

Recursos Terapéuticos

Tratando...

esquizofrenia

Ese desconocido mal

Marisa García-Merita

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

Tratando...

esquizofrenia

Ese desconocido mal

Marisa García-Merita

PSICÓLOGA, PROFESORA TITULAR DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN
Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA

Tratando...

esquizofrenia

Ese desconocido mal

EDICIONES PIRÁMIDE

RECURSOS TERAPÉUTICOS

Directora:

Aurora Gavino

Catedrática de Psicología.

Universidad de Málaga

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Marisa García-Merita, 2022

© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2022

Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es

Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid

Teléfono: 91 393 89 89

www.edicionespiramide.es

ISBN digital: 978-84-368-4667-6

*Ni un pájaro en el bosque,
Señor; tan sólo sombras
y algo que no quiere morir,
entre las ramas.*

*Sombras en mí
y alrededor de mí,
y el rudo golpear de tu mano
en mi espalda.*

*Las aguas que dormían,
las poderosas aguas,
se han vuelto turbulentas
y amenazan con inundarlo todo...*

GERARDO ROSALES
Poema de Yavé

Dedicatoria y agradecimientos	11
Introducción: La esquizofrenia, ese desconocido mal	13
1. Recuerdo histórico del concepto de esquizofrenia	17
2. La perspectiva biológica en el estudio de las esquizofrenias	25
3. Esquizofrenia y conciencia	29
3.1. En busca de lo nuclear del fenómeno esquizofrénico	29
3.2. Conciencia y esquizofrenia	30
3.3. La estructura fenomenológica de la conciencia	32
3.4. La hipotonía de la conciencia	32
4. Psicopatología de la esquizofrenia	29
4.1. Notas clínicas fundamentales para el diagnóstico de esquizofrenia	42
5. Criterios diagnósticos de las esquizofrenias	45
5.1. Primeras aproximaciones	45
5.2. El sistema DSM	46
5.3. Sistemas clasificatorios de la OMS	47
5.4. Síntomas positivos y negativos	48
6. Técnicas de evaluación	51
6.1. La entrevista	51
6.1.1. Entrevistas para el diagnóstico de las esquizofrenias basadas en el DSM	52
6.1.2. Entrevistas para el diagnóstico de las esquizofrenias basadas en el RDC	53
6.2. Escalas de valoración de síntomas	54
6.3. Autoinformes para el diagnóstico y evaluación de las esquizofrenias ...	58
6.4. Observación y ajuste psicosocial	61

6.5.	Evaluación psicofisiológica de las esquizofrenias	62
6.5.1.	La actividad electrodérmica	62
6.5.2.	Los movimientos oculares	65
6.5.3.	Potenciales evocados.....	65
7.	Formas clínicas de las esquizofrenias	67
7.1.	Formas clásicas	67
7.2.	La aportación de Rojo Sierra.....	69
7.3.	La clasificación del DSM.....	73
7.4.	Aproximaciones actuales.....	74
8.	Campo sistémico etiopatogénico de las esquizofrenias.....	77
8.1.	Campo etiopatogénico y vulnerabilidad.....	77
8.2.	Factores disposicionales.....	78
8.3.	Factores sensibilizantes.....	79
8.4.	Factores desencadenantes.....	81
9.	La psicoterapia de la esquizofrenia	83
9.1.	Terapias farmacológicas	83
9.2.	Sistemas de intervención multidimensional.....	84
9.3.	Estrategias psicológicas	86
9.4.	La sesión terapéutica	86
9.4.1.	La primera entrevista	87
9.4.2.	Entender al esquizofrénico.....	87
9.4.3.	Actitudes y aptitudes del terapeuta	89
9.4.4.	¿Quién asume la responsabilidad?.....	90
9.4.5.	La sesión terapéutica.....	91
	Referencias bibliográficas	101

Dedicatoria y agradecimientos

Este libro tiene dos progenitores y a ellos va dedicado, junto con mi agradecimiento. El primer progenitor es el profesor Miguel Rojo Sierra, catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Valencia al que, desgraciadamente, hemos perdido por su temprana muerte en el año 2002.

