). La interferencia del pensamiento a menudo se intensifica en frecuencia terminando como pensamiento forzado (1.3) (en este caso, ambos ítems deben ser puntuados). La interferencia del pensamiento también puede vivirse como algo anónimo, impersonal (vea la mismidad disminuida en la distorsión de la perspectiva en primera-persona [2.2.1] y abajo la pérdida de ipseidad del pensamiento [1.2]).

1.2. Pérdida de la ipseidad del pensamiento (*Gedankenenteignung*; incluyendo distorsión de la perspectiva en primera-persona [2.2])

Una sensación de que ciertos pensamientos (usualmente pensamientos de interferencia: 1.1) pueden aparecer como privados de la cualidad de la mismidad (puntúe aquí también distorsión de la perspectiva en primera-persona [2.2.1.]) Los pensamientos se sienten anónimos, o indescriptiblemente extraños (pero no primordialmente en el sentido del *contenido*), quizás sin una conexión con el *self* del paciente, quizás como si no fueran generados *por* el paciente (“pensamientos autóctonos”), aunque no tiene ninguna duda de que estos pensamientos son generados *en* él, que él es su origen.

Otra situación ocurre en la lectura: el paciente puede sentir como si el texto fuera leído simultáneamente por alguna otra persona, como si otra subjetividad participara de alguna manera en el proceso de lectura.

El paciente tiene la convicción racional de *que él es el origen* de estos pensamientos.

Nota: Es importante tener en cuenta que el fenómeno básico en cuestión que se perturba es la *ipseidad*, es decir, la mismidad automática o perspectiva en primera-persona. Note, por otra parte, que es bastante normal experimentar pensamientos o ideas que surgen repentinamente en la mente (*Einfall*, *ocurrencia*), ideas que no se puede decir que son generadas deliberadamente (“pensamientos espontáneos”). Con todo, en estos casos, el sentido inmediato o prerreflexivo de la ipseidad *nunca está cuestionado*.

En el caso de la interferencia del pensamiento (1.1), los pensamientos que interfieren pueden tener una cualidad anónima, como se ha descrito aquí. También, ciertas experiencias de rumiación (1.6) pueden tener esta característica. En estos casos, registre todos los ítems relevantes.

1.3. Pensamiento forzado (C.1.3.)

Un sentido de que *muchos* pensamientos (o imágenes) con significado y/o contenido diverso, sin relación o remotamente relacionados, surgen y desaparecen *en secuencias rápidas* sin que el paciente pueda suprimir o guiar este aparecer/desaparecer de los (siempre nuevos) contenidos de conciencia. Alternativamente, al paciente le parece que todos estos pensamientos ocurren al mismo tiempo (simultáneamente). Este síntoma envuelve una *pérdida de control*, *muchos pensamientos cambiantes*, pero también una *carencia de un tema común* y de ahí una *pérdida de coherencia o significado para el paciente*. El contenido semántico de los pensamientos puede ser estresante pero también neutral o incluso trivial, sin ninguna significación personal especial. A menudo este fenómeno se asocia a la *espacialización* de la experiencia (1.8) donde los pensamientos se experimentan de una manera espacializada, y a veces incluso con una sutil cualidad acústica (1.7).

Ejemplos

- “Mis pensamientos están presionando en el cráneo desde dentro”
- “Siento como si un panal de abejas estuviera en mi cabeza”
- “Mi pensamiento es como una intersección de autopistas, con un constante ruido de carreras de automóviles ¡zum! ¡zum!”

1.4. Bloqueo del pensamiento (C.1.4.)

Es un bloqueo subjetivo de los pensamientos que también puede ser experimentado como un repentino vacío, interrupción, desvanecimiento (desaparecer) o pérdida del hilo de los pensamientos. Puede ser puramente subjetivo pero también observable como un vacío en el discurso del paciente.

Subtipo 1. Bloqueo: sin un nuevo pensamiento que se introduzca luego del repentino desaparecimiento del viejo pensamiento. Éste se pierde repentina y completamente sin uno nuevo que lo substituya. Después de un tiempo, el pensamiento se reanuda.

Subtipo 2. Desvanecimiento: sin un nuevo pensamiento que se introduzca después de la desaparición *lenta y gradual* del viejo pensamiento. El desvanecimiento del pensamiento puede no ocurrir en forma continua, sino que puede tener una cualidad paroxística y fásica, es decir, un pensamiento se torna más débil, opaco y

luego se vuelve claro y nítido otra vez hasta finalmente desaparecer.

Subtipo 3. Desvanecimiento combinado con interferencia simultánea o sucesiva del pensamiento (puntué también 1.1): los viejos y los nuevos pensamientos existen uno al lado del otro; mientras que el nuevo pensamiento se vuelve más prominente (más centrado), el viejo retrocede lento hacia el olvido. El viejo pensamiento va muriendo gradual y a veces irregularmente (pierde su posición en el foco de la conciencia = desvanecimiento) y, en forma simultánea, hay una intrusión y persistencia de un nuevo pensamiento, que progresivamente se pone en el foco. Debido a la interferencia de nuevos pensamientos, no hay sensación de vacío de pensamientos.

1.5. Eco silencioso del pensamiento

Una sensación de que los propios pensamientos son automáticamente (de modo involuntario) repetidos o de algún modo doblados.

Aquí no hay un carácter perceptivo como en el pensamiento sonoro *Gedankenlautwerden* (1.7).

1.6. Rumiaciones-obsesiones (C.1.2.)

(Usualmente) persistencia perturbadora o recurrencia de ciertos contenidos de conciencia (como pensamientos, imaginaciones, imágenes). Estos contenidos pueden asociarse a cualquier acontecimiento del pasado. Pueden tener la forma de recapitulación meticulosa de acontecimientos recordados, o de conversaciones del día.

Subtipo 1. Rumiaciones primarias: el paciente es incapaz de encontrar alguna razón para su tendencia a los estados mentales de tipo obsesivo; él simplemente repiensa y revive lo que sucedió durante el día. En apariencia *no* son motivados por perplejidad, actitud paranoide, o por un sentido de vulnerabilidad o de inferioridad (como en el subtipo 2).

Subtipo 2. Rumiaciones secundarias (relacionadas con la perplejidad o la autorreferencia): los estados de tipo obsesivo aparecen como consecuencia de una pérdida de la evidencia natural o de una perturbación del sentido básico del *self* o "hiperreflectividad" o parecen ser causados por fenómenos paranoides más primarios (por ejemplo, suspicacia, autorreferencia) o por un estado depresivo.

Subtipo 3. Obsesiones verdaderas: egodistónicas (como en el trastorno obsesivo-compulsivo, el paciente las considera tontas, extrañas, debido tanto a su contenido como a su intrusión involuntaria) con permanente resistencia interna, y un contenido que no es horrible ni macabro.

Subtipo 4. Pseudo-obsesiones: fenómenos de tipo obsesivo, que aparecen más bien como egosintónicos (de ahí que no haya ninguna o sólo una resistencia ocasional), con un carácter imaginativo y pintoresco y con un contenido que es directamente agresivo, sexualmente perverso, o extraño de alguna manera. Puede provocar ansiedad.

Subtipo 5. Rumiaciones/obsesiones con rituales y/o compulsiones: cualquiera de los cuatro fenómenos descritos anteriormente más rituales o comportamientos compulsivos. Registre todos los ítems relevantes.

1.7. Carácter perceptivo del discurso interno o pensamiento sonoro (*Gedankenlautwerden*)

Los pensamientos o el discurso interno adquieren cualidades *acústicas*, y en estados más severos cualidades *auditivas*. El paciente no siente que los otros pueden oír o tener acceso a sus pensamientos, o lo siente sólo transitoriamente, y es capaz de suprimir esta sensación inmediatamente (por ejemplo, no sale de la habitación por miedo a que los otros puedan de alguna manera oír sus pensamientos; y si ése es el caso, entonces se considera como síntoma psicótico de esquizofrenia de primer orden). En algunos pacientes el síntoma aparece solamente durante la lectura. *Gedankenlautwerden* (el pensamiento sonoro) se restringe en un comienzo al espacio vivido subjetivamente, y sus primeras etapas se pueden describir como una progresiva distancia experiencial entre el sentido del *self* y del discurso interno: este último se vuelve gradualmente espacializado a un nivel casi perceptual. El paciente no oye sus pensamientos a través de los oídos (desde el exterior), sino sólo en su interior. Eventualmente, en una psicosis severa, el paciente puede oír sus pensamientos hablados por otras personas o transmitidos a él por los medios de comunicación. Algunos pacientes piensan en el modo del pensamiento sonoro y también de una manera "normal"; en "silencio"; mientras que otros pacientes tienen sólo pensamiento sonoro. Es prácticamente imposible identificar la fecha de inicio del pensamiento sonoro; en otras palabras, al parecer el síntoma ha estado siempre presente y es por lo tanto experimentado como enteramente egosintónico.

Hay otros ciertos fenómenos que son similares al pensamiento sonoro, por ejemplo, un paciente de alguna manera ve en su espacio interno sus pensamientos como siendo escritos, a veces como en una cinta de película (el subtipo 2), lo cual también puede incluir una fuerte sensación de distancia experiencial del propio discurso interno o una clase de diálogo constante consigo mismo, el cual tiene un carácter léxico explícito.

Subtipo 1. Pensamiento sonoro interno (confinado al espacio interior).

Subtipo 2. Pensamiento sonoro con características perceptivas equivalentes (pensamientos como textos escritos).

Subtipo 3. Pensamiento sonoro interno como síntoma psicótico de primer orden (temor a que los otros puedan oír sus pensamientos, porque son tan altos).

Subtipo 4. Pensamiento sonoro externo (o eco externo del pensamiento, donde el paciente tiene la sensación de que sus pensamientos son repetidos o que de algún modo resuenan) como las alucinaciones auditivas externas.

1.8. Espacialización de la experiencia

Los pensamientos, las sensaciones, u otros procesos experienciales o mentales son experimentados espacialmente, es decir, como localizados en una parte particular de la cabeza o del cerebro o son descritos en términos espaciales (por ejemplo, localización, relación espacial o movimiento).

Ejemplos

- “Un pensamiento delante del otro”.
- “Los pensamientos están encapsulados”.
- “Los pensamientos se ‘mueven en espiral’ dentro de su cabeza”.
- “Ella siente que sus pensamientos estaban en el lado correcto de su cabeza y sintió una sensación de presión desde dentro de su cráneo como si no hubiera más lugar para sus pensamientos”.
- “Los pensamientos siempre pasan oblicuamente a través del mismo punto”.

1.9. Ambivalencia (A.5)

Incapacidad para decidir entre dos o más opciones. Coexistencia consciente, persistente y dolorosa, de

inclinaciones o de sensaciones contradictorias. La ambivalencia se experimenta incluso en las decisiones diarias más simples o triviales. El paciente no puede decidir en absoluto, necesita más tiempo para su decisión, o inmediatamente siente incertidumbre respecto de una decisión por fin tomada y la cambia nuevamente. Un fenómeno relacionado que se puntúa aquí es cuando el paciente se queja de tener pensamientos o sensaciones contradictorias justo al mismo tiempo. Este fenómeno se puede asociar con la perplejidad y la parálisis de la acción. La indecisión aparece en situaciones cotidianas, tales como: qué plato cocinar, o qué comprar, cuál marca de un producto elegir; por ejemplo, el paciente puede preferir comprar en una gasolinera debido a los pocos productos para elegir (y a los pocos otros clientes).

