

DEGRADACION DE LAS FORMACIONES PSICOTICAS: UN INTENTO DE OBJETIVACION

*Por JOSE MARIA VILLAGRAN MORENO, ROGELIO LUQUE LUQUE, JOSE MARIA VALLS BLANCO, ANTONIO DIEZ PATRICIO, EUDOXIA GAY PAMOS y CARMEN JIMENEZ CASADO **

R E S U M E N

El proceso de recuperación de la psicosis se lleva a cabo a través de una serie de etapas gradativas; de ahí su denominación de proceso de degradación. Este proceso se basa fundamentalmente en dos fenómenos: la debilitación de la certidumbre acerca de la realidad de la formación psicótica y la desactualización de la misma; o sea, la recuperación de un juicio de realidad correcto, sustitutorio del hasta entonces juicio de realidad psicótico. Con el fin de objetivar el proceso de degradación de la psicosis, y en particular los dos fenómenos señalados, hemos diseñado un cuestionario (CEDEP) que evalúa el grado de certeza que un determinado paciente posee sobre la realidad o ficción de sus formaciones psicóticas, tanto actuales como mnésicas. Este trabajo se inserta en la línea de investigación que Castilla del Pino y colaboradores llevan a cabo sobre la psicopatología de la conducta psicótica.

S U M M A R Y

The process of recovery from psychosis takes place through a number of gradative stages; thus it is called degradation process. This process is mainly based on two features: the weakening of certainty about the reality of psychotic structures and their outdateding. In order to objetivate the degradation process of psychosis and, particularly, the two above mentioned features, a questionnaire (CEDEP) has been designed. This questionnaire measures the degree of certainty a patient possesses in certain moment about the reality of fiction of psychotic structures, both current and mnesic.

PALABRAS-CLAVE: Formaciones psicóticas; desactualización de las psicosis; cuestionario sobre formaciones psicóticas.

KEY WORDS : Degradation process in psychosis, a questionnaire for a measurement the degree of psychotic structure.

* Cátedra de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Córdoba, España.

INTRODUCCION

El análisis de las formaciones psicóticas ha partido, habitualmente, de una perspectiva estructural sincrónica: se han descrito tipos, funciones y características de las ideas y percepciones delirantes, en la consideración fenomenológica clásica (JASPERS, SCHNEIDER), así como de las denotaciones y connotaciones anómalas (CASTILLA DEL PINO, 1978a, b), y se ha profundizado en la dinámica que subyace a las mismas. Sin embargo, los trabajos que se han dedicado —desde un punto de vista diacrónico— al proceso por el que el sujeto “entra” en la psicosis o “sale” de ella han sido, hasta el momento, escasos, y las primeras descripciones de CASTILLA DEL PINO hace 30 años no han sido proseguidas hasta ahora por él y sus colaboradores.

La introducción de los neurolépticos no sólo supuso una revolución en el tratamiento de los distintos cuadros psicóticos, sino también un cambio en la aparición, morfología y remisión de los mismos. En virtud de esto, la psicosis se considera hoy día como un proceso mediante el cual van a originarse actos de conducta psicóticos (CASTILLA DEL PINO, 1984a, 1984b), esto es, actos (juicios) incorrectos en los que no se discrimina entre objetos pertenecientes al mundo interno y externo respectivamente, o lo que es lo mismo, en los que se suprime la denominada por CASTILLA DEL PINO (1984 b) “barrera diacrítica”.

Este proceso, que se verifica al contravenir la “fonction du réel” de que hablaba JANET (JASPERS, 1980), es a lo que CASTILLA DEL PINO denomina “psicotización”. Las ventajas de utilizar este término son claras: la consideración de la psicosis como un “continuum” (STRAUSS, 1969; SACKS et al., 1974) permite hablar de *psicotización* y *despsicotización* para describir la secuencia de actos que lleva, respectivamente, a la pérdida y recuperación del sentido de realidad. A la vez, advierte del carácter reversible del proceso y, finalmente, alude a las connotaciones cuantitativas del mismo, por lo que podremos hablar de mayor o menor grado de psicotización (o despsicotización) dependiendo de la extensión de las *conductas adiacríticas* (CASTILLA DEL PINO, cit. en ROIG, 1984). Por otra parte, y como consecuencia de esto, es desechada la consideración de las formaciones psicóticas como entidades discretas y discontinuas, como algo que se tiene o no se tiene, antes que como puntos de una continua función (STRAUSS, 1969).