El profesor Rojo dedicó casi toda su vida a intentar comprender el fenómeno esquizofrénico. Este trastorno había despertado su atención durante su formación en la escuela de psiquiatría granadina y su permanencia durante varios años en el Hospital Real de Dementes de Granada como jefe de sección de Psiquiatría, en una época en que la asistencia psiquiátrica hospitalaria era muy deficiente.

En ese intento por acercarse al mundo de lo esquizofrénico, se introdujo en el intrincado mundo del estudio experimental de la conciencia humana. Consideraba que lo nuclear del fenómeno esquizofrénico se basaba en una alteración del tono de la misma.

Tuve el honor y la suerte de que, a su venida a Valencia como catedrático de psiquiatría, me considerase su discípula y me permitiese acompañarle en ese apasionante reto que es el estudio experimental de la conciencia humana. Esa investigación exigía, entre otras cosas, un conocimiento profundo del mundo del «esquizofrénico», ya que estábamos intentando descender a la «sima» donde se encontraba, con la intención no sólo de comprenderle, sino de «rescatarle» de ese abismo. Por ello, a mi maestro debo el conocimiento vivido del mundo de lo esquizofrénico, pero también lo más importante que un psicoterapeuta puede tener: la enseñanza en la autenticidad personal, en la entrega frente al ser humano que sufre, en esa necesaria y auténtica relación persona-persona que él preconizaba como algo esencial de la psicoterapia.

El otro progenitor del libro es mi amiga Aurora Gavino Lázaro, catedrática de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Málaga.

Aurora y yo hemos sido compañeras de estudios y de fatigas. Hemos acariciado proyectos conjuntos, casi siempre demasiado aventureros y arriesgados para al final llevarlos a cabo. Nuestra gran resistencia a la frustración, casi genética, nos ha permitido reírnos hasta de nuestra propia sombra y no hun-

dirnos frente a las muchas adversidades por las que pasaba nuestra formación y nuestra profesión. Pero no me interpreten mal, no con esa risa agresiva e ineducada que cosifica a los otros seres humanos, sino con esa risa, específicamente humana, que permite que siempre veamos el lado esperpéntico de la vida, como si de una película de Almodóvar se tratase.

Estoy segura de que Aurora, con su especial intuición, había captado que mi resistencia a la frustración estaba mermando y estaba a punto de «tirar la toalla», que no pensaba investigar más en este campo. Por eso me encargó que escribiese este libro sobre la esquizofrenia. Además, me insistió, «quiero un libro que refleje tu experiencia sobre el tema, tus opiniones y tu postura frente a este fenómeno...». Pues aquí estoy, removiendo el pasado, intentaré transmitir los aspectos más fundamentales de mis conocimientos sobre ese desconocido mal, sobre esa terrible enfermedad que hunde al ser humano en profundidades a las que resulta casi imposible descender y que cuando se desciende, se descubre con desesperación que no resulta nada fácil hacerlo ascender a la superficie de la «normalidad».

Introducción: la esquizofrenia, ese desconocido mal

Las llamadas psicosis esquizofrénicas son el trastorno mental que más prevención y extrañeza provoca en la sociedad. Es la esquizofrenia el trastorno más cargado de misterio y de leyenda y el peor conocido por legos y expertos.

El término esquizofrenia parece evocar terror cuando alguna persona lo escucha como posible diagnóstico de un ser querido, y a mucha gente no le gustaría compartir el mismo edificio de viviendas con una persona con este diagnóstico. Falsos mitos atribuyen a estos enfermos innumerables conductas aberrantes y peligrosas. Tanto es así, es tal el rechazo y el miedo que estos pacientes producen en la población, que las diferentes Administraciones Públicas se encuentran con fuertes resistencias vecinales a la hora de ubicar centros especializados en su tratamiento y rehabilitación.

Este término fue acuñado por Bleuler en 1911. En su etimología latina quiere decir «mente dividida». No es un término totalmente apropiado pero, desde luego, mucho más acertado que el hasta entonces utilizado de «demenia precoz».