No son puntuadas aquí: Las dificultades para tomar decisiones entre diferentes opciones que tienen un gran impacto en el futuro del paciente; por ejemplo, qué trabajo tomar, si comprar algo realmente costoso para lo cual se debe pedir un préstamo.

Ejemplos

- Ella tiene dificultad para tomar decisiones, porque “considera las cosas de muchas maneras”. Ayer tardó 3 horas en decidir qué regalo comprarle al novio.
- En la Facultad de Pedagogía ella cambió la elección de las asignaturas tres veces, pero aun así no pudo saber en definitiva si había tomado o no las opciones correctas.
- Él está “abrumado de opciones”; por ejemplo, él cree que quizás debería hacerse vegetariano a pesar de que le encanta la carne. Tales consideraciones lo llevan a “duplicidades” y a “callejones tontos, sin salida”.
- Cada vez que pienso en algo, tengo un contrapensamiento en el otro lado del cerebro (puntúe aquí también la espacialización de la experiencia [1.8]).

1.10. Incapacidad para discriminar modalidades de intencionalidad

Ocasiones breves o periodos más largos con dificultades de la conciencia inmediata en la modalidad de experiencia que se está viviendo o experimentando. El paciente puede sentir incertidumbre de si su experiencia es una percepción o una fantasía, el recuerdo de un acontecimiento o el recuerdo de una fantasía. Este fenómeno también se aplica a la afectividad: el paciente no puede discriminar entre diferentes afectos, sensaciones o estados de ánimo. Puede experimentar

estados mentales (generalmente negativos) que es incapaz de nombrar o describir (tiene una experiencia que él no conoce; no tiene palabras para ella). Puede sentirse inseguro de si ha hablado en voz alta o si sólo ha sido un pensamiento.

Comentario: Estos fenómenos son probablemente muy frecuentes en las condiciones del espectro esquizofrénico. Nótese que en una experiencia normal, por ejemplo en un acto perceptual, el acto perceptual es consciente de sí mismo de manera inmediata y prerreflexiva, es una instancia de ipseidad. En otras palabras, cuando percibo o pienso algo, no tomo conciencia del hecho de mi percepción o pensamiento mediante algún examen reflexivo y/o introspectivo de mi actual actividad mental ni la comparo con otras posibles modalidades de intencionalidad como, por ejemplo, fantasear. Cualquier experiencia, cualquier acto intencional, es articulado como ipseidad, es decir, es automáticamente consciente de sí mismo. Las dificultades en este dominio apuntan a un desorden profundo de la ipseidad.

1.11. *Perturbación de la iniciativa o de la intencionalidad del pensamiento (C.1.13)*

Una perturbación subjetiva de la iniciativa del pensamiento, de la “energía del pensamiento” y del propósito intelectual. Este síntoma puede ser experimentado subjetivamente como la contraparte observable de la carencia de orientación hacia una meta, en el sentido de la planificación y estructuración mental de una tarea. Las perturbaciones de la iniciativa y de la “energía” del pensamiento también se manifiestan en una capacidad deteriorada para iniciar y estructurar ciertas acciones tales como cocinar, o escribir un ensayo.

1.12. *Perturbaciones de la atención*

Subtipo 1. Ser cautivado por un detalle en el campo perceptivo (C.2.9). Una característica visual particular o una parte del campo visual se destaca del fondo, casi aislado y de alguna manera pregnante, de tal modo que este solo aspecto del campo captura toda nuestra atención. El paciente tiene que mirar fijamente este detalle, aunque no quiera hacerlo (fijación de la percepción, hechizo) y tiene dificultad en quitar la atención fuera de él. El detalle perceptivo no posee por lo general una significación simbólica o psicológica particular (en contraste con la desrealización intrusiva [2.5.2]).

Subtipo 2. Inhabilidad para dividir la atención (A.8.4). Dificultad en manejar demandas que implican más de

una modalidad perceptiva, tal como el procesamiento simultáneo de estímulos visuales y auditivos.

1.13. *Trastorno de la memoria a corto plazo*

Capacidad disminuida de mantener ciertas cosas en la mente por más de algunos minutos. Aun cuando los sujetos comprenden los temas del contenido de una historia o de una conversación, son incapaces de recordarla y contarla. Ellos relatan que son incapaces de leer un libro o ver una película, porque olvidan el principio mientras avanzan.

1.14. *Perturbación de la experiencia del tiempo*

Un cambio fundamental en la experiencia del tiempo, tanto un cambio en el *flujo subjetivo del tiempo* o con respecto al tiempo histórico existencial (tal como *pasado versus futuro*). Los cambios en la velocidad del flujo provocados por sensaciones de placer o aburrimiento no deben ser incluidos aquí.

Subtipo 1. Perturbación de la experiencia subjetiva del flujo temporal: por ejemplo, un sentido del tiempo que avanza acelerado, del tiempo que se enlentece, que se detiene, o del tiempo que pierde su continuidad y que se fragmenta.

Subtipo 2. Perturbación del tiempo existencial: por ejemplo, la vida parece estar restringida al presente, sin proyectos de futuro que la guíen, o el presente es abrumado por un repetitivo y estereotipado volver a vivir un pasado congelado, o la experiencia hacia el futuro se siente como bloqueada o no disponible en absoluto (*especifique la naturaleza exacta del fenómeno*).

1.15. *Discontinuidad de la conciencia de la propia acción (C.2.10)*

Este síntoma consiste en una ruptura de la conciencia de las propias acciones. El paciente relata que no puede recordar un corto periodo, durante el cual realizaba una acción, por ejemplo, o no puede recordar cómo de pronto se encontró en la cocina, o en cierta parte de la ciudad. El síntoma se traslapa con la fuga disociativa.

1.16. *Discordancia entre la expresión intencionada y lo expresado (A.7.2)*

Experiencia subjetiva de no ser capaz de expresarse de acuerdo con las propias sensaciones y emociones. El paciente experimenta que su discurso, comportamiento,

gestos y expresiones faciales no están en línea, o no son congruentes con lo que siente; su expresividad es sentida como desfigurada o distorsionada y de alguna manera fuera de autocontrol.

1.17. Perturbación de la función del lenguaje expresivo (C.1.7)

Experiencia subjetiva de impedimento del discurso, con una actualización o una movilización deficiente de las palabras adecuadas. El paciente reconoce un deterioro y un retardo en su fluidez, precisión o capacidad de las palabras. No puede recordar las palabras exactas o tarda mucho más en movilizarlas. A veces recuerda las palabras que solamente se asocian en forma periférica e imprecisa con el contexto.

El paciente puede afrontar esta perturbación usando expresiones comunes, acostumbradas, bien conocidas, dichos (lenguaje *cliché*), o guardando silencio y evitando la conversación (autismo secundario).

2. Autoconciencia y Presencia

Descripción general del dominio: Un normal sentido de ser (existencia) involucra una presencia del *self* no-reflexiva (*unreflected*) y automática, así como una inmersión en el mundo (natural, automática, autoevidente). El concepto fenomenológico de presencia implica que en nuestras transacciones cotidianas con el mundo, el sentido del *self* y el sentido de estar inmerso en el mundo son inseparables: "El sujeto y el objeto son dos momentos abstractos de una estructura única que es la *presencia*" (Merleau-Ponty, 1962, p. 430).

Esta inmersión no-reflexiva consiste en dos componentes interdependientes (momentos):

1. Presencia del *self* no-reflexiva; autoconciencia; una perspectiva en primera-persona, intacta; "transparencia" o "lucidez" de la conciencia e intacta "mismidad" de la experiencia.
2. Inmersión e inserción no-reflexiva en el mundo.

Existe acuerdo general en fenomenología en que estos dos aspectos están entrelazados mutuamente a nivel fenomenológico. En otras palabras, un trastorno que afecta a uno de los componentes dejará también su impronta en el otro. Podemos hablar de una presencia del *self* (normal) siempre que estemos *directamente* (y por deducción) conscientes de nuestros propios pensamientos, percepciones, sensaciones o dolores; éstos aparecen como un modo de darse en primera-persona, que inmediatamente los revela como propios.

Si la experiencia es dada ante mí en el modo de presentación en primera-persona, entonces es dada como *mi* experiencia y vale como un caso de *autoconciencia básica*. Ser consciente de uno mismo no es, por lo tanto, aprehender un *self* aparte de la experiencia, sino tomar conocimiento de una experiencia en su modo de presentación en primera-persona, esto es, desde "dentro". El sujeto o *self* de la experiencia es *una característica o una función de su modo de darse*. Esta autoconciencia básica (ipseidad) es un *medio* o un *modo* a través del cual las experiencias intencionales específicas, tales como la percepción, el pensamiento, o la imaginación, se articulan a sí mismas. En otras palabras, en una experiencia normal, no hay distancia experiencial entre el sentido del *self* y la experiencia.

La presencia básica del *self* normalmente está presupuesta en la experiencia; en sí misma, no posee cualidades experienciales específicas. Sin embargo, la presencia del *self* perturbada se asocia a menudo con las siguientes características clínicas: lucidez o transparencia disminuida de la conciencia, sentido disminuido de la vitalidad o del sentimiento básico de estar vivo, potencial disminuido de la actividad o de la capacidad de sentir placer, disminución de la capacidad de ser atraído por el mundo, sentido disminuido de la perspectiva en primera-persona (mismidad o "punto cero de orientación"), trastorno de la identidad, y variados grados de alienación.

En la esquizofrenia incipiente la autoconciencia prerreflexiva está distorsionada; esta distorsión involucra una variedad de cambios cualitativos en la experiencia que son diferentes del sopor y de otros fenómenos que ocurren en condiciones orgánicas.

La ansiedad también se explora en esta sección, aunque por sí misma no refleja desórdenes del *self*. Existen importantes razones prácticas para esta inclusión: permite la exploración del sufrimiento, a menudo envuelto en la transformación mórbida del *self* y designado como ansiedad por el paciente, y segundo, el ítem "ansiedad ontológica"; el cual se liga de cerca a los desórdenes del *self*, no puede ser anotado a menos que uno tenga suficiente información referente a la ansiedad.

2.1. Sentido disminuido del *self* básico

Un persistente sentido de vacío interno, una carencia de núcleo interno, una persistente carencia de identidad, una sensación de ser anónimo, como si la persona no existiera o fuera profundamente diferente a los otros (esta diferencia puede ser especificada a veces como una diferencia en la visión de mundo, o como ligada a

una orientación existencial fundamentalmente distinta a la de sus congéneres). Este ítem también incluye una sensación subjetiva de “sobreadaptación”, como, por ejemplo, el sentir, en un momento dado, la necesidad de acomodarse a la opinión de los otros o a su punto de vista, ligado esto a una sensación dominante de no tener su propio punto de vista interno (*innere Haltung; Haltlosigkeit*). La carencia del *self* básico puede estar asociada a una autoimagen negativa generalizada, que el sujeto describe monótonamente como una clase de eterna “vergüenza” o “sentido de inferioridad” (es decir, desprovista de una relación comprensible con los contextos concretos), “ansiedad” o “depresión”; ver el “*regret morbide*” (arrepentimiento mórbido) de Minkowski como un indicador de autismo (ver el comentario del traslape entre 2.1 y 2.2, p. 11).