ETAPAS DE LA DEGRADACION DE LAS FORMACIONES PSICOTICAS

Al paso desde un estado en el que el sujeto efectúa juicios de realidad adiacríticos a otro en el que éstos ya no se dan —esto es, el proceso mediante el cual se “despsicotiza” el sujeto— es a lo que CASTILLA DEL PINO denomina *proceso de degradación* de las formaciones psicóticas. Si preferimos este término a la simple consideración del proceso como “recuperación” desde el estado psicótico (SACKS et al., 1974), es debido a que aquél implica la existencia de grados

disolutivos de las formaciones que lo integran (ROIG MOLINER, 1984). CASTILLA DEL PINO señaló ya, hace 30 años, una serie de etapas en la remisión de las estructuras alucinatorias y delirantes, que han sido recogidas recientemente (CASTILLA DEL PINO, 1978 a, 1978 b), y que son las siguientes:

a) una primera fase en la que el sujeto duda acerca de la veracidad del contenido del delirio (fase de debilitación de la certidumbre);

b) una segunda etapa en la que el delirio pasa a ser un elemento más no único, en las vivencias del sujeto (desvalorización referencial de los contenidos delirante);

c) el delirio es vivido, ulteriormente, como algo extraño, ajeno al yo, absurdo, que podría creerse o no, aunque, de hecho, acontezca para el sujeto (alogenización del delirio);

d) el delirio, en una nueva etapa, desaparece como contenido *actual*, pero se sigue considerando erróneamente —y de manera psicótica— el recuerdo de los contenidos pasados (fase de recuerdos delirantes o de delirios mnésticos);

e) por último, estas formaciones psicóticas mnésticas desaparecen y se sustituyen por un auténtico recuerdo del delirio, más o menos fragmentario, pero siempre diacrítico, esto es, en los cuales el juicio de realidad es correcto (*fase de desaparición y crítica total del delirio*);

Si bien estas pueden darse en este u otro orden, para que podamos hablar de curación en el sentido de desaparición del síntoma psicótico ha de llegarse a la última fase de degradación, es decir, a la etapa en la que no sólo ya no se da el fenómeno psicótico sino que, además, éste es considerado como tal por el sujeto (CASTILLA DEL PINO, 1978 a).

LA CERTIDUMBRE EN LA PSICOSIS

Hemos visto que una formación psicótica, para ser criticada, ha de ser desactualizada (y convertida en mnéstica), alogenizada y desvalorada referencialmente, pero, fundamentalmente, ha de ser puesta en tela de juicio, ha de dudarse acerca de su veracidad. Esta debilitación de la certidumbre —que para SACKS (SACKS et al., 1974) señalaría el comienzo de la denominada fase de “doble conciencia” (“double-awareness phase”)— es primordial en el proceso de degradación y su eventual objetivación aportaría una información sumamente valiosa acerca del comienzo de la curación de la psicosis.

La convicción del sujeto en la verdad del fenómeno psicótico constituye, aún hoy, uno de los rasgos definidores del mismo. Así, por ejemplo, en el DSM-III (1985), encontramos la referencia a la “firmeza” con que el sujeto sostiene sus creencias delirantes y a su incorregibilidad, aspectos ambos que ya señalaba JASPERS en su *Psicopatología General* de 1913 (JASPERS, 1980).

JASPERS define las ideas delirantes (*wahnideen*) como juicios erróneos que poseen las siguientes características: 1) convicción extraordinaria con que

se aferra uno a ellas; 2) la condición de no influibles por la experiencia y por las conclusiones irrefutables; y 3) la imposibilidad del contenido (JASPERS, 1980).

En lo que respecta a esta última condición —imposibilidad del contenido delirante—, es preciso señalar que a pesar de que aún queda recogida en recientes definiciones de idea delirante (por ejemplo, en el DSM-III), no podemos aceptarla como rasgo básico de la misma, habida cuenta que, por una parte, no siempre se da, ya que existen delirios en los que la temática es perfectamente factible —v. gr. los delirios de celos— por lo que resultan fácilmente aceptables; pero, además y fundamentalmente, esta concepción no tiene en cuenta las características lógicas y formales del delirio. Al hacer depender el concepto de delirio de la posibilidad o imposibilidad de lo delirado, se soslaya el proceso lógico que comporta dicho fenómeno y se olvida definir las características formales de lo que constituye *el error delirante*.

Desde otro punto de vista, BLEULER señaló la analogía de las ideas delirantes, no ya con el error, sino con la fe (BLEULER, 1924). Asimismo, y antes que JASPERS y BLEULER, KRAEPELIN (1927) y BUMKE (1946) habían resaltado estos aspectos, pero considerándolos consecuencias de “causas internas o morbosas”

La consideración de los rasgos de certeza e incorregibilidad —intensidad y fijeza— de la convicción delirante, presenta, asimismo, un doble inconveniente:

Por un lado, la dificultad para distinguir, en virtud de estos dos parámetros, entre el delirio y la creencia normal o el error común firmemente defendidos (ARTHUR, 1964). JASPERS (1980) distingue entre *ideas deliroides* (*Wahnhaften Ideen*) y *auténticas o genuinas ideas delirantes* (*echten Wahnideen*) en virtud de su mayor o menor proximidad a la vivencia normal, de su comprensibilidad, de las primeras. Como consecuencia de esto, señala JASPERS, mientras en las ideas deliroides existe una “tendencia, una propensión al juicio de realidad (o sólo una seguridad del todo transitoria), en la idea delirante cesa toda duda”. En este mismo sentido se pronuncia LANGE al afirmar que “las ideas delirantes afectivas” —que corresponderían con las ideas deliroides de JASPERS— se convierten en “ideas sobrevaloradas” y hacen vacilar la conciencia de realidad del sujeto, estando éste, en un determinado momento, convencido de la realidad de las ideas y, al poco tiempo, dubitativo acerca de la misma (LANGE, 1942). Es por esta oscilación en la certidumbre por lo que LANGE denomina a las *Wahnhaften Ideen* de JASPERS *ideas delirantes móviles*. Esta fluctuación de la certidumbre es, empero, observable en muchas formaciones delirantes genuinas. No es infrecuente encontrar, tras la exposición del hecho, una crítica del mismo a la que, de inmediato se sobreañade el punto opuesto. Incluso, en algunos casos, es frecuente observar la enunciación casi simultánea de ambos asertos (BLEULER, 1960; CASTILLA DEL PINO, 1978 b). Por este grado fluctuante de intensidad del delirio es por lo que algunos autores preconizan la eficacia de las técnicas terapéuticas que clarifican la realidad y favorecen la puesta en duda por el paciente de sus ideas delirantes (RUDDEN, 1982), así como la consideración de éstas como puntos de un *continuum* (STRAUSS, 1969).

En el *Present State Examination* (PSE) de WING y cols. se recoge el término "delirios parciales" para aquellas creencias delirantes expresadas de manera dubitativa "como una posibilidad que el sujeto contempla pero de la que no está convencido" (WING *et al.*, 1974). Sin embargo, no nos parece acertada esta propuesta, habida cuenta de que la mayor o menor certidumbre se da en una misma entidad llamémosle delirio o, por extensión, formación psicótica sin que haya que pensar en la existencia de otra entidad incompleta.

Más acertada nos parece la denominación de *predelirema* y *prealucinema* (o, más estrictamente, *postdelirema* y *postalucinema*, ya que nos interesa el proceso de degradación de estas estructuras), que propone CASTILLA DEL PINO (1978, 1980, 1984 a, 1984 b), ya que recoge la idea de la continuidad de estos fenómenos.

Sin embargo, el mayor inconveniente de la concepción jaspersiana radica en la consideración de la certidumbre y la incorregibilidad como rasgos estructurales formales de la idea delirante, cuando éstas son elementos de su contenido (CASTILLA DEL PINO, 1954). Podemos pensar que, en un primer momento, surge la idea delirante y, ulteriormente, en una segunda fase, se le dota de la suficiente certeza, siendo ésta, así, un elemento secundario que deriva de aquélla. Es pues, la idea delirante la que conduce a la certeza y no ésta la que define a la primera (CASTILLA DEL PINO, 1954).

No obstante estas disquisiciones, parece claro que la bipolaridad real —irreal y la oscilación de la certidumbre que tiene lugar en ella, dése o no en el delirio instituido— se mantiene a lo largo del proceso disolutivo de la psicosis (RUDDEN, 1982; SHAPIRO y RAVENETTE, 1959; WATTS *et al.*, 1973; MILTON, 1978) y, en ciertos cuadros —como en las psicosis paranoides crónicas—, es esta relajación de la certidumbre la que primeramente modifica el cuadro clínico, en tanto siguen actualizadas las formaciones psicóticas (CASTILLA DEL PINO, 1978 b).

DESACTUALIZACION DE LAS FORMACIONES PSICOTICAS.

Vayan precedidas o no de la debilitación de la certeza, lo cierto es que, en determinadas formaciones psicóticas, para que se produzca la crítica total es preciso que antes se desactualicen, esto es, se conviertan en estructuras psicóticas *mnésticas* (CASTILLA DEL PINO, 1978 a, 1978 b, 1980, 1982, 1984 b):

Es preciso distinguir entre el concepto sustentado por CASTILLA DEL PINO de "estructura psicótica mnéstica" (delirema, alucinema e ilusemas mnésticos) y los de "percepción y ocurrencia delirantes mnésticas" de K. SCHNEIDER (1975, pp. 155-156). Para SCHNEIDER se trata de formas de recuerdo delirantes, en el primer caso, y de ocurrencias delirantes situadas en el pasado, en el segundo. En ambas, tiene lugar la interpretación delirante actual de un acontecimiento ya pasado, pero que, con anterioridad, no fue delirantemente interpretado. Por el contrario, en el *corpus* aquí construido, la formación mnéstica corresponde con el actual juicio psicótico (bien denotativo, bien connotativo) de lo acontecido en el pasado (y enjuiciado en su momento psicóticamente).