Una cosa quiero dejar clara desde un principio y es que el término «esquizofrenia» no es un concepto sino sólo un vocablo, ya que no nos informa de casi nada concreto. Este término, al contrario de otros nombres de enfermedades, no conlleva un mensaje lingüístico, ya que no nos informa de una etiología, de una anatomofisiología, de unos síntomas y de un pronóstico. Efectivamente, no existe un criterio claro de lo que es la esquizofrenia, ni por la fenomenología, ni por la clínica. Como muy acertadamente señalara Rojo Sierra (1985), «tampoco desde la psicopatología podemos crear un concepto firme que connote esquizofrenia, así que no es de extrañar que los que esperaban un concepto clínico de lo esquizofrénico tuvieran que desnaturalizarse en algo. Pero no puede haber conceptos sin «eidos» y aunque siguieron aferrados a un pretendido concepto de esquizofrenia, éste se mostraba cada vez más y más vacío...». Además, el pronóstico debería ser reservado ya que es muy probable que el paciente no se cure, pero también puede ocurrir que sí que lo haga.

Muchos autores se plantean la cuestión de si la esquizofrenia es una enfermedad crónica deteriorante, de si es una única enfermedad con diferentes ma-

nifestaciones o si en realidad es un grupo heterogéneo de enfermedades. Ciertamente, es muy posible que la esquizofrenia no sea más que una fachada, aparentemente similar para nuestra vista, de especies patológicas muy diferentes. Es posible que estemos etiquetando con el mismo nombre a un conjunto de enfermedades distintas, tanto en su pronóstico como en su etiología y, por tanto, en su tratamiento. Lo que ocurre es que al no poder determinar estos importantes aspectos y debido al gran distanciamiento existencial y primario que presentan los sujetos así diagnosticados, nos parecen el mismo síndrome. Avala esta suposición, de que podrían ser síndromes distintos, el hecho de que sabemos, pero siempre a posteriori, que existen trastornos esquizofrénicos que «se curan» y otros cuyo curso es crónico y deteriorante. Sólo con que pudiésemos pronosticar previamente, al hacer el diagnóstico, dicha benignidad o malignidad ya habríamos dado un paso de gigante en el conocimiento de esta enfermedad.

Pero mientras que esto ocurre tenemos que luchar con las armas existentes contra el sufrimiento que supone, para la persona y para sus familiares, ser diagnosticado de esquizofrenia. He dicho conscientemente ser diagnosticado de esquizofrenia, en vez de padecer una esquizofrenia, ya que, ante la falta de información lingüística que nos aporta el término, es evidente que puede resultar muy difícil realizar un diagnóstico preciso. Al menos en el sentido en que entendemos la palabra «diagnóstico», ya que, realmente, lo que queremos decir cuando diagnosticamos a alguien de padecer un trastorno esquizofrénico vendría a ser una cosa así:

«Esta persona padece un trastorno psíquico en el que puedo apreciar la siguiente sintomatología (enumeraríamos los diferentes psicósintomas). Por la experiencia que tenemos hasta el momento, podría ocurrir que esto correspondiese a ese modelo de enfermedad que, de existir, se llamaría esquizofrenia. No puedo decirle sus causas, ni cuál va a ser su evolución, ni si se va a curar o no, lo único que sé es que los síntomas que padece son muy constrictivos y alejan al sujeto de la realidad consensuada, haciendo muy difícil la convivencia. También puedo decirle que, en algunas ocasiones, personas con síntomas y características parecidas no han podido curarse nunca, pero también es verdad que en otras ocasiones algunos sujetos han mejorado muchísimo con las terapias adecuadas. Incluso, en otras ocasiones, algunos sujetos pueden considerarse curados ya que realizan una vida normal».