Subtipo 1. Comienzo en la infancia: registre aquí las experiencias que han ocurrido temprano en la vida, es decir, ya en la niñez temprana o durante la edad escolar (escuela primaria) el paciente se ha sentido profundamente diferente de sus pares.

Subtipo 2. Comienzo en la adolescencia: registre aquí si las experiencias han ocurrido desde la adolescencia hasta ahora.

NOTA: Los subtipos 1 y 2 *no son* mutuamente excluyentes. Con frecuencia la sensación de ser diferente se presenta primariamente como una sensación de aislamiento y/o inferioridad, sensación de ansiedad social, de ser más estúpido que los otros o estos sentimientos son atribuidos a peculiaridades familiares (por ejemplo, a una ocupación extraña del padre). Sólo después de una cierta profundización uno puede lograr que el paciente manifieste estas sensaciones de ser diferente. Estas sensaciones pueden estar asociadas con las características solipsistas descritas en la sección 5 (reorientación existencial).

En caso de duda si la experiencia debe anotarse aquí o, alternativamente, bajo la distorsión de la perspectiva en primera persona (2.2), puntúela como positiva en ambas.

Ejemplos

- Es como si yo no fuera parte de este mundo; tengo una sensación extraña, fantasmal, como si yo fuera de otro planeta. Es como si no existiera.
- Ella siente que su núcleo interno, su identidad íntima, ha desaparecido.

- Una sensación de vacío total me abruma con frecuencia, como si dejara de existir.
- Un paciente sentía “como si hubiera dejado de existir”; “he perdido el contacto conmigo mismo”.
- Un paciente siente como si fuera un vacío, que está inmóvil, mientras el mundo circundante está en movimiento.
- Durante su adolescencia el paciente intentó con esfuerzo “ganar dignidad humana”. Explicaba el sentido de carecer de dignidad como una sensación de que su propia existencia era como la de un objeto prescindible, como si él fuera una cosa, un refrigerador, y no un sujeto humano.

NOTA: Aquí debería puntuarse también una perspectiva distorsionada en primera persona (2.2.1), en base a la falta del sentido de ser un sujeto.

- Él evita reuniones y discusiones, porque llega a ser dolorosamente evidente para sí mismo que nunca tiene una opinión propia. Él siente que no tiene un núcleo interno estable y tampoco en un punto de vista fijo. Él siempre está de acuerdo con todas las partes en la discusión y al final se confunde.

2.2. Perturbación de la perspectiva en primera persona

Este ítem abarca *por lo menos* tres subtipos del fenómeno:

1. Sentido disminuido o temporalmente retrasado de la mismidad o sentido disminuido de ser un sujeto (de ser un sujeto humano).
2. Distancia fenomenológica persistente entre el *self* y la experiencia (automonitoreo constante).
3. Espacialización del *self*.
(Ver el comentario después de los ejemplos sobre el traslape entre 2.1 y 2.2, p. 10)

Subtipo 1. Los propios pensamientos, sensaciones y acciones pueden aparecer de algún modo impersonales, anónimos, y realizados mecánicamente. El sentido inmediato de “mismidad” del pensamiento, sentimiento y acción puede estar disminuido de una manera aun más explícita (por ejemplo, el paciente dice que sus pensamientos aparecen como si no fueran generados por él, como en ciertas formas de interferencia del pensamiento) o la sensación de mismidad aparece sólo temporalmente retrasada (con un segundo de retraso o un “segundo escindido”).

El paciente puede sentirse como si fuera un objeto, una cosa, sin subjetividad, sin tener más un alma.

Subtipo 2. Puede haber una profunda distancia experiencial (distancia fenomenológica) entre (el sentido de) la experiencia (pensamiento, acción, percepción, emoción) y el sentido del *self*. En una experiencia normal, el sentido del *self* y la experiencia son una y la misma cosa; están completamente fusionados. Además, en una experiencia introspectiva normal, el *self* introspectivo y el *self* que está siendo introspectado son sentidos como uno y lo mismo. En el caso de la distancia (experiencial) fenomenológica, hay un constante auto-monitoreo, por lo cual el paciente se toma a sí mismo como mero objeto de reflexión. Esto se asocia con un dar la espalda al mundo externo y puede impedir que el paciente se involucre de un modo fácil y natural en las interacciones con el mundo (en otras palabras, la experiencia anómala tiene consecuencias tangibles). En la distancia (experiencial) fenomenológica el *self* está, por decirlo así, “observando” sus propios contenidos y actividades mentales y este estado se puede intensificar en dirección al sentido de tener un *self* doble o escindido (ver hiperreflectividad y yo-escindido). Este estado debe ser generalizado² y no aparecer sólo en forma ocasional o ser provocado voluntariamente por el paciente; el paciente debe vivir la distancia fenomenológica tanto como una condición constante o bastante frecuente, o como un problema o aflicción.

NOTA: Ver los ítems en hiperreflectividad (2.6) y yo-escindido (2.7). Los estados de hiperreflectividad descritos más adelante son menos generalizados, menos intensos o estresantes y pueden estar parcialmente sujetos a un control voluntario.

Subtipo 3. El sentido del *self* como un punto absoluto de orientación de la experiencia (es decir, como algo que en sí mismo no tiene una localización precisa pero hacia lo cual todo está espacialmente relacionado [espacio ego-céntrico]) o como un polo, o fuente, o foco de la experiencia o de la acción (yo-consciente) puede sentirse ubicado en una localización espacial específica o tener características de extensión, o a veces sentirse

espacialmente dislocado (en ambos casos, calificar siempre también la espacialización de la experiencia [1.8]).

Ejemplos

Del subtipo 1

- Tengo una sensación como si no fuera yo quien está viviendo el mundo; siento como si otra persona estuviera aquí en mi lugar.
- Mi sensación de la experiencia *como si fuera mi propia experiencia* aparece sólo con un segundo de retraso.
- He tenido “experiencias algo extrañas de una falta de relación entre mí mismo y lo que estoy pensando”.
- Tiene frecuentemente la sensación de que no es ella misma quien realiza sus propias acciones (por ejemplo, escritura) pero sabe que no es el caso.
- Una paciente siente que ella “desaparece”, “se desvanece”, que su voz parece alienada, “como si viniera de un vacío”. (Esta experiencia particular se puede puntuar también como sentido disminuido del *self* básico [2.1], pero aquí, la sensación de mismidad también aparece claramente afectada).
- No me siento realmente como un sujeto humano, como una persona con alma; me siento como una cosa prescindible, como, por ejemplo, un refrigerador.

Del subtipo 2

- Mi perspectiva en primera persona es substituida por una perspectiva en tercera persona (el paciente luego explica que él constantemente debe atestiguar su propia experiencia).
- Siempre me estoy mirando. Es a veces tan pronunciado que apenas puedo seguir lo que están dando en la TV. Incluso durante una conversación con otros, me observo al punto de tener dificultades en comprender lo que están diciendo mis interlocutores.

Del subtipo 3

- Mi propio “yo”, como punto de perspectiva, se siente como si hubiera cambiado de puesto algunos centímetros hacia atrás.

Comentario sobre el traslape: Los dos ítems precedentes “sentido disminuido del *self* básico” (2.1) y “distorsión de la perspectiva en primera persona” (2.2) se traslapan clínicamente en un nivel descriptivo, porque están conceptual y fenomenológicamente relaciona-

² La tendencia introspectiva es frecuente en algunos pacientes esquizofrénicos. El requerimiento del estado generalizado y/o aflicción es introducido aquí para destacar los casos donde la perspectiva en primera persona normal debe ser considerada como severamente perturbada.

dos. Las razones de la separación de los dos son las siguientes: primero, para enriquecer las propiedades descriptivas del EASE y, segundo, para separar las anomalías menos características de aquellas más características. Una puntuación positiva del sentido disminuido del *self* básico puede suceder sobre la base de una evaluación inferencial de quejas vagas acerca de un sentido débil de identidad personal. Por lo tanto, siempre hay un riesgo de que tales quejas provengan de desórdenes de la identidad que afectan al *self* narrativo (por ejemplo, como en los trastornos de personalidad que no pertenecen al espectro), al contrario de los trastornos más fundamentales y más estructurales de la ipseidad y de la conciencia del yo. Por otra parte, la distorsión de la perspectiva en primera persona sólo contiene ítems que reflejan específicamente una estructura anómala de la experiencia (ipseidad y conciencia del yo).

2.3. Otros estados de despersonalización (Auto-alienación, B.3.4 Reducida³)

Una sensación difusa y generalizada de estar alienado de uno mismo, de las propias operaciones mentales, de los pensamientos, emociones y comportamientos, de una manera que no ha sido recogida por otros ítems de esta sección.

La despersonalización descrita aquí pertenece a la gama de fenómenos de autoconciencia perturbada descritos en toda esta sección y con una afinidad particular con los desórdenes del *self* básico y de la perspectiva en primera persona.

Hay dos subtipos: despersonalización melancoliforme y despersonalización inespecífica.

Subtipo 1. Despersonalización melancoliforme: es bien sabido que el cambio de humor melancólico y la concomitante alteración del fluir del tiempo son, por así decirlo, no sentidos por el ego, sino que suceden separadamente, es decir, en una forma disociada. En la depresión no-melancólica y en el duelo el ego está deprimido; no hay distancia entre el sujeto y su tristeza. En la melancolía, por otra parte, el ego no puede identificarse con los cambios internos que ocurren simultáneamente y que consisten en enlentecimiento y/o detención de la vitalidad (inhibición), bloqueo

de la orientación hacia el futuro e inmovilidad del cambio humoral. Puede decirse que el ego es sólo un testigo de la perturbación de sus sentimientos; el sufrimiento melancólico está en no menor grado causado por la incapacidad de entrar en una relación con estas perturbaciones. El paciente tiene la sensación de que está cambiando de alguna manera, que algo malo y grave está complicando su vida interior; él puede parecer sufriendo y confundido o perplejo. Habitualmente se requiere de un esfuerzo adicional en la entrevista para relevar elementos melancólicos típicos. Note que el síntoma debe presentarse como un *fenómeno con características de un estado*. No hay desorden del *self* básico (como fenómeno de rasgo) y no hay perturbación de la perspectiva en primera persona de la mismidad.

Ejemplo

- No me siento a mí mismo, hay algo en mí que me incomoda; no sé lo que es, pero no puedo vivir así (la apariencia del paciente era típica de una persona deprimida con una expresión preocupada, sufriendo. Su estado fue precedido por un periodo hipomaniaco de 4 meses de duración).

NOTA: El diagnóstico diferencial entre el espectro esquizofrénico y la enfermedad afectiva nunca debe basarse sólo en las cualidades de la despersonalización.

Subtipo 2. Despersonalización sin especificar: una sensación de alienación que no se puede especificar más concretamente en términos de anomalías experienciales cualitativas.

Ejemplo

- No me siento a mí mismo, yo me siento cambiado de alguna manera.

2.4. Presencia disminuida

Una capacidad disminuida de ser afectado, incitado, movido, motivado, influido, tocado, atraído o estimulado por los objetos, las personas, los acontecimientos y las situaciones. Esta disminución *no debe* ser entendida como un retiro activo y deliberado, sino más bien como algo que aflige al paciente y obstaculiza su vida. El paciente no se siente del todo participando o enteramente presente en el mundo; puede sentir una distancia con respecto al mundo, la cual se puede acompañar

³ El ítem original B.3.4 de la BSABS es un fenómeno compuesto. Ciertas dimensiones han sido, por lo tanto, cambiadas a otros ítems. Consecuentemente, el presente ítem 2.3 del EASE es una especie de residuo.

por cambios en la percepción del mundo. Este ítem incluye hipohedonia (disminución de la capacidad de experimentar placer tanto físicos como sociales), y también apatía (carencia de sensaciones).