Mientras para SCHNEIDER un ejemplo de estructura delirante mnéstica sería "cuando era niño ya poseía una fuerza sobrenatural"—, lo que desde el punto de vista aquí sustentado

constituye una interpretación delirante actual de un objeto interno tal como el recuerdo del sujeto de sí mismo cuando era niño, en la consideración de CASTILLA DEL PINO sería: "ya no me persiguen, pero antes sí que lo hacían".

Este sería el caso de los denominados por CASTILLA DEL PINO (1980) *deliremas* 1 (interpretaciones delirantes sobre denotados, generalmente externos) y de los alucinemas e ilusemas (CASTILLA DEL PINO, 1984 b), así como de los llamados clásicamente "delirios residuales": aquellas formaciones delirantes circunscritas, referidas a períodos anteriores del paciente, que permanecían tras la remisión de brotes psicóticos y que, o bien desaparecen al cabo del tiempo, o bien constituyen el punto de partida de una reactualización del delirio (CASTILLA DEL PINO, 1982).

EL CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LA DEGRADACION DE LAS ESTRUCTURAS PSICOTICAS (CEDEP).

La mayor o menor certidumbre sobre la existencia real del fenómeno psicótico y su desactualización constituyen, pues, aspectos centrales en el proceso de disolución de la psicosis. Es, por tanto, preciso objetivar estos conceptos de forma que puedan ser operativos en la evaluación y análisis de la degradación de las distintas formaciones psicóticas que la integran.

Se ha elaborado un método de evaluación del grado de certeza que el paciente confiere a la aseveración o crítica de las estructuras psicóticas tanto actuales como mnésticas. El método en cuestión (CEDEP) ha sido diseñado teniendo como base el modelo propuesto por GARETY (1985) —basado, a su vez, en el Cuestionario Personal (PQ) de SHAPIRO (1961)—, y tiene como finalidad la medición de los cambios psicológicos específicos que acontecen en el paciente durante el proceso disolutivo de la psicosis. El CEDEP recogerá, por tanto, las oscilaciones de la convicción que el paciente posee sobre sus formaciones psicóticas mediante proposiciones que expresen distintos grados o niveles de certeza.

Las principales diferencias con el cuestionario de GARETY son las siguientes:

1. Mientras el cuestionario personal de GARETY intenta evaluar el grado de fijeza e intensidad de las creencias delirantes, el CEDEP pretende medir el grado de certeza que confiere el paciente a las distintas formaciones psicóticas, tanto delirantes como pseudodenotativas (alucinaciones, ilusiones, etc.).

2. El modelo propuesto, al tratar de ser un método de objetivación del proceso de degradación de la psicosis —aunque también podría utilizarse para objetivar su proceso de formación— se aplica tanto a formaciones actuales como mnésticas, en tanto estas últimas constituyen un estadio ulterior hacia la crítica de aquéllas (CASTILLA DEL PINO, 1978a, 1978b, 1980, 1982, 1984b).

3. Mientras el cuestionario de GARETY se articula alrededor de la verdad o falsedad de la creencia delirante y/o la certeza o duda acerca de la misma.

este modelo pretende objetivar el proceso de degradación mediante la articulación en torno a 5 valores modales que oscilan entre la convicción absoluta acerca de la realidad del fenómeno psicótico y la total certeza acerca del carácter fantástico del mismo.

El CEDEP consta, al igual que el cuestionario personal de GARETY, de dos etapas o estadios: a) *construcción* del cuestionario; b) *administración y valoración* del mismo.

a) *Fase de construcción*

En esta primera etapa se aíslan y formalizan los síntomas psicóticos del paciente, los cuales son expresados mediante proposiciones —serían, pues, delirios, alucinemas, ilusemas, etc., o lo que es lo mismo, las expresiones lingüísticas de los correspondientes delirios, alucinaciones, ilusiones, etc.— (CASTILLA DEL PINO, 1980).

Las expresiones mediante las cuales se expresan los síntomas psicóticos pertenecen al propio paciente. De este modo, el cuestionario es *personal* en la medida en que la valoración se realiza sobre sus propias experiencias.

b) *Fase de administración y valoración*

Una vez finalizada la relación de las formaciones psicóticas se le pide al paciente que señale entre 5 opciones aquella que se corresponde en mayor medida con su propio grado de certeza. Estas opciones representarían 5 valores modales: desde la *necesidad* lógica de la proposición (Lp ó $\square p$) a la necesidad lógica de la contraria ($L\neg p$ ó $\square \neg p$), pasando por la *contingencia* lógica de ambas (Mp ó $\diamond p$, y $M\neg p$ ó $\diamond \neg p$) y la actitud indecidible ($p \vee \neg p$) acerca de la misma

Por *necesidad* de una proposición p se entiende, en el ámbito de la Lógica Modal, el hecho de que no es el caso de que sea posible que *no* p , mientras que por *contingencia* de p se entiende la posibilidad de que p se de y la de que se de *no* p (FERRATER MORA, 1979, HUGHES y CRESSWELL, 1973).