Es evidente que este diagnóstico podría parecer muy poco serio al que lo escuchase. Muy posiblemente si esto fuese lo que le dijésemos al padre o la madre del enfermo, pensaría que no tenemos ni idea y acudiría a otro profesional. Pero eso es lo que deberíamos decir cuando diagnosticamos a alguien

de esquizofrenia, de esa hipotética enfermedad de la que no sabemos casi nada. Pero esto no ocurre así y el profesional, aunque en realidad sabe lo que estoy diciendo, suele realizar el diagnóstico como si se tratase de un síndrome bien conocido. ¿Qué es lo que ocurre entonces?, pues que la familia y conocidos del paciente quedan aterrorizados al escuchar el temido nombre, ese nombre fatídico tan rechazado por la sociedad, ese vocablo que, aunque no existen pruebas concluyentes, lleva asociado para los profanos los términos de incurable, de peligrosidad social, de sufrimiento y de locura en su más arcaico significado.

Permítanme que para ilustrar el desconocimiento que tenemos de lo que es la esquizofrenia, utilice las palabras de Laing (1972) para definirla. Decía este autor que a él no le gustaba usar este término, pero que no tenía más remedio que hacerlo porque estaba en boca de todas las personas. La definía de la siguiente forma: «Esquizofrenia es el nombre que se le da a una condición que la mayoría de los psiquiatras atribuye a los pacientes que ellos llaman esquizofrénicos». Con la sátira que le caracterizaba dejó claro lo «vacío» de este vocablo.

El motivo que me ha impulsado a escribir este pequeño libro es contarles lo más destacado de lo que hasta el momento se conoce de la esquizofrenia: de su historia, de sus causas, de sus síntomas, de sus tratamientos, de sus formas de presentación, de los criterios diagnósticos para su evaluación. Pero no pretendo sustituir con este libro, ni mucho menos, los excelentes manuales que sobre cada uno de estos temas se encuentran en la literatura científica, lo que pretendo es subrayar en cada uno de estos aspectos el desconocimiento que existe frente a la temida y misteriosa enfermedad, alertando al profesional para que informe adecuadamente a los familiares, para que les explique las claves más importantes a tener en cuenta.

Quiero dejar claro que, tanto desde mi tarea investigadora como desde mi trabajo de psicoterapeuta, siempre he tratado con enfermos esquizofrénicos que estaban en un proceso activo o en estados residuales muy cercanos al mismo. En ocasiones era el primer brote y aún no habían sido diagnosticados, otras veces estaban ya medicados y otras era una recaída de un proceso esquizofrénico. Mi tarea siempre ha sido complementaria al tratamiento farmacológico. Así pues, debo dejar constancia de que no tengo experiencia en rehabilitación con pacientes crónicos hospitalizados, campo en el que existen grandes profesionales a cuyas publicaciones remito al lector.

También me gustaría hacer, a través de estas páginas, un llamamiento a la sociedad para que no estigmatice lo desconocido, que no se asuste de un nombre que puede estar mal puesto, que no demonice al que presenta una conducta extraña, extravagante, pero en muchísimas ocasiones inofensiva.

Lo que pretendo, a fin de cuentas, es dar a conocer, en la medida de lo posible, el «mundo de lo esquizofrénico», hacer algo más conocido lo desconocido. Para ello me he servido de mis conocimientos de la literatura científica, de mi experiencia profesional como terapeuta y, muy especialmente, de mis años de investigadora en el campo de la conciencia bajo la dirección del profesor Rojo Sierra. Bajo su guía un pequeño grupo de «espeleólogos de la conciencia» pudimos descender a las profundas simas donde se encuentran habitualmente los llamados esquizofrénicos.

Pienso que esta pequeña obra puede servir de ayuda tanto a los profesionales de la psicología como a todos aquellos que tengan interés en conocer algo más los misterios de la mente humana, muy especialmente a los familiares de las personas diagnosticadas como esquizofrénicas.

Recuerdo histórico del concepto de esquizofrenia

Como muy acertadamente señalan Barrios y Quemada (1996), contamos con escasas pruebas históricas que apoyen la continuidad lineal en la gestación del término «esquizofrenia». Sin embargo, es importante que dediquemos un breve repaso a algunos de los acontecimientos que, de forma más o menos conexa, tuvieron importancia en la historia de ese constructo llamado esquizofrenia.