Subtipo 1. Especificada: una persistente sensación de no ser afectado por el mundo externo, de carencia de resonancia, de compromiso espontáneo, imposibilidad de inmersión, quejas de no estar adecuadamente presente en el mundo. Este ítem incluye hipohedonia social, una disminuida reactividad emocional y cognitiva, apatía (es decir, sensación de no tener sensaciones) o una fuerte sensación de que todo es o parece sin sentido (en este último caso, hay una posibilidad de traslape con la pérdida de la evidencia natural [2.12] y la desrealización [2.5]).

NOTA: La hipohedonia social *nunca* debe ser calificada como presente en el caso de una ansiedad social concomitante (2.13.4), a menos que parezcan ocurrir independientemente la una de la otra. Es importante determinar la condición potencial de rasgo o estado de estas experiencias (estas últimas son fuertemente sugestivas del espectro esquizofrénico). También es importante comprobar si hay depresión clínica, especialmente en el subtipo 1.

Ejemplo

- Todo me es totalmente indiferente.

Subtipo 2. No especificada: una persistente sensación, no especificada (casi perceptual) de distancia con respecto al mundo, o la sensación de una barrera entre uno mismo y el mundo (una sensación de estar encerrado en una “caja de vidrio” o de estar detrás de un vidrio). Aunque esta sensación de distancia no puede ser especificada por el paciente con mayores detalles, es decir, en términos de cambios perceptuales o experienciales específicos (por ejemplo, si en el “caso del vidrio” el paciente se siente mirando a través de un vidrio, entonces es subtipo 3).

Subtipo 3. Incluye desrealización o cambio perceptual (sección C del BSABS): como los subtipos 1 y 2 pero acompañado por un cambio explícito en la sensación del tono perceptual (en otras palabras, la sensación de barrera se puede describir por ciertas propiedades explícitas: por ejemplo, se decoloran los colores; los objetos están alejados) o marcado por alteraciones perceptivas más específicas, o desrealización (es decir, todo parece ser irreal, sin vida, mecánico).

Comentario: Los tres subtipos no son mutuamente excluyentes y pueden traslaparse con la desrealización y otros desórdenes del *self*. La diferencia principal entre la presencia disminuida (2.4) (especialmente sus subtipos 2 y 3) y la desrealización (2.5) es que en la presencia disminuida el paciente localiza el sentido o la fuente de cambio primariamente *en sí mismo*, mientras que en la desrealización es por lo general el *ambiente* el que aparece cambiado para el sujeto.

2.5. Desrealización (C.2.11)

Un cambio en la experiencia del entorno: el mundo circundante aparece de algún modo transformado, irreal, y extraño, puede ser comparado con una película en marcha. *Hay una disminución en el sentido más primario de la realidad vivida, pero no una merma de la conciencia de realidad conceptual o de la prueba de realidad.*

La fuente del cambio no se siente localizada primariamente en el paciente.

Subtipo 1. Desrealización fluida (global): es lejos el subtipo más común de desrealización. El cambio es difícil de describir y de especificar en forma explícita. Hay una disolución o una desaparición gradual (o aun una pérdida) de la fisonomía (la *Gestalt*) del mundo circundante: el sentido y el significado del mundo parecen cambiados, confusos o ambiguos. El mundo parece como extraño y alienado, mecánico, sin vida o sin sentido.

Subtipo 2. Desrealización intrusiva: hay un aumento o una acentuación de la fisonomía del mundo o de sus aspectos o componentes aislados; a menudo esto se experimenta junto con un sentirse cautivado por los detalles de la percepción (1.12.1). Los aspectos individuales, aislados, del ambiente (objetos, situaciones) adquieren una cualidad vivencial intrusa o molesta, con un resultado que se hace crecientemente indeterminado y que puede ser experimentado con una creciente carga emocional.

El fenómeno no debe ser inducido de modo voluntario mediante la atención sostenida (un constante mirar fijo), aunque el mirar fijamente puede amplificar la desrealización preexistente.

Ejemplos

Al subtipo 1

- Los alrededores me parecen a mí como irreales, cambiados.
- Las cosas no son más lo que eran antes. Son extrañas, como si fueran meras siluetas.

Al subtipo 2

- “El comportamiento del perro causó una impresión fuerte en mí; era tan salvaje, descontrolado, tan lleno de naturaleza pura, primitivo y manejado por sus instintos, que sentí calor en mi corazón. También ese caballo salvaje, y esa mujer mayor, con su cara marcada por la edad; el paisaje entero era tan auténtico, tan fundamentalmente natural; era todo tan emocionante que sentí una felicidad inmensa” (Matussek, 1952).

NOTA: La desrealización puede estar acompañada por otros y más específicos cambios de la percepción (por ejemplo, un cambio en la cualidad y/o intensidad de los sonidos). En el caso de un claro cambio perceptual, puntúe también la presencia disminuida (2.4.3). La desrealización experimentada a continuación de un ataque de pánico no se debe anotar aquí.

2.6. Hiperreflectividad; Reflectividad aumentada (B.3)

Tendencia excesiva o frecuente, incluso crónica, de tomarse a uno mismo, partes de uno mismo o a aspectos del ambiente como objeto de intensa reflexión. El paciente sufre típicamente de una pérdida de ingenuidad, indulgencia, y naturalidad. Hay un aumento en la tendencia a reflexionar sobre los propios pensamientos, sensaciones y comportamientos, y una inhabilidad para reaccionar y para comportarse espontánea y despreocupadamente; una tendencia excesiva a monitorear la vida interna, mientras que al mismo tiempo se interactúa con el mundo (introspección simultánea⁴). En el caso de la pérdida del sentido común (2.12) (clasificado por separado), hay una tendencia automática y creciente a reflexionar sobre el mundo.

NOTA: La intensidad de la hiperreflectividad en este ítem es menor que en el caso de la distorsión de la perspectiva en primera persona (2.2.2), donde la condición es tan generalizada e intensa que lleva a una sensación constante de distancia fenomenológica.

Ejemplos

- Tuve que pensar en qué pensar.
- Ella ha sido siempre “auto-reflexiva” y ha pensado siempre sobre sí misma “de una manera existencial”.

⁴ Este término fue tomado de la Psicopatología japonesa (M. Nagai).

2.7. Yo-escindido (*Ich-Spaltung*)

El paciente experimenta su yo, *self*, o persona como estando dividido o de algún modo compartimentalizado, desintegrado en partes semiindependientes, o no existiendo como un todo unificado. Las quejas del paciente deben tener una cualidad experiencial que pueden formar un continuo desde un sentido vago de escisión, una división “como si”; hasta una escisión elaborada de manera delirante. No es suficiente para puntuar este ítem si el paciente está consciente de tener, por ejemplo, un “personalidad multifacética”.

Subtipo 1. Se sospecha yo-escindido: clasifique aquí los casos de yo-escindido que el entrevistador sospeche que están presentes *detrás* de las quejas de los pacientes, aunque no pueda precisar los términos experienciales específicos usados por el paciente; es decir, esta clasificación se basa en las declaraciones que sugieren una escisión, que el paciente no es capaz de conceptualizar en términos explícitos, y resulta, por ende, vago y confuso.

Subtipo 2. La puntuación del yo-escindido se basa en informes de experiencias “como si”.

Subtipo 3. El yo-escindido implica una experiencia espacializada que no tiene una cualidad delirante.

Subtipo 4. El yo-escindido implica elaboración delirante.

Ejemplos

Al subtipo 1

- Después de que lo transfirieran a una habitación individual y lo dejaran solo, el paciente tuvo la idea “ahora nosotros, viejos amigos, estamos juntos y solos”; y la idea lo sorprendió.

Al subtipo 2

- Aproximadamente una vez por semana, tenía una sensación “como si ella fuera dos personas”; “como si pudiera verse a sí misma desde fuera”. Ella se divide en dos partes y vuela, compuesta de esas dos partes.

NOTA: Puntúe también la despersonalización disociativa (2.8).

- Ella dice que sus pensamientos “se dividen a sí mismos”; y que siente una escisión en sí misma. Es una cuestión de pensamientos negativos y positivos.

Ella lo siente como si hubiera dos partes diferentes de ella misma “las que están en guerra una con la otra”.

- Él describe que a menudo no tiene contacto con su lado izquierdo; se siente como si él “fuera una mitad solamente”. Esta sensación puede propagarse hacia lo profundo de su cuerpo.

NOTA: Aquí, puntuar también la despersonalización somática (3.3).

Al subtipo 3

- Su parte derecha es mucho más fuerte, y capaz de poner una fachada. Ella siente un “desequilibrio en los estratos de ambos lados”.
- Ella se siente como un cráneo con algo adentro, “un ser humano pequeño en una cabina”, como si ella tuviera dos cerebros. Una parte de su *self* se siente de alguna manera disociada de su *self* normal y por lo tanto extraña. Los pensamientos que pertenecen a su *self* normal se localizan en la parte anterior del cerebro, mientras que los pensamientos que son extraños están situados en la parte más posterior del cerebro.
- Hay dos lados en ella: uno destructivo y uno positivo. Una vez, cuando estaba en cama, tuvo por algunos segundos una sensación de que se transformaba en dos personas, que ambas estaban acostadas en la cama.

Al subtipo 4

- Una paciente joven (con episodios anoréxicos anteriores) explica que ella siempre “se sintió equivocada”; cada cierto tiempo dejaba de comer para dejar morir de hambre a la parte equivocada (en este caso particular, la declaración se aproxima a una cualidad delirante).

2.8. Despersonalización disociativa (experiencia de estar fuera del cuerpo)

El paciente dice que se siente a veces como si estuviera “fuera” de sí mismo, como una suerte de doble, mirando u observándose a sí mismo y a los otros. La experiencia debe tener el carácter “como si” (subtipo 1), es decir, el paciente *no se percibe a sí mismo realmente* desde afuera, sino solamente imagina el hacerlo para su “ojo interno”; una clase de “experiencia de estar fuera del cuerpo”.

Si hay un instante de autopercepción desde fuera, la experiencia se debe considerar como una alucinación visual disociativa (subtipo 2). Por ejemplo, el paciente

dice que se está viendo literalmente desde el exterior, o viendo su doble a su lado.

Sin embargo, en muchos casos de esta “experiencia de estar fuera del cuerpo”, puede ser imposible captar lo que el paciente realmente quiere decir con la expresión: “mirarse a sí mismo desde afuera”; quizás pueda ser que incluso no sea un proceso imaginativo sino una descripción de distancia experiencial (2.2.2) o una “introspección simultánea” en hiperreflectividad (2.6).

Subtipo 1. Fenómeno imaginario “como si”

Subtipo 2. Alucinación visual disociativa.

2.9. Confusión de la identidad

Una sensación como si el paciente fuera otra persona.

Ejemplos

- “Siento como si yo fuera mi propia madre”.
- Un paciente fue capaz de sentir brevemente como si fuera otra persona, en quien estaba pensando. No sabe si fue una experiencia mental o física.
- Un paciente sintió por un momento como si fuera un perro.