Estas cinco opciones vendrían expresadas mediante los siguientes enunciados:

- A 4 – Es totalmente cierto, ocurre realmente.
- A 3 – Probablemente sea cierto y ocurra en realidad.
- A 2 – No sabría decir si es cierto, si ocurre en realidad o me lo imagino.
- A 1 – Probablemente me lo imagine y sea producto de mi mente.
- A 0 – Es producto de mi mente, son imaginaciones mías.

Los enunciados están expresados en presente. La razón es obvia: se trata de explorar, en un primer momento, las formaciones psicóticas actuales. Una vez llevada a cabo esta exploración, se continúa con la valoración de las formaciones *mnésticas* —si las hubiere—, siendo, entonces, expresadas las opciones de la siguiente manera:

- M 4 – Fue totalmente cierto, ocurrió realmente.
- M 3 – Probablemente fuese cierto, y ocurriera en realidad.
- M 2 – No sabría decir si fue cierto, si ocurrió en realidad o me lo imaginé.
- M 1 – Probablemente me lo imaginara, y fuese producto de mi mente.
- M 0 – Fue producto de mi mente, fueron imaginaciones mías.

Una vez que el paciente ha optado por el grado de certeza que confiere a sus formaciones psicóticas actuales y mnésticas, se le pide que señale también una opción con respecto a dos *proposiciones-control*; en nuestro modelo, “estamos en España” y “yo existo”. La razón de la inclusión de estas proposiciones es la misma que llevó a GARETY, en su modelo, a hacer algo semejante: al ser estas proposiciones expresiones fácticas sobre las que la certidumbre del paciente se supone que va a permanecer invariable a lo largo de las sucesivas revisiones, podremos comprobar la fiabilidad test-retest: si las opciones sobre las proposiciones control señaladas por el paciente se mantienen constantes a lo largo de la evolución del cuadro, todos los demás cambios que se registren en las proposiciones que expresan estructuras psicóticas podemos suponer que son debidos, antes que al azar o al procedimiento del test, a verdaderas fluctuaciones en la certidumbre del sujeto (GARETY, 1985):

No existe ningún motivo especial por el que hayamos escogido estas proposiciones: únicamente su simplicidad e inmediatez. Se podría objetar, empero, que es posible encontrar pacientes cuyas formaciones psicóticas giren en torno a la propia existencia y a la ubicación geográfica. Obviamente, en estos casos no podríamos utilizar estos enunciados como controles, por lo que tendrían que ser sustituidos por otros.

Para valorar las opciones señaladas por el paciente se usa la columna situada a la izquierda de las proposiciones (A 4, A 3, A 2, A 1, A 0, M 4, M 3, M 2, M 1, y M 0). A cada opción se le asigna un valor cuantitativo (4, 3, 2, 1 ó 0) que servirá como índice de la mayor o menor certidumbre que posee el paciente sobre una determinada proposición, actual o mnéstica. Es interesante, asimismo, comprobar la relación existente entre la puntuación obtenida en las formaciones actuales y la puntuación de las formaciones mnésticas. De esta forma, los cocientes A/M —proporción entre número de formaciones actuales y mnésticas— y PAT/PMT —proporción entre puntuación actual total y puntuación mnéstica total— expresarán el mayor o menor peso específico de las formaciones actuales y mnésticas, así como el grado de certidumbre que el paciente posee sobre ellas (ver cuadro).

CUADRO 1: Puntuaciones (CEDEP)

- *PAT* (*Puntuación actual total*): suma de las puntuaciones asignadas a cada formación actual.
- *PMT* (*Puntuación mnésica total*): suma de las puntuaciones asignadas a cada formación mnésica.
- *A/M* (*Cociente actual/mnésico*): proporción entre el número de formaciones actuales y mnésicas.
- *PAT/PMT* (*Cociente puntuación actual/puntuación mnésica*): proporción entre puntuaciones.
- *PAT/A* (*Cociente puntuación actual total y número de formaciones actuales*): cociente entre la suma de las puntuaciones actuales y el número de éstas (valor de 0 a 4).
- *PMT/M* (*Cociente puntuación mnésica total/número de formaciones mnésicas*): cociente entre la suma de las puntuaciones mnésicas y el número de éstas (valor de 0 a 4).