En el siglo xvii la «locura» empezó a perder su carácter místico y se consideraba ya una enfermedad, una sola enfermedad a la que se denominó *vesania* y que podía tener diferentes apariencias o estados evolutivos. A mediados del siglo xix se aceptaba, de forma general, que los cuadros afectivos hasta ese momento descritos, la melancolía y la manía, iniciarían siempre el curso clínico, siendo seguidos de la aparición de perturbaciones del pensamiento y la voluntad, la paranoia, primero y la demencia después.

La constatación clínica de que este esquema evolutivo no se cumplía en todos los casos provocó una crisis de esta concepción unitaria (Morales, 1982) que potenció la investigación y el desarrollo del movimiento nosográfico.

A finales del siglo xix las escuelas francesa y alemana habían conseguido describir una serie de síndromes que, tanto por su forma de aparición como por sus síntomas y curso, tenían autonomía propia y no podían ser explicados desde la concepción unitaria. Así, Hoffman (1861) y Snell (1865), en sus trabajos sobre la paranoia primaria, rechazaron el carácter secundario de las alteraciones de pensamiento. Kalhbaun describe, en 1868, la catatonía como una forma de demencia con trastornos de la motilidad y que se caracterizaría por la coexistencia de alteraciones psíquicas y de trastornos neurológicos que evolucionan de forma paralela hasta llegar a la demencia (Morales, 1982), y su discípulo Hecker describe, en 1871, la hebefrenia como una demencia específica de los jóvenes.

Por fin, los diferentes tratados de Psiquiatría de Kraepelin suponen la culminación de los esfuerzos realizados en este campo durante todo el siglo xix. En 1899, en su sexto tratado de Psiquiatría, finaliza la construcción del término «demencia precoz». Desde la cuarta edición de su tratado había denomina-

do con este término un cuadro de «demencia específica de los jóvenes». Por aquel entonces, Kraepelin consideraba que la enajenación mental comprendía tres cuadros clínicos: la demencia paranoide, la catatonia y la demencia precoz. Por fin en su sexto tratado, como ya he dicho, aparecen los tres cuadros englobados en una sola entidad a la que denominó «demencia precoz». Dicha entidad se caracteriza por el predominio clínico de trastornos del pensamiento, por el curso continuo y por la terminación demencial. La «demencia precoz» hace alusión a un grupo de afecciones mentales cuyos síntomas característicos son los siguientes: alucinaciones, delusiones, desórdenes afectivos, menoscabo de la atención, negativismo, comportamiento estereotipado y un deterioro progresivo de la personalidad. Se caracterizan porque comienzan en la juventud o principio de la vida adulta, porque tienen un desenlace generalmente desfavorable y por su carácter endógeno (las enfermedades endógenas eran para Kraepelin aquellas causadas por factores genéticos y constitucionales y que «no curan naturalmente»). El diagnóstico de «sospecha» se podría basar en su sintomatología, pero la confirmación debería aplazarse durante años, hasta poder observar el resultado final de la demencia.

Aunque de forma provisional, como él mismo señala, Kraepelin clasifica las formas clínicas de la demencia precoz en tres grandes grupos: hebefrénica, catatónica y paranoide. Posteriormente va añadiendo nuevas formas clínicas hasta quedar éstas constituidas en ocho: 1) forma simple; 2) demencia precocísima (en la edad infantil); 3) hebefrenia; 4) formas depresivas y estuporosas; 5) forma circular y agitada; 6) catatonia; 7) demencia paranoide, y 8) confusión del lenguaje. Decide excluir del grupo de la demencia precoz los delirios asistemáticos fantásticos que dan comienzo en la edad madura y forma con ellos un grupo aparte con la designación de parafrenias, dejando en la demencia precoz paranoide sólo aquellos casos verdaderamente juveniles en los que, a pesar de que es prevalente la actividad delirante, aparecen síntomas comunes e intercambiables con la catatonia y la hebefrenia (Conde, 1984).