NOTA: La confusión de identidad estaría a menudo asociada con un sentido disminuido del *self* básico (2.1), distorsión de la perspectiva en primera persona (2.2) y transitivismo (4.0).

2.10. Sentido de cambio en relación con la edad cronológica

Una sensación básica de ser considerablemente más viejo o más joven que la edad cronológica real, no claramente comprensible por las relaciones e interacciones sociales.

Ejemplos

- Él puede sentirse más joven y en segundos puede sentirse como otra persona.

NOTA: Clasifique también confusión de la identidad (2.9).

- Durante una conversación, ella dice que se siente como una niña de 5 años. En la sesión siguiente, ella repite que se sentía como una niña pequeña.

2.11. Sentido de cambio en relación con el género

Subtipo 1. Temor ocasional de ser homosexual o que los otros lo consideren como tal.

Subtipo 2. Sensación como si fuera del sexo opuesto o una confusión del propio sexo.

2.12. Pérdida del sentido común/perplejidad/pérdida de la evidencia natural

Es una pérdida o una carencia en la aprehensión automática, prerreflexiva del significado de los acontecimientos diarios, de las situaciones, de las personas y de los objetos.

Hay diversos dominios en los que esta característica puede manifestarse. El paciente puede ser incapaz de captar el significado de las cosas y situaciones cotidianas (por ejemplo, puede preguntarse sobre los colores de los semáforos), no puede entender las reglas (tácitas) del comportamiento o de las interacciones humanas, o puede tornarse demasiado intrigado o preocupado por cuestiones semánticas. La naturalidad del mundo y de las otras personas se va perdiendo, lo que lleva por lo general a cierto grado de hiperreflectividad. La reacción del paciente es de perplejidad, curiosidad, asombro, e intenta comprender o hacerle frente (con la reflexión). Este síntoma *no debe* ser calificado si el cambio principal tiene que ver con un temor persecutorio de tipo paranoide que invade el mundo en su totalidad (*Wahnstimmung*). El racionalismo y el geometrismo mórbido son suficientes pero no necesarios para puntuar este síntoma.

Explicación de los términos

Racionalismo Mórbido. Se refiere a una actitud general del paciente, quien considera que los movimientos, los asuntos y las acciones humanas están dirigidos por reglas específicas, principios rígidos y esquemas: "El padre compra un ataúd a su hija moribunda como regalo de cumpleaños, porque el ataúd es algo que ella va a necesitar" (Parnas & Bovet, 1991).

Geometrismo. Preocupación por arreglos espaciales del mundo como simetría, aspectos matemáticos o numéricos del mundo; corresponde a una cierta obsesividad rígida, sin vida.

Traslape de racionalismo mórbido y geometrismo. Ambos representan una falta de flexibilidad artificial versus el dinamismo automático y adaptativo propio de la vida (ver Minkowski).

Ejemplos

- Todos los pensamientos acerca de la existencia se han mezclado en pedazos en mi sistema mental. No entiendo la vida. La imagen completa de la vida ha cambiado. ¡Tantas preguntas, tan pocas explicaciones! ¿Por qué estamos viviendo?
- Él plantea que "nada es relativo" en el sentido que no encuentra ninguna conexión entre las cosas del mundo.
- El idioma representa para ella un mar confuso y aplastante de una variación casi infinita de significado.
- Un paciente comenzó a dudar del significado de las palabras más comunes. Compró un diccionario para aprender estos significados desde el comienzo.
- Un paciente reflexionaba siempre sobre las características del mundo que eran evidentes de suyo: ¿por qué la hierba es verde?, ¿por qué los semáforos tienen tres colores?, ¿por qué tenemos dos ojos?

2.13. Ansiedad

Subtipo 1. Ataques de pánico con síntomas vegetativos: el paciente experimenta ataques de ansiedad severa, que se prolongan desde unos minutos hasta horas, acompañados al menos de dos de los siguientes síntomas: temblor, ahogo, palpitaciones, vértigo, hiperventilación, y miedo a morir. Esto puede también estar acompañado de miedo a la desintegración mental o a perder la razón, seguido por desrealización, o por sensaciones de autorreferencia. Tales ataques pueden ser provocados de una manera no específica por estímulos externos (por ejemplo, al quedarse solo).

Subtipo 2. Ansiedad psíquica: una severa sensación de ansiedad psíquica o de tensión, acompañada quizás por miedo a la desintegración mental, pero *sin* síntomas autonómicos.

Subtipo 3. Ansiedad fóbica: cualquier tipo de ansiedad que sea provocada por estímulos específicos tales como lugares abiertos, alturas, habitaciones pequeñas, o ciertos animales (se excluyen las situaciones sociales).

Subtipo 4. Ansiedad social: inseguridad provocada por encuentros sociales, mirada sostenida de los otros, contacto físico cercano, fiestas, aglomeraciones (puede incluir autorreferencia).

Subtipo 5. Ansiedad generalizada difusa y flotante: ansiedad, tensión interna, afecto displacentero indescriptible. La ansiedad es casi constante, y puede ser provocada por una multitud de estímulos o surgir sin razones aparentes, haciendo la vida y las relaciones con los otros casi intolerables; es sentida como una constante carga o fuente de sufrimiento (ver también ansiedad ontológica, 2.14).

Subtipo 6. Ansiedad paranoide: ansiedad de cualquier tipo ligada a ideación paranoide: ser explotado, acosado, manipulado, no respetado.

NOTA: En caso de traslape, clasifique todos los subtipos relevantes.

2.14. Ansiedad ontológica

Una sensación persistente de inseguridad, debilidad, inferioridad, indecisión, baja tolerancia a la ansiedad, de un bajo grado de ansiedad flotante (sin objeto), o de un sentimiento sutil, generalizado de la inminencia de algo malo. El estilo de vida de una persona con inseguridad ontológica está relacionado más con el instinto de *autoconservación* que con el de *autorrealización*. El mundo y los otros no son sentidos como fundamentos existenciales seguros e invariantes, sino como enigmáticos, no fiables, amenazantes. El paciente tiene la sensación persistente de estar expuesto, y una necesidad de protegerse o de ocultarse. Tales sensaciones de inseguridad ontológica están casi siempre asociadas a una perturbación profunda de la identidad, de ambivalencia, de pérdida de la evidencia natural, o de hiperreflectividad.

NOTA: Esta característica debe ser calificada conservadoramente, y puede ser detectada usualmente sólo en base a una entrevista que incluya información sobre el funcionamiento social, interpersonal, educativo, profesional, los intereses, las motivaciones, y además la exploración de la experiencia subjetiva. Por lo tanto, el síntoma se debe anotar como presente sólo en adición a la ansiedad (2.13.1; 2.13.2) o a la ansiedad intensa difusa y flotante (2.13.5); debe haber evidencia simultánea de por lo menos uno de los siguientes ítems: ambivalencia (1.9), sentido disminuido del *self* básico (2.1), distorsión de la perspectiva en primera persona (2.2), despersonalización (2.3), desrealización (2.5), hiperreflectividad (2.6) o perplejidad (2.12).

2.15. Disminución de la transparencia de la conciencia

Una sensación intensa y recurrente de no estar completamente alerta, despierto, consciente, como si hubiera una cierta falta de claridad y/o un impedimento interno. También sensaciones de presión interna, bloqueo, opacidad. Los actos de conciencia o *del modo mismo de ser consciente* aparecen peculiarmente desvanecidos, disminuidos o ineficientes.

Si el paciente se queja de un tipo de estado mental globalmente desagradable, pero no descriptible en detalle, o de una sensación global de presión, opresión, bloqueo, y similares y localiza estas sensaciones en su cabeza, mente o cerebro, entonces la transparencia disminuida se debe puntuar como presente, pero esto siempre que las quejas *no sean* causadas por un “pensamiento forzado” concomitante (1.3). Las experiencias de transparencia disminuida *no deben* ser registradas si aparecen como secundarias, por ejemplo ligadas a pensamiento forzado, estados alucinatorios, agotamiento mental, depresión clínica, trastorno afectivo estacional, trastorno orgánico-cerebral (por ejemplo, epilepsia) o a consumo de drogas.

NOTA: La claridad *no* se utiliza aquí en el contexto del *delirium*, donde se sabe que ella falta. La transparencia disminuida es muy difícil de detectar durante la entrevista; con frecuencia está acompañada por otros desórdenes del *self*.

Ejemplos

- Siento la conciencia fragmentada.
- Es como un bloqueo universal y continuo, una tensión.
- Me siento siempre despierto “a medias”.
- Tengo a menudo la sensación de no haber dormido lo suficiente.
- No tengo autoconciencia.
- Con frecuencia tengo una extraña sensación brumosa en mi cabeza.

Viñeta típica 1: “Yo tengo una sensación como si mi cerebro se encogiera”. (Pregunta: ¿Cómo? Descríbalo por favor): “Es como una presión constante dentro de mi cabeza, como si hubiera algo malo adentro, y a veces también como un anillo o una correa alrededor de mi cabeza. Esto me impide pensar y ver de manera adecuada”.

Viñeta típica 2: Un paciente dice que siempre tiene “mareos”; lo que significa que está “sólo en contacto parcial

con el mundo, sólo un 60-70%. Es como si no hubiera un hoyo (ninguna apertura) hacia el mundo". Hay una falta de transparencia entre yo mismo y el mundo. Él enfatiza: "No tiene nada que ver con la percepción, las impresiones perceptivas o con los sentidos".

NOTA: En este caso, debe anotarse presencia disminuida, subtipo 2, "caso del vidrio" (2.4.2), pero también transparencia disminuida, porque la experiencia del paciente parece implicar una disminución de la transparencia de la conciencia en tanto medio de experiencia (por ejemplo, su insistencia en el hecho que el problema no está localizado en los procesos senso-perceptivos).

2.16. Disminución de la iniciativa (A.4)

Una sensación intensa de que toda la actividad está requiriendo esfuerzo, que hay dificultad para iniciar la acción. En otras palabras, no es suficiente anotar este ítem en base a la inactividad o a la apatía. El paciente tiene que describir su incapacidad para iniciar la acción (por ejemplo, se sienta 3 horas, preparándose para ir a la oficina de correos).

Criterios de exclusión: los mismos que en la vitalidad disminuida (2.18).

2.17. Hipohedonia

Hedonia significa capacidad de experimentar placer. Marcada y frecuente disminución de la capacidad para experimentar placer frente a la estimulación perceptual "física" o intelectual del entorno inmediato (la anhedonia social se anota en otra parte [2.4]).

NOTA: En contraste con la presencia disminuida (2.4) descrita anteriormente, nos estamos ocupando aquí de sensaciones del *self* asociadas a estados corporales o mentales circunscritos en relación con la estimulación directa proveniente del ambiente (por ejemplo, placer disminuido en saborear la comida, en tomar un baño caliente, ausencia de placer sexual) o en lo referente a las actividades físicas o intelectuales previamente placenteras (por ejemplo, el deporte o la lectura de libros). Esta definición sigue la definición psiquiátrica contemporánea estándar. Con todo, es probablemente dudoso que la hipohedonia ocurra alguna vez en forma individual, como un fenómeno aislado, vale decir, sin relación con la disminución de la vitalidad (2.18), de la presencia disminuida (2.4), o de la distorsión de la perspectiva en primera persona (2.2). En el caso de traslape, se deben calificar todos los ítems relevantes.