EJEMPLO DE UTILIZACION DEL CEDEP.

F.C.C., de 19 años, ingresa en la Unidad de Agudos del Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba al presentar un cuadro consistente en insomnio, intranquilidad y distintas formaciones psicóticas: creía que la gente lo miraba por la calle "porque pensaban que era maricón" debido a que, recientemente, había aumentado de peso; afirmaba, también, que su padre "iba por ahí diciendo que él se estaba volviendo maricón porque ya no le gustaba el fútbol". Había dejado de ver la TV porque pensaba que "los futbolistas y las personas que aparecían en la TV eran maricones ya que iban bien vestidos y peinados" Llega a afirmar, asimismo, que sus padres "le echaban en la bebida unas pastillas que tomaba su hermana, con la intención de que él engordara y pudiera ser tomado por maricón". Finalmente, dice oír, en ocasiones, voces que le susurran "no te suicides, no te suicides", "porque piensan que va a matarse".

a). *Fase de construcción*

Las formaciones psicóticas que pueden aislarse en este caso son las siguientes:

1. "la gente me mira por la calle porque piensa que soy maricón debido a que he engordado recientemente".
2. "mi padre va por ahí diciendo que me estoy volviendo maricón porque ya no me gusta el fútbol".
3. "los futbolistas y la gente que sale en la TV son maricones porque van bien vestidos y peinados, y por eso ya no veo la TV".
4. "mis padres me echan en la bebida las pastillas que toma mi hermana, con el fin de que engorde y me tomen por maricón".
5. "oigo unas voces en ocasiones que me dicen "no te suicides, no te suicides" "porque piensan que voy a matarme".

Todas las formaciones psicóticas aisladas son actuales. Las cuatro primeras son expresiones de sendas interpretaciones delirantes, esto es, *deliremas* (CASTILLA DEL PINO, 1980) mientras que la última proposición recoge la existencia de una alucinación auditiva (será, pues, un *alucinema*) (CASTILLA DEL PINO, 1980). No existen formaciones mnésticas en el momento del ingreso.

b). *Fase de administración y valoración.*

El mismo día de su ingreso, se le presenta al paciente el cuestionario, siendo la opción A 4 (total certeza) la señalada en cada una de las formaciones psicóticas. La PAT es, pues, de valor 20. Al no existir formaciones mnésticas, el cociente A/M es de 5/0. La relación PAT/A es 4, lo que indica la máxima certidumbre con respecto a todas las formaciones actuales.

Una vez ingresado, se le instaura un tratamiento con neurolépticos (decanoato de flufenazina depot y perfenazina oral), y a los 13 días se le vuelve a pasar el CEDEP presentando los siguientes valores:

| <i>CEDEP actual</i> | | <i>CEDEP mnéstico</i> |
|---------------------|----|-----------------------|
| 1- | A1 | - |
| 2- | - | M1 |
| 3- | - | M1 |
| 4- | - | M1 |
| 5- | - | M1 |

La PAT ha quedado reducida a 1, mientras que el cociente A/M ha pasado de 5/0 a 1/4, lo que implica una efectiva, aunque no completa, desactualización del cuadro psicótico. La PMT se hace igual a 4 al mismo tiempo que la relación PMT/M es igual a 1, lo que implica una tendencia a la crítica total.

El paciente, en este estado, refiere que ya no le ocurre nada de lo anteriormente citado, a excepción de la creencia en que la gente que le mira puede hacerlo porque piense que él es homosexual, si bien refiere sobre esto que "probablemente se lo imagine". Con respecto a las voces que oía dos semanas antes, así como al resto de las creencias, el paciente afirma que "es muy probable que fueran cosas de su mente", aunque dice "no estar del todo seguro".

La evolución que experimenta el cuadro en las sucesivas revisiones queda reflejada en el siguiente esquema:

Como puede verse, la degradación de las formaciones psicóticas de nuestro caso no ocurre por igual: mientras que la 2 y 3 siguen el mismo curso —son criticadas totalmente ya en la tercera revisión—, la 4 y la 5 persisten algo más, siendo esta última la formación psicótica que más tiempo tarda en criticarse —se logra en la quinta revisión—. En cuanto a la primera de las formaciones psicóticas, aunque sigue el mismo patrón de oscilación de certeza de la 2 y la 3, es la

última en desactualizarse (lo hace a partir de la tercera revisión, mientras que las demás formaciones aparecen ya desactualizadas en la segunda).