A pesar de que en un principio había insistido en la gravedad habitual de la evolución de estos trastornos, el mismo Kraepelin señaló la curabilidad de algunos casos (en 1904 admitió que aproximadamente el 13 por 100 de los casos curaban naturalmente), por lo que puso menos énfasis en la búsqueda de la entidad morbosa. Incluso llegó a señalar (Kraepelin, 1920) si la sintomatología hasta entonces descrita no sería sino reacciones análogas a las exógenas. De hecho, llega a renunciar al concepto de esquizofrenia como enfermedad y considera que los trastornos son síndromes endógenos: vivencias delirantes, comportamientos paranoides, formas expresivas emocionales...

Poco a poco los esfuerzos de muchos investigadores se dirigieron a buscar términos más precisos para designar esta enfermedad. De esta forma, en 1911, Bleuler propone el término esquizofrenia para referirse a los trastornos descritos por Kraepelin como «dementia praecox».

En su libro *La demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*, Bleuler critica duramente el concepto kraepeliniano de demencia precoz considerando que estos cuadros no siempre son precoces ni siempre evolucionan hacia la demencia, ya que se habían encontrado muchos casos tardíos y se había observado que numerosos enfermos no evolucionaban a un estado de déficit.

Señaló tres síntomas característicos en este trastorno: la disgregación asociativa del curso de las ideas, el autismo y la ambivalencia afectiva. Por otra parte, habría también una serie de síntomas accesorios que incluirían: los errores sensoriales, diversas ideas delirantes, las alucinaciones de la memoria y los síntomas catatónicos (como el estupor, los manierismos, negativismo, etc.). El concepto de Bleuler (1960) es, pues, más psicopatológico que el de Kraepelin.

La pluralidad aparente de estos cuadros clínicos (tengamos en cuenta que el autor habló en plural del grupo de las esquizofrenias) está supeditada a lo que él consideraba lo nuclear de la esquizofrenia: la disociación autística o escisión psíquica de la personalidad, tanto si el cuadro evoluciona hacia la cronicidad como hacia la curación (Bleuler, 1960). Sin embargo, este concepto hizo que el grupo de las esquizofrenias se ampliara de tal modo que en él podía agruparse casi media clínica psiquiátrica (Cabaleiro, 1961). El concepto de esquizofrenia de Bleuler incluye tanto la noción de entidad morbosa, al modo kraepeliniano, como la de reacción psicopatológica.

Para Bleuler, a diferencia de Kraepelin, el rasgo central de la enfermedad no es su curso, sino su estado. Una escisión de la personalidad, una disociación de las funciones psíquicas que produce como consecuencia directa una interiorización de la vida psíquica y la pérdida de contacto con el medio social (autismo).

Frente a las formas descritas por Kraepelin sitúa la esquizofrenia simple y la esquizofrenia latente. La esquizofrenia simple la define por la presencia exclusiva de síntomas fundamentales, mientras que la esquizofrenia latente sería aquella en la que se verían en germen todos los síntomas y combinaciones de síntomas que están presentes en los tipos manifiestos de la enfermedad.

Bleuler, influenciado por el concepto kretschmeriano de esquizoidismo y clicloidismo, establece claras diferencias entre las psicosis maniaco-depresivas, propias de los temperamentos cliclotímicos y que se caracterizan por la

sintonía o capacidad de contacto mantenido con la realidad, y las esquizofrenias, propias de los temperamentos esquizotímicos, donde lo característico es la pérdida de la facultad de vibrar con el ambiente (esquizoidismo). Así pues, esquizoidismo y sintonía son los dos principios fundamentales que regulan nuestra actitud respecto a los acontecimientos (Rojo, 1985).

Este sistema sintonía-esquizoidismo sería posteriormente completado por las aportaciones de Minkowski. Éste considera que, aparte de ese factor predisposicional que es el esquizoidismo, debe existir un segundo factor de naturaleza evolutiva que unido al primero origine un proceso morboso específico. Este proceso morboso es el que producirá en su evolución ese estado de deficiencia característico de la esquizofrenia (Minkowski, 1960).