Ejemplos

- He perdido la capacidad de sentir placer. Antes me gustaba correr; ahora ya no me interesa.
- No puedo sentir placer. Nada me estimula.

2.18. Disminución de la vitalidad

Una marcada y a menudo recurrente fatiga mental o física inexplicable, apagamiento de la vivacidad inmediata, disminución de la energía, de la espontaneidad, del "ímpetu".

Subtipo 1. Vitalidad disminuida como estado, que ocurre durante la(s) exacerbación(es) caracterizadas por la coexistencia con otros síntomas, tales como apatía, inactividad, quedarse en cama y otros síntomas, como rumiaciones o sensaciones de cambios corporales.

Subtipo 2. Vitalidad disminuida como rasgo, que se presenta de forma más o menos marcada o como algo a menudo recurrente y *como una característica relativamente aislada*.

Criterios de exclusión

Estos fenómenos no se deben calificar como presentes si son explicables por otras perturbaciones más primarias o que incluyen fenómenos como pensamiento forzado (1.3), rumiaciones hiperreflectivas (1.6), depresión clínica (que incluye melancolía y depresión mayor tratada exitosamente con antidepresivos), trastorno orgánico-cerebral o efectos farmacológicos secundarios.

Sentimientos de intencionalidad disminuida o ausente (apatía; es decir, sentimientos dirigidos específicamente a alguien, por ejemplo la familia, los hijos) son registrados arriba como presencia disminuida (2.4). Puntuar ambos en caso de duda.

Ejemplos

- No tengo energía, ninguna chispa interna.
- Me siento totalmente vacío.
- Me siento siempre cansado y agotado; he visto a un doctor, pero él no pudo encontrar ninguna alteración somática.
- He perdido toda forma de deseo. No tengo contacto conmigo mismo, me siento como un zombi.
- Perdí mis sentimientos, me he transformado casi en otra persona.

3. Experiencias corporales

Descripción general del dominio: Una sensación normal de unidad y coherencia psicofísica, un interjuego u oscilación normal del cuerpo como “vivido desde dentro”, como sujeto o alma (*Leib* espiritual, no-espacial) y del cuerpo como objeto (*Körper* espacial y físico). En otras palabras, nuestra experiencia del cuerpo no es de éste como un objeto o un sujeto. Es ambas al mismo tiempo.

3.1. Cambio morfológico (D. 9)

Usualmente sensaciones paroxísticas (“como sí”) o percepciones de disminución o constricción de partes individuales del cuerpo, o experiencias de partes del cuerpo o del cuerpo entero que se vuelve más delgado, más corto, contracturado, alargado, presionado o disminuido.

Subtipo 1. Sensaciones que afectan la totalidad del cuerpo o parte de éste y por lo general de forma paroxística.

Subtipo 2. El paciente percibe un cambio morfológico en su cuerpo; ve, por ejemplo, sus manos como alargadas (ilusiones de cambio corporal).

3.2. Fenómenos especulares (C.2.3.6)

Éste es un grupo de fenómenos que tienen en común un frecuente e intenso mirarse en el espejo o un evitar la propia imagen especular, o un mirarse sólo ocasionalmente, percibiendo entonces un cambio facial.

Los pacientes perciben cambios de su propia cara, también buscan tales cambios, y por lo tanto, se examinan en el espejo frecuente e intensamente. Pueden sorprenderse o asustarse por lo que ven, e incluso tender a evitar los espejos. A veces se miran en el espejo para asegurarse de su propia existencia. Puede ser también que miren fotos de sí mismos para encontrar su propia identidad.

NOTA: En ese caso puntúe también un sentido disminuido del *self* básico (2.1).

Subtipo 1. El paciente solamente busca cambios en el espejo o se mira con frecuencia por una razón no especificada, pero no hay percepción definida de cambio.

Subtipo 2. El paciente *percibe* su propio rostro cambiado o deformado de alguna manera.

Subtipo 3. Otros fenómenos que pueden pertenecer a esta categoría (por ejemplo, asegurarse de la propia existencia).

Ejemplos

Al subtipo 1

- En el último tiempo ella se ha sentido de algún modo extraña, no realmente ella misma, quizás fuera de sí misma. Ayer tuvo que mirarse en el espejo para comprobar si su cara había cambiado o no.

NOTA: Aquí debería registrarse también la despersonalización psíquica (2.3).

Al subtipo 2

- Ella tuvo la sensación de que su cara parecía como de bruja, y entonces no le gustó verse en el espejo.
- Ella vio que los músculos de su cuello resaltaban extrañamente.
- Cuando ella se miró en el espejo, se fijó en el ojo, al que vio de pronto como una bola en su cabeza. Fue algo “surrealista”, y sintió que su cara había sido cambiada.

3.3. Despersonalización somática (extrañamiento del cuerpo) (D.1.1)

El cuerpo, o alguna de sus partes, se perciben como extrañas, alienadas, sin vida, aisladas, separadas unas de otras, dislocadas o inexistentes.

Ejemplos

- Cuando me miro la parte inferior del cuerpo, la siento constantemente como torcida y desplazada hacia la izquierda, comparada con el resto del cuerpo.
- Tengo la sensación de que mis antebrazos izquierdo y derecho han intercambiado posiciones.
- Tengo la extraña sensación de que es el cuerpo de otra persona.
- Es como si su cuerpo fuera ajeno. Él sabe que es su cuerpo, pero se siente “como si no estuviera unido”, se siente como si su cabeza sólo estuviera pegada a su cuerpo.
- Ella siempre se siente extraña, “como si hubiera un hombrecito en su cabeza, observando este gran robot”. A veces ella mira sus brazos y sus manos, y tiene la sensación de que no son suyos.

NOTA: En contraste con el cambio morfológico (3.4) donde hay una sensación o ilusión de un cambio morfológico *específico*, aquí estamos tratando con experiencias difusas, globales.

Hay casos donde la despersonalización somática (3.3) y el cambio morfológico (3.1) no son claramente distinguibles el uno del otro. Si es así, puntúe ambos como positivos.

3.4. *Desencaje y escisión psicofísicos*

El cuerpo se siente como si realmente no encajara, como demasiado pequeño o demasiado grande o de algún modo incómodo o cambiado. Esto está asociado usualmente, aunque no siempre, a una sensación de que la mente y el cuerpo no encajan, o que no pertenecen uno al otro, como si estuvieran desconectados de alguna manera, o fueran independientes entre sí.

NOTA: No puntúe aquí desagrado en relación a aspectos específicos o concretos de la propia apariencia, por ejemplo el peso o la altura.

Ejemplos

- Él carece de una “saludable aceptación” de su cuerpo, le resulta difícil “poseerlo, cuidarlo, sin tener sensaciones de inferioridad y vergüenza”. Es difícil para él “estar simplemente en su cuerpo”.
- Ella tiene dificultad en reconocer que está en su cuerpo, y puede pensar “es extraño que yo esté aquí”.
- Él habla de una “falta de coherencia” o de una división entre la parte física, visible para los otros, y él mismo, es decir, todo lo que sucede en su mente. Él siente que su cuerpo es una propiedad compartida, algo anónimo, distanciado de él.

3.5. *Desintegración corporal*

Sensaciones de disolución o desintegración corporal, como si se separara, o se desintegrara corporalmente en pedazos o desapareciera.

NOTA: Esta experiencia puede estar ligada a desórdenes de demarcación, pero está puesta aquí en beneficio de la entrevista.

3.6. *Espacialización de experiencias corporales*

Predomina la experiencia del cuerpo o sus partes como objetos físicos (físico/espacial), a expensas de experiencias corporales vivas, espirituales, no espaciales.

El paciente puede experimentar aquí una clase de acceso introspectivo inusual a las partes del cuerpo normalmente mudas o a los procesos fisiológicos (por ejemplo, el paciente siente sus órganos internos o sus procesos fisiológicos).

Ejemplos

- Siente su útero como si no fuera suyo, como si estuviera separado de alguna manera.

NOTA: La despersonalización somática (2.8) también se puntúa aquí.

- Puedo sentir la sangre correr debajo de mi piel.

3.7. *Experiencias cenestésicas (D.1; 3–9; 11–14)*

Sensaciones corporales inusuales de adormecimiento y de rigidez: una sensación de insensibilidad, entumecimiento o adormecimiento (por ejemplo, en las manos, en los pies o en otras partes del cuerpo).

Sensaciones corporales inusuales de dolor en un área distinta, no comparable a los dolores premórbidos conocidos.

Sensaciones corporales que migran vagando a través del cuerpo.

Sensaciones corporales eléctricas, sensaciones de ser electrocutado.

Sensaciones térmicas (sensaciones de calor y de frío).

Sensaciones corporales de movimiento, de tracción o de presión dentro del cuerpo o en su superficie.

Sensaciones de pesadez, ligereza o vacío anormal, de caer o de hundirse, de levitación o elevación; estas sensaciones afectan al cuerpo entero o sólo a partes de él.

Sensaciones vestibulares.

Disestesias provocadas por estímulos sensoriales o táctiles: molestias, es decir, dolor que es provocado por un estímulo acústico. Tacto que se siente desagradable y doloroso.

Crisis Disestésica: estados paroxísticos que duran segundos o minutos y comprenden sensaciones de menoscabo corporal, perturbaciones neurovegetativas y miedo a morir.

3.8. Perturbaciones motoras

Subtipo 1. Pseudo-movimientos del cuerpo (D.10): el paciente experimenta pseudo-movimientos de su cuerpo o de partes de él, como por ejemplo de los miembros (no confundir con interferencia motora, donde ocurren movimientos reales).

Ejemplo

- Sensación de que el cuerpo se balancea o que la pierna salta.

Subtipo 2. Interferencia motora (C.3.1): descarrilamientos motores o verbales que ocurren sin o en contra de la voluntad del paciente, y típicamente interfieren con las acciones motoras intencionadas o con el discurso. Tales descarrilamientos son parte de comportamientos usualmente voluntarios (movimientos pseudo-espontáneos, por ejemplo, espasmo de la mirada, movimientos estereotipados, automatismos), y no son considerados por el paciente como creados o influidos por fuerzas externas.

Subtipo 3. Bloqueo motor (C.3.2): impedimento o completo bloqueo de las acciones motoras intencionadas. Ocurre como un paroxismo. Completo bloqueo (*Bannungszustände*) que puede aparecer en forma repentina, como un ataque o un paroxismo, y desaparecer rápidamente. El paciente está completamente consciente, pero no puede moverse ni hablar. Estos bloqueos se pueden considerar como contraparte del síndrome de automatismo (C.3.1).

Subtipo 4. Sensación de paresia motora (D.2.): una sensación repentina de debilidad o paresia de los brazos o de las piernas en uno o ambos lados del cuerpo. Estas “sensaciones de paresia” pueden llevar a cojear o a que se caigan las cosas de las manos, a no poder sostener las herramientas y tener que detener el trabajo. Además de las variantes de corta duración, también ocurren sensaciones de paresia duraderas (que persisten por semanas).

Subtipo 5. Desautomatización del movimiento (C.3.3): las acciones habituales, cotidianas (tales como vestirse, lavarse, afeitarse, peinarse), que en el pasado se han llevado a cabo en forma más o menos automática, no se pueden realizar más o solamente con gran esfuerzo de voluntad. Tardan más tiempo y tienen que ser realizadas con atención máxima y muy consciente.