Atendamos al curso de la degradación de las formaciones psicóticas 4 y 5. En ambas se produce, en la tercera revisión, una oscilación hacia una mayor certidumbre sobre la realidad de los hechos, lo que las aleja de la crítica total. Este dato, que podría ser interpretado como retroceso en el proceso de curación de la psicosis, queda claramente reflejado en nuestro cuestionario. No obstante, no siempre que se produce un aumento en la puntuación de una determinada formación psicótica hay que pensar en una reagudización del cuadro. Otros factores que hay que considerar son la eventualidad de un encubrimiento previo, por parte del paciente, de su grado de certidumbre y el efecto distorsionante que pueda causar un determinado suceso:

Un ejemplo del efecto distorsionante que un determinado suceso puede tener en la certidumbre que el paciente posee acerca de una formación psicótica tuvo lugar en el caso que hemos comentado. A raíz del aumento de puntuación en la formación psicótica 2 (el paciente creía que sus padres le echaban las pastillas que tomaba su hermana en la bebida con el fin de hacerle engordar para que, así, pareciera homosexual a los ojos de la gente), se entrevistó al paciente y a sus padres. Resultó que, unos días antes, la madre había aumentado por su cuenta la dosis de clozapina prescrita y se la había administrado al paciente diluida en la bebida. El paciente, que no supo de la acción de su madre hasta varias semanas más tarde, acusó el aumento de dosificación del fármaco, por lo que sus sospechas acerca de la realidad de la acción imputada a sus padres se vieron alimentadas.

CONCLUSIONES.

1. El acercamiento desde una perspectiva diacrónica al proceso que denominamos *psicosis* precisa de la consideración de ésta como un continuum, desde la *psicotización* a la *despsicotización*, para describir el proceso judicativo que va desde la pérdida a la recuperación del sentido de realidad.

2. El proceso de despsicotización —de la misma forma que su inverso—, transcurre en una serie de etapas o grados. Por ello, al proceso gradativo de recuperación de la psicosis se califica como *de degradación*.

3. El proceso de degradación se basa, fundamentalmente, en dos fenómenos: *la debilitación de la certidumbre* acerca de la realidad de la formación psicótica y *la desactualización* de la misma. El orden en que se den estos fenómenos depende del cuadro y del tipo de formación psicótica que se degrade.

4. Con el fin de objetivar el proceso de degradación de las formaciones psicóticas, y en particular los dos fenómenos arriba mencionados, se ha diseñado un cuestionario —CEDEP—. Dicho cuestionario, al igual que otros tipos de aproximación a los procesos psíquicos del sujeto, evalúa los enunciados que éste emite acerca de sus creencias y, al no ser éstas directamente observables, el grado de certeza que el paciente posee sobre la realidad o ficción de las mismas ha de ser necesariamente, inferido. Por lo tanto, y en puridad, se puede conside-

rar el CEDEP como un intento de modalizar los enunciados del paciente acerca de la realidad de sus formaciones psicóticas, desde el cual inferir el grado de certeza que dicho paciente confiere a sus formaciones psicóticas.

5. Mediante este cuestionario, se objetiva la fase del proceso degradativo de la psicosis y su evolución. Se observa, pues, gráficamente, la incidencia de determinadas técnicas terapéuticas sobre todos y cada uno de los fenómenos psicóticos, por lo que el análisis pormenorizado de la duración de cada formación psicótica se acompaña de la duración del proceso en el conjunto del cuadro.

6. El CEDEP, además de su utilidad clínica, puede ser base de ulteriores investigaciones acerca del proceso degradativo de determinados cuadros psicóticos, así como de los distintos tipos de formaciones psicóticas, todo ello abundando en un mayor conocimiento de la estructura de los procesos psicóticos.

R E S U M E

Le processus de récupération d'une psychose se réalise a travers d'une serie d'étapes gradatives, de la sa dénomination: "processus de dégradation". Ce processus se base fondamentalement en deux phénomènes: l'affaiblissement de la qui concerne la réalité de la formation psychotique et la désactualisation de la même; soit la récupération de la notion de réalité vraie, au lieu de la notion de réalité psychotique. Pour objectives ce processus de dégradation psychotique, et eu particulier les deux phénomènes signalés, on crée un questionnaire (CEDEP) qui mesure le degré de réalité qu'un patient donné passe de sur la réalité ou fiction de les créations psychotiques. Ce travail l'insère dans la ligue de recherches que CASTILLA DEL PINO a entrepris sur la psychopathologie des conduites psychotiques.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Erholung von einer Psychose erfolgt stufenweise. Dieser Prozess berührt grundsätzlich auf zwei Phänomenen: die Abschwächung der Gewissheit über eine Realität die durch die Psychose verursacht wird und die Desaktualisierung derselben; das heisst die Wiedergewinnung eines Urteils über die korrekte Realität, die das Urteil über die bis dahin psychotische Wirklichkeit ersetzt. Mit dem Ziel den Stufenprozess der Psychose zu objektivieren, insbesondere die beiden obigen Phänomene, haben wir einen Fragebogen entworfen (CEDEP) der den Sicherheitsgrad eines Patientten bewertet, den dieser über die gegenwärtige Realität oder Fiktionen seiner psychotischen Zustände besitzt. Diese Arbeit reiht sich in die Forschungsvorhaben ein, die Castilla del Pino und seine Mitarbeitern über die Psychopathologie des psychotischen Verhaltens durchführen.