Minkowski describió el núcleo esencial del autismo como pérdida de contacto vital con la realidad y le atribuye el papel fundamental en la formación de los síntomas esquizofrénicos.

Encontramos conceptos todavía más plurales de la esquizofrenia en Kleist y Leonhard.

Kleist considera que las psicosis esquizofrénicas, destructivas y de base orgánica son comparables a las neuropatías degenerativas del sistema nervioso y pueden ser de dos tipos: las típicas, que son sistematizadas, con base hereditaria poco importante y que progresivamente cursan hacia el defecto; y las atípicas, que no son sistematizadas, cursan con poco defecto y tienen mucha carga hereditaria.

Desde el punto de vista psicopatológico, Kleist también distinguió dos grupos de esquizofrenias: las que presentan trastornos del pensamiento y el lenguaje y que serían producto de alteraciones del córtex cerebral, y aquellas otras en las que predominan los trastornos de la afectividad, psicomotores y del yo. En este caso las alteraciones orgánicas se producirían en el tronco cerebral (Kleist, 1947).

Por su parte, Leonhard establece dos grupos de esquizofrenias: nucleares y marginales. A las nucleares pertenecerían las clásicas formas kraepelinianas (hebefrénica, catatónica y paranoide), y a las marginales, la parafrenia afectiva, la catatonia periódica y la esquizoafasia. Su concepción pluralista mantiene un cierto unitarismo al considerar que el denominador común de todas ellas son los trastornos del pensamiento.

Kurt Schneider (1959) amplía todavía más el concepto de esquizofrenia, considerando que abarca todas aquellas psicosis endógenas que no sean ciclo-tímicas típicas. Para él el trastorno primordial es la adinamia, la falta de energía, de la vivencia. Una de sus aportaciones importantes a este trastorno es su investigación sobre los síntomas patognomónicos, es decir, aquellos que, en

TÍTULOS PUBLICADOS

- Tratando con...** activación conductual. *J. Barraca Mairal.*
- Tratando...** depresión. *M.ª X. Froján Parga.*
- Tratando...** depresión infantil. *M.ª V. del Barrio.*
- Tratando...** el proceso de duelo y de morir. *L. Nomen Martín (coord.).*
- Tratando...** esquizofrenia. Ese desconocido mal. *M. García-Merita.*
- Tratando...** fobia a la oscuridad en la infancia y adolescencia. *Mireia Orgilés.*
- Tratando...** fobias específicas. *C. D. Sosa y J. I. Capafons.*
- Tratando...** inestabilidad emocional. *S. Santiago López.*
- Tratando...** obesidad. *J. I. Baile Ayensa y M.ª I. González Calderón.*
- Tratando...** pánico y agorafobia. *A. Bados.*
- Tratando...** problemas de pareja. *J. I. Capafons y C. D. Sosa.*
- Tratando...** Psicoterapia Analítica Funcional. *L. Valero y R. Ferro.*
- Tratando...** situaciones de emergencia. *Á. Sáinz Sordo y L. Nomen Martín (coords.).*
- Tratando con...** terapia de aceptación y compromiso. *M. Páez Blarrina y F. Montesinos Marín.*
- Tratando...** trastorno de ansiedad generalizada. *P. Romero Sanchíz y A. Gavino Lázaro.*
- Tratando...** trastorno de ansiedad social. *L. J. García López.*
- Tratando...** trastorno de la personalidad por dependencia. *M. Postigo.*
- Tratando...** trastorno distímico y otros trastornos depresivos crónicos. *A. Jorquera y J. Guarch (coords.).*
- Tratando...** trastorno obsesivo-compulsivo. Técnicas, estrategias generales y habilidades terapéuticas. *A. Gavino.*
- Tratando...** trastorno por estrés postraumático. *J. I. Baile Ayensa y M.ª F. Rabito Alcón.*

Si lo desea, en nuestra página web puede consultar el catálogo completo o descargarlo:

www.edicionespiramide.es