Las acciones parcialmente automatizadas (por ejemplo andar en bicicleta, tejer o trabajar en la cocina) también están perturbadas. Las rutinas de acción que habían estado disponibles sin esfuerzo se pierden más o menos por completo.

3.9. Experiencia mimética (resonancia entre el propio movimiento y el movimiento de los otros) (C.2.3.7)

Pseudomovimientos de objetos y de seres humanos percibidos, que son experimentados en particular cuando el propio paciente está en movimiento. Por lo tanto, él intentará con frecuencia evitar moverse. O el paciente o el objeto o persona se mueven primero, o ambos simultáneamente, y el paciente siente como si hubiera un extraño enlace entre los dos.

NOTA: La experiencia mimética tiene afinidades con la experiencia solipsista (dominio 5). Se ubica aquí en beneficio de la entrevista, ahora enfocada en el cuerpo y el movimiento.

4. Demarcación/Transitivismo

Descripción general del dominio: Pérdida o permeabilidad del límite sí mismo-mundo. Estos desórdenes se ligan de cerca con los desórdenes de la conciencia de sí mismo y de la presencia, pero debido a su naturaleza sintomática más articulada se enumeran aquí por separado.

4.1. Confusión con el otro

El paciente se experimenta a sí mismo y a su interlocutor como siendo mezclado o invadido, en el sentido que él pierde la noción de cuáles pensamientos, sentimientos y expresiones fueron originados en quién. Él puede describirlo como una sensación de invasión, impuesta de un modo inespecífico, pero desagradable o que provoca ansiedad. En el grado extremo de esto último, también puntúa 4.3, subtipo 1.

4.2. Confusión con la propia imagen especular

Una sensación de incertidumbre respecto a quién es quién o quién está dónde, cuando mira en su propio espejo o su imagen reflejada en otra parte (por ejemplo, en el vidrio de una tienda), o cuando mira retratos y pinturas.

4.3. Contacto corporal amenazante

Subtipo 1. Una sensación de ansiedad o inquietud extrema al estar cerca o ser tocado por otro, incluso por una persona cercana, o al ser abrazado. El contacto corporal se siente como una amenaza a la propia autonomía y a la existencia misma. Las relaciones sexuales pueden resultar insoportables.

NOTA: No clasifique este síntoma cuando parece causado por una actitud paranoidea y suspicaz.

Subtipo 2. Una sensación de desaparición, de aniquilación personal, o de dejar de existir, al ser expuesto a un contacto cercano con otro, por ejemplo, durante una relación sexual.

4.4. Pasividad del humor (*Beeinflussungsstimmung*)

Una sensación o humor difuso de estar en una posición, de algún modo pasiva, peligrosamente expuesto, a merced del mundo, de una manera inespecífica y no concreta. Es una suerte de opresión por algo negativo que puede suceder en forma inminente, sin ninguna especificación temática (se traslapa con el humor delirante). La sensación íntima de ser un sujeto autónomo y volitivo disminuye, lo que puede hacer necesario, a veces, calificar también la distorsión de la perspectiva en primera persona (2.2). El paciente no tiene ninguna experiencia o idea delirante concreta de influencias externas, aunque sí siente como si estuviera de alguna manera oprimido por el mundo externo.

4.5. Otros fenómenos transitivos

Otras sensaciones de delimitación corporal inadecuada (también frente a objetos inanimados), una sensación generalizada de estar de alguna manera “demasiado abierto o ser demasiado transparente”, o de tener la “piel extraordinariamente delgada”, sin ninguna barrera, o un estado en el cual el paciente está en exceso preocupado por los mecanismos exactos de las relaciones y/o influencias sí mismo-mundo y sí mismo-otros, o la sensación de tener una “capa extra” especial que cubre la superficie de su cuerpo.

Las variedades de percepción aumentada, donde el paciente se queja de tener una escasa barrera contra los estímulos sensoriales (principalmente ópticos) también se deben anotar aquí.

5. Reorientación existencial

Descripción general del dominio: El paciente experimenta una reorientación fundamental con respecto a su visión de mundo metafísica y/o a su jerarquía de valores, proyectos e intereses. En rigor, las experiencias anómalas de la autoconciencia son enactuadas y así expresadas existencialmente.

Experiencias de tipo solipsista (Ítems 5.1-5.6)

El paciente siente de cierta manera como si fuera un sujeto *único* (literalmente o en el sentido de la centralidad) en el mundo, puede tener una sensación efímera de poseer habilidades o poderes extraordinarios (como si fuera un creador), puede experimentar el mundo externo como una ficción de su propia imaginación (el mundo llega a ser mente-dependiente), y el paciente puede sentir un acceso experiencial a las capacidades constitutivas de su propia mente (acceso experiencial a su “inconsciente cognitivo”).

5.1. Fenómeno de autorreferencia primaria (C.1.17)

El sujeto detecta un vínculo inmediato entre sí mismo y los acontecimientos externos o las otras personas, un vínculo que *no* es explicado ni mediado por una actitud paranoidea preexistente, sensaciones de insuficiencia, crisis de pánico precedentes o culpabilidad depresiva. En otras palabras, estamos tratando aquí con *fenómenos de autorreferencia primarios que no pueden ser reducidos psicológicamente* (es decir, explicados en términos de otros mecanismos).

Ejemplos

- En una fiesta todo le parecía que se originaba en él o que era dependiente de él.
- Al ver a un grupo de pasajeros que bajaban del autobús, ella tuvo la sensación de que realizaban una cierta clase de parodia de su estado actual.
- Mientras él bebía una taza de café, tuvo la idea que las nubes se asemejaban a un hombre que bebía una taza de café.

5.2. Sensación de centralidad

Sensaciones fugaces de ser el centro del universo.

Ejemplo

- Un antiguo médico recordaba que cuando trabajaba en un pequeño hospital de provincia, tenía a

veces un sentimiento pasajero de “como si” él fuera el único médico verdadero en todo el mundo y el destino de la humanidad dependiera de él.

5.3. Sensación como si el campo experiencial del sujeto es la única realidad existente

Ejemplo

- Un paciente tenía a veces la sensación como si sólo existieran los objetos de su propio campo visual. Otras personas y lugares parecían no existir. Él lo consideraba luego como un sin sentido.

5.4. Sensaciones “como si” de poseer un extraordinario poder creativo, un extraordinario insight de las dimensiones ocultas de la realidad, o un extraordinario insight de la propia mente o de la mente de los otros

5.5. Sensación “como si” de que el mundo vivido no es verdaderamente real, que existe, como si fuera de algún modo aparente, ilusorio o engañoso

Ejemplos

- Él percibe a las otras personas como robots y todas las cosas son como un pote grande de moléculas; luego empieza a preguntarse si el mundo es real.
- Cuando niña sentía que el “el mundo entero había sido construido sólo para ella”, como un escenario.

5.6. Ideas mágicas (por ejemplo, ideas que implican causalidades inmateriales), vinculadas con el modo subjetivo de la experiencia (5.1-5.5)

Ejemplo

- Él tuvo la impresión que podía controlar el clima, como si éste cambiara con su estado de ánimo.

5.7. Cambio existencial o intelectual

Nueva o inusual preocupación por temas existenciales, metafísicos, religiosos, filosóficos o psicológicos. No puntúe aquí en caso de estados hipomaniacos o maniacos.

Temas frecuentemente reportados: fenómenos sobrenaturales, religión (especialmente de Oriente), experiencias místicas, filosofía; temas trascendentales, meditación, psicología, rituales antiguos, símbolos, la reencarnación, la vida por venir, la lucha entre el bien y

el mal, la paz y la comunicación universales, el sentido de la existencia, el destino de la humanidad, la salvación, aproximaciones alternativas a la ciencia, ideas relacionadas con salud y nutrición.

Ejemplos

- Nuevas ideas e intereses invadieron gradualmente mi vida y el pensar en ellas me absorbía; dejaron una marca en mi vida entera.
- Muy ocupado con pensamientos sobre cómo ser suficientemente bueno.
- Él tuvo que redefinir y analizar todo lo que había estado pensando.
- Necesité nuevos conceptos para comprender el mundo y la existencia humana.

5.8. Grandiosidad solipsista

El paciente, en el discurso o en el comportamiento, muestra una actitud de superioridad respecto a sus congéneres, la que está claramente asociada a sus sensaciones de poseer capacidades o *insights* extraordinarios (5.4). Los otros son vistos como imbéciles e ignorantes, que sólo persiguen aspectos materiales (o superficiales) de la existencia. Esta actitud tiene a menudo un leve matiz manierístico.

REFERENCIAS

1. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M: Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen. Berlin, Springer, 1987 (Danish transl PHandest, MHandest, Copenhagen, Synthélabo, 1995)
2. Handest P, Parnas J: Clinical characteristics of 50 first-admitted ICD-10 schizotypal patients. *Br J Psychiatry* 2005; 187(suppl): 49–54
3. Matthyse S, Holzman PS, Gusella JF, Levy DL, Harte CB, Jørgensen Å, Møller L, Parnas J: Linkage of eye movement dysfunction to chromosome 6p in schizophrenia: additional evidence. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2004; 128: 30–36
4. Merleau-Ponty M: *Phenomenology of Perception*. London, Routledge and Kegan, 1962
5. Møller P, Husby R: The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophr Bull* 2000; 26: 217–232
6. Parnas J: Self and schizophrenia: a phenomenological perspective; in Kircher T, David A (eds): *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. Cambridge, Cambridge University Press, 2003, pp 127–141
7. Parnas J, Bovet P: Autism in schizophrenia revisited. *Compr Psychiatry* 1991; 32: 1–15
8. Parnas J, Cannon T, Jacobsen B, Schulsinger H, Schulsinger F, Mednick SA: Life-time DSM III-R diagnostic outcomes in offspring of schizophrenic mothers: the results from the Copenhagen High Risk Study. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 707–714

9. Parnas J, Handest P: Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 121–134
10. Parnas J, Handest P, Sæbye D, Jansson L: Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 126–133
11. Parnas J, Jansson L, Sass LA, Handest P: Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia: a pilot study of first admissions. *Neurol Psychiatry Brain Res* 1998; 6: 107–116
12. Parnas J, Zahavi D: The role of phenomenology in psychiatric classification and diagnosis; in Maj M, Gaebel W, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N (eds): *Psychiatric Diagnosis and Classification*. World Psychiatric Association's Series on Evidence and Experience in Psychiatry. Chichester, Wiley, 2002, pp 137–162
13. Sass LA, Parnas J: Self, consciousness, and schizophrenia. *Schizophr Bull* 2003; 29: 427–444

Apéndice A
EASE- CRITERIO DE PUNTUACIÓN

Frecuencia/severidad		Puntaje
Ausencia	ausencia (definitivamente ausente o nunca experimentado)	0
Presencia cuestionable	quizás experimentado, pero sólo en pocas ocasiones, o de modo muy poco intenso durante la vida del paciente	1
Presente		
Leve	definitivamente experimentado, por lo menos tres veces en total (generalmente con mayor frecuencia), pero en ocasiones irregulares; el síntoma no constituye un problema grave o una fuente de estrés para el paciente	2
Moderado	el síntoma está presente diariamente o por extensos periodos (ej. por lo menos diariamente en una semana, dos veces al año) o con frecuencia pero esporádicamente durante por lo menos 12 meses (puede constituir un problema o una fuente de estrés)	3
Severo	casí constantemente presente (ej. diariamente durante las 2 últimas semanas); típicamente estresante, fuente de sufrimiento y disfunción	4
No clasificable	falta información que permita hacer una valoración	en blanco