BIBLIOGRAFIA

1. ARTHUR, A.Z. (1964): "Theories and explanations of delusions: a review", *Am. J. Psychiatry*, 121: 105-115.—
2. BLEULER, E. (1924): *Tratado de Psiquiatría*, (4ª ed. alemana), Calpe, Madrid.—
3. BLEULER, E. (1960): *Dementia praecox o el grupo de las esquizofrenias*, Hormé, Buenos Aires.—
4. BUMKE, O. (1964): *Nuevo tratado de las enfermedades mentales*, Seix, Barcelona.—
5. CASTILLA DEL PINO, C. (1954): "Para la estructura de la idea delirante primaria", *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 13: 257-262.—
6. CASTILLA DEL PINO, C. (1978a): "Sobre el proceso de degradación de las estructuras delirantes". En *Vieja y Nueva Psiquiatría*, Alianza Madrid.—
7. CASTILLA DEL PINO, C. (1978b): "Para la psicopatología de la remisión esquizofrénica: las psicosis paranoides agudas". En *Vieja y Nueva Psiquiatría*, Alianza, Madrid.—
8. CASTILLA DEL PINO, C. (1980): *Introducción a la Psiquiatría*. (Tomo 1): Problemas generales. Psico(pato)logía, (2ª ed.), Alianza, Madrid.—
9. CASTILLA DEL PINO, C. (1982): *Introducción a la Psiquiatría* (Tomo 2): Psiquiatría general. Psiquiatría clínica (2ª ed.), Alianza, Madrid.—
10. CASTILLA DEL PINO, C. (1984a): "La conducta masturbatoria, conducta paradigmática". En *Estudios de psico(pato)logía sexual*, Alianza, Madrid.—
11. CASTILLA DEL PINO, C. (1984b): *Teoría de la alucinación*, Alianza, Madrid.—
12. FERRATER MORA, J. (1979): *Diccionario de Filosofía*. Artículos "contingencia", "modalidad", y "necesidad", Alianza, Madrid.—
13. GARETY, PH. (1985): "Delusions: Problems in definition and measurement", *British Journal of Medical Psychology*, 58: 25-34.—
14. HUGHES, G.E. & CRESSWELL, M.J. (1973): *Introducción a la lógica modal*, Tecnos, Madrid.—
15. JASPERS, K. (1980): *Psicopatología general*, (4ª ed.), Beta, Buenos Aires.—
16. KRAEPELIN, E. & LANGE, J. (1927): *Psychiatrie*, (9ª ed.), Leipzig. 6 volúmenes.—
17. LANGE, J. (1942): *Psiquiatría* (4ª ed.), Miguel Servet, Madrid.—
18. MILTON, F.; PATWA, V.K. & HAFNER, R.J. (1978): "Confrontation vs. belief modification in persistently deluded patients", *British Journal of Medical Psychology*, 51: 127-130.—
19. ROIG MOLINER, A. (1984): *Análisis formal de la degradación de los delirios*, Tesis de licenciatura, Universidad de Córdoba.—
20. RUDDEN, M.; GILMORE, M. & FRANCES, A. (1982): "Delusions: when to confront the facts of life", *Am. J. Psychiatry*, 139: 929-932.—
21. SACKS, M.H.; CARPENTER, W.T. & STRAUSS, J.S. (1974): "Recovery from delusions", *Arch. Gen. Psychiatry*, 30: 117-120.—
22. SCHNEIDER, K. (1975): *Patopsicología clínica*, (4ª ed. española), (10ª ed. alemana), Paz Montalvo, Madrid.—
23. SHAPIRO, M.B. & RAVENETTE, A.T. (1959): "A preliminary experiment on paranoid delusions", *Journal of Mental Science*, 105: 295-312.—
24. SHAPIRO, M.B. (1961): "A method of measuring changes specific to the individual psychiatric patient", *British Journal of Medical Psychology*, 34: 151-155.—
25. STRAUSS, J.S. (1969): "Hallucinations and delusions as points on continua function", *Arch. Gen. Psychiatry*, 21: 531-586.—
26. WATTS, F.N.; POWELL, G.E. & AUSTIN, S.V. (1973): "The modification of abnormal beliefs", *British Journal of Medical Psychology*, 46: 359-363.—
27. WING, J.K.; COOPER, J.E. & SARTORIUS, N. (1974): *The measurement and classification of psychiatric symptoms*, Cambridge University Press, Cambridge.