Nivel de presencia	Puntaje	Presente ahora ej. 2 semanas	Asociado con consumo de drogas	Factores provocadores específicos	Elaboración psicótica
Ausencia					
Presencia cuestionable					
Leve					
Moderado					
Severo					

Apéndice B

LISTA DE ÍTEMES EASE

- | | | | |
|--------|--|--------|--|
| 1 | Cognición y flujo de conciencia | 2.4.2 | Subtipo 2: distancia respecto del mundo |
| 1.1 | Interferencia del pensamiento | 2.4.3 | Subtipo 3: como en subtipo 2 más desrealización |
| 1.2 | Pérdida de la ipseidad del pensamiento (“Gedankenenteignung”) | 2.5 | Desrealización |
| 1.3. | Pensamiento forzado | 2.5.1 | Subtipo 1: desrealización fluida global |
| 1.4. | Bloqueo del pensamiento | 2.5.2 | Subtipo 2: desrealización intrusiva |
| 1.4.1 | Subtipo 1: bloqueo | 2.6 | Hiperreflectividad; reflectividad aumentada |
| 1.4.2 | Subtipo 2: desvanecimiento | 2.7 | Yo- escindido (“Ich-Spaltung”) |
| 1.4.3 | Subtipo 3: combinación | 2.7.1 | Subtipo 1: sospecha de yo-escindido |
| 1.5. | Eco silencioso del pensamiento | 2.7.2 | Subtipo 2: experiencia “como si” |
| 1.6 | Rumiaciones-obsesiones | 2.7.3 | Subtipo 3: experiencia espacializada concreta |
| 1.6.1 | Subtipo 1: rumiaciones primarias | 2.7.4 | Subtipo 4: elaboración delirante |
| 1.6.2 | Subtipo 2: rumiaciones secundarias | 2.8 | Despersonalización disociativa (experiencia de estar fuera del cuerpo) |
| 1.6.3 | Subtipo 3: obsesiones verdaderas | 2.8.1 | Subtipo 1: fenómeno “como si” |
| 1.6.4 | Subtipo 4: pseudoobsesiones | 2.8.2 | Subtipo 2: alucinación visual disociativa |
| 1.6.5 | Subtipo 5: rituales/compulsiones | 2.9 | Confusión de la identidad |
| 1.7 | Pensamiento sonoro | 2.10 | Sentido de cambio en relación con edad cronológica |
| 1.7.1 | Subtipo 1: interno | 2.11 | Sentido de cambio en relación con el género |
| 1.7.2 | Subtipo 2: equivalentes | 2.11.1 | Subtipo 1: temor ocasional de ser homosexual |
| 1.7.3 | Subtipo 3: interno como síntoma de primer orden | 2.11.2 | Subtipo 2: sensación como si fuera del sexo opuesto |
| 1.7.4 | Subtipo 4: externo | 2.12 | Pérdida sentido común/perplejidad/evidencia natural |
| 1.8 | Espacialización de la experiencia | 2.13 | Ansiedad |
| 1.9 | Ambivalencia | 2.13.1 | Subtipo 1: ataques de pánico con síntomas vegetativos |
| 1.10 | Incapacidad para discriminar modalidades de intencionalidad | 2.13.2 | Subtipo 2: ansiedad psíquica |
| 1.11 | Perturbación de la iniciativa/ intencionalidad del pensamiento | 2.13.3 | Subtipo 3: ansiedad fóbica |
| 1.12 | Perturbaciones de la atención | 2.13.4 | Subtipo 4: ansiedad social |
| 1.12.1 | Subtipo 1: cautivación por detalles | 2.13.5 | Subtipo 5: ansiedad generalizada difusa y flotante |
| 1.12.2 | Subtipo 2: inhabilidad para dividir la atención | 2.13.6 | Subtipo 6: ansiedad paranoide |
| 1.13 | Trastorno de la memoria a corto plazo | 2.14 | Ansiedad ontológica |
| 1.14 | Perturbación de la experiencia del tiempo | 2.15 | Disminución de la transparencia de la conciencia |
| 1.14.1 | Subtipo 1: perturbación del tiempo subjetivo | 2.16 | Disminución de la iniciativa |
| 1.14.2 | Subtipo 2: perturbación del tiempo existencial (temporalidad) | 2.17 | Hipohedonia |
| 1.15 | Discontinuidad de la conciencia de la propia acción | 2.18 | Disminución de la vitalidad |
| 1.16 | Discordancia entre expresión y expresado | 2.18.1 | Subtipo 1: tipo estado |
| 1.17 | Perturbación de la función lenguaje expresivo | 2.18.2 | Subtipo 2: tipo rasgo |
| <hr/> | | | |
| 2. | Autoconciencia y presencia | 3. | Experiencias corporales |
| 2.1 | Sentido disminuido del <i>self</i> básico | 3.1 | Cambio morfológico |
| 2.1.1 | Subtipo 1: comienzo en la infancia | 3.1.1 | Subtipo 1: sensación de cambio |
| 2.1.2 | Subtipo 2: comienzo en la adolescencia | 3.1.2 | Subtipo 2: percepción de cambio |
| 2.2 | Perturbación perspectiva en primera-persona | 3.2 | Fenómenos especulares |
| 2.2.1 | Subtipo 1: mismidad/subjetividad | 3.2.1 | Subtipo 1: buscar cambios |
| 2.2.2 | Subtipo 2: distancia experiencial (automonitoreo) | 3.2.2 | Subtipo 2: percepción de cambio |
| 2.2.3 | Subtipo 3: espacialización del <i>self</i> | 3.2.3 | Subtipo 3: otros fenómenos |
| 2.3 | Despersonalización psíquica (autoalienación) | 3.3 | Despersonalización somática (extrañamiento del cuerpo) |
| 2.3.1 | Subtipo 1: despersonalización melancoliforme | 3.4 | Desencaje y escisión psicofísicos |
| 2.3.2 | Subtipo 2: despersonalización sin especificar | 3.5 | Desintegración corporal |
| 2.4 | Presencia disminuida | 3.6 | Espacialización (objetivación) de experiencias corporales |
| 2.4.1 | Subtipo 1: no ser afectado | | |

-
- | | | | |
|-------|---|-----|--|
| 3.7 | Experiencias cenestésicas | 5. | Reorientación existencial |
| 3.8 | Perturbaciones motoras | 5.1 | Fenómeno de autorreferencia primaria |
| 3.8.1 | Subtipo 1: pseudo-movimientos del cuerpo | 5.2 | Sensación de centralidad |
| 3.8.2 | Subtipo 2: interferencia motora | 5.3 | Sensación como si el campo experiencial del sujeto es la única realidad existente |
| 3.8.3 | Subtipo 3: bloqueo motor | 5.4 | Sensaciones "como si" de poseer un extraordinario poder creativo, un extraordinario <i>insight</i> de las dimensiones ocultas de la realidad, o un extraordinario <i>insight</i> de la propia mente o de la mente de los otros |
| 3.8.4 | Subtipo 4: sensación de paresía motora | 5.5 | Sensación "como si" de que el mundo vivido no es verdaderamente real, que existe, como si fuera de algún modo aparente, ilusorio o engañoso |
| 3.8.5 | Subtipo 5: desautomatización del movimiento | 5.6 | Ideas mágicas enlazadas con el modo subjetivo de la experiencia |
| 3.9 | Experiencia mimética (resonancia entre el propio movimiento y el movimiento de los otros) | 5.7 | Cambio existencial o intelectual |
-
- | | | | |
|-------|--|-----|-------------------------|
| 4. | Demarcación/transitivismo | 5.8 | Grandiosidad solipsista |
| 4.1 | Confusión con el otro | | |
| 4.2 | Confusión con la propia imagen especular | | |
| 4.3 | Contacto corporal amenazante | | |
| 4.3.1 | Subtipo 1: sensación desagradable, ansiedad | | |
| 4.3.2 | Subtipo 2: sensación de desaparición, aniquilación | | |
| 4.4 | Pasividad del humor ("Beeinflussungsstimmung") | | |
| 4.5 | Otros fenómenos transitivos | | |
-

Apéndice C

COMPARACIÓN EASE/BSABS

EASE		BSABS
1.1	Interferencia del pensamiento	C.1.1
1.3.	Pensamiento forzado	C.1.3
1.4.	Bloqueo del pensamiento	C.1.4
1.6.1	Rumiaciones primarias	C.1.2 (parcial)
1.6.2	Rumiaciones secundarias	C.1.2 (parcial)
1.6.3	Obsesiones verdaderas	B.3.2 (parcial)
1.6.4	Pseudoobsesiones	B.3.2 (parcial)
1.6.5	Rituales/compulsiones	B.3.2 (parcial)
1.9	Ambivalencia	A.5
1.10	Incapacidad discriminar modalidades de intencionalidad	C.1.15/A.6.2 (parcial)
1.11	Perturbación iniciativa/ intencionalidad del pensamiento	C.1.13
1.12.1	Cautivación por detalles	C.2.9
1.12.2	Inhabilidad para dividir la atención	A.8.4
1.13	Trastorno de la memoria a corto plazo	C.1.9
1.15	Discontinuidad conciencia de la propia acción	C.2.10
1.16	Discordancia entre expresión y expresado	A.7.2
1.17	Perturbación función lenguaje expresivo	C.1.7
2.2.2	Distancia experiencial	B.3.4 (parcial)
2.3.2	Despersonalización sin especificar	B.3.4 (parcial)
2.4.1	No ser afectado	A.6.3 (parcial)
2.5.1	Desrealización fluida global	C.2.11
2.5.2	Desrealización intrusiva	C.2.11
2.6	Hiperreflectividad; reflectividad aumentada	B.3.1
2.13.2	Ansiedad psíquica	D.15 (parcial)
2.13.3	Ansiedad fóbica	B.3.3
2.16	Disminución de la iniciativa	A.4
2.17	Hipohedonia	A.6.3 (parcial)
2.18.1	Disminución de la vitalidad tipo estado	A.3.1 (parcial)
2.18.2	Disminución de la vitalidad tipo rasgo	A.3.1 (parcial)
3.1.1	Cambio morfológico, sensación de cambio	D.9
3.2.2	Fenómenos especulares, percepción de cambio	C.2.3.6 (parcial)
3.3	Despersonalización somática	D.1.1
3.7	Experiencias cenestésicas	D.1; D.3-9; D.11-14
3.8.1	Pseudomovimientos del cuerpo	D.10
3.8.2	Interferencia motora	C.3.1
3.8.3	Bloqueo motor	C.3.2
3.8.4	Sensación de paresía motora	D.2
3.8.5	Desautomatización del movimiento	C.3.3
3.9	Experiencia mimética	C.2.3.7
5.1	Fenómeno de autorreferencia primaria	

A beneficio de la exhaustividad, debe notarse que hay ciertos traslapes naturales entre los ítems EASE y BSABS; no obstante, las definiciones no necesitan ser exactamente idénticas. En general, los ítems EASE se describen con detalle más de tipo fenomenológico. Con el propósito de comparación, se presentan las listas de ítems de ambas escalas. Esto permite evaluar las semejanzas entre los estudios usando diversos instrumentos.