



Artículo de revisión

Alteraciones del Yo en las fases iniciales del espectro esquizofrénico



Rubén Valle^{a,b,c,*} y Alberto Perales^{b,d}

^a Centro de Investigación en Epidemiología Clínica y Medicina Basada en Evidencias, Facultad de Medicina Humana, Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú

^b Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú

^c DEIDAE de Adultos y Adultos Mayores, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima, Perú

^d Instituto de Ética en Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de octubre de 2017

Aceptado el 8 de febrero de 2018

Palabras clave:

Alteraciones del Yo

Yo mínimo

Esquizofrenia

Espectro de esquizofrenia y otros

trastornos psicóticos

R E S U M E N

El núcleo patogénico de la esquizofrenia ha variado de acuerdo con la época y la influencia de insignes investigadores. También se ha reconocido a las alteraciones del Yo como el eje de este trastorno, aunque están poco estudiadas debido a su naturaleza subjetiva. En los últimos años, dado el creciente interés por las fases iniciales de la esquizofrenia, se ha retomado el estudio de las alteraciones del Yo. El modelo de las alteraciones del Yo en la esquizofrenia, desarrollado por Sass y Parnas, propone que en este trastorno la persona sufre pérdida de la perspectiva en primera persona y experimenta fenómenos de hiperflexibilidad, el sentido disminuido del Yo y trastornos del campo de la conciencia. Por ello, experimenta sentimientos de extrañeza de sí mismo, dificultad para entender el sentido común de las cosas y problemas de interacción con el entorno. Con base en este modelo, se han elaborado instrumentos de evaluación de las alteraciones del Yo y se han conducido estudios empíricos para la evaluación de pacientes en riesgo de sufrir un trastorno del espectro esquizofrénico. Estos estudios muestran que las alteraciones del Yo se encuentran en estadios prepsicóticos y que su presencia puede predecir la transición a trastornos del espectro esquizofrénico. Estos resultados tienen importantes implicaciones clínicas, pues permiten identificar a personas en fases iniciales del trastorno y crean la oportunidad de aplicar intervenciones terapéuticas tempranas.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ruben.vr12@hotmail.com (R. Valle).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.02.003>

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Self-disorders in Early Stages of the Schizophrenia Spectrum

A B S T R A C T

Keywords:

Self-disorders
 Ipseity
 Schizophrenia
 Schizophrenia spectrum and
 other psychotic disorders

The pathogenic nucleus of schizophrenia has varied according to the different eras and influences of distinguished clinical researchers. Self-disorders have also been recognised to be at the heart of this disorder, although they have seldom been studied due to their subjective nature. Recently, due to the growing interest in the study of the early stages of schizophrenia, the study of self-disorders has been resumed. The self-disorders in schizophrenia model, developed by Sass and Parnas, proposes that in this disorder the person suffers loss of the first-person perspective and experiences hyperreflexivity, diminished self-affection and disturbance of the field of awareness. Therefore, the person experiences feelings of strangeness about him/herself, difficulty in understanding the common sense of things and difficulty interacting with his/her environment. Based on this model, self-disorder evaluation instruments have been developed and empirical studies have been conducted to evaluate people at risk of developing a schizophrenia spectrum disorder. These studies show that self-disorders are found in prepsychotic stages and that their manifestation may predict the transition to schizophrenia spectrum disorders. These results have important clinical implications as they enable people in the early stages of the disorder to be identified and create the opportunity to apply early therapeutic interventions.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La psiquiatría se ha centrado en el estudio de las fases establecidas de la esquizofrenia, dominadas por los llamados síntomas de primer rango de Schneider¹. Estas etapas del trastorno reflejan los sedimentos acumulados de los factores etiopatogénicos, efectos del tratamiento e intentos de afrontamiento, por lo que el estudio del trastorno en estos estadios no permite conocer la base primaria de la enfermedad². Contrariamente, las etapas tempranas del trastorno, aun siendo las más cercanas a los factores etiopatogénicos y desencadenantes, han recibido menos atención y solo se han abordado académicamente en las últimas décadas. Estos trabajos incluyen investigaciones de enfoque fenomenológico centrados en el estudio de las fases tempranas de la esquizofrenia con el objetivo de identificar variables predictoras y marcadores de vulnerabilidad que permitan intervenir tempranamente en la progresión del trastorno³. Actualmente, estos trabajos se realizan en la presunción de que la intervención temprana en el trastorno puede mejorar sus resultados a largo plazo, y así retardar, aminorar o incluso prevenir el inicio de la enfermedad⁴⁻⁶.

Uno de los modelos utilizados para el estudio de las fases tempranas de la esquizofrenia es el de los síntomas básicos de Gerd Huber^{7,8}. Este enfoque se basa en la observación psicopatológica de que los síntomas de las fases prodrómicas de la esquizofrenia se caracterizan por síntomas de carácter no psicóticos, subjetivos e inespecíficos^{9,10}. Estas manifestaciones recibieron la denominación de «básicos», por la consideración de que estos síntomas anteceden a los síntomas psicóticos francos de la esquizofrenia⁸. El estudio empírico de los síntomas básicos se inició con el instrumento semiestructurado *Boon Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS)*¹¹ que

es un esquema de entrevista semiestructurada que permite evaluar tales manifestaciones. Los resultados de estos estudios mostraron que los síntomas básicos estaban presentes en los pródromos de la esquizofrenia¹². Además, se observó que las alteraciones del Yo, concepto estrechamente relacionado con el de síntomas básicos, eran prevalentes en estos estadios^{13,14}.

Diferentes psicopatólogos de inicios del siglo xx postularon la alteración del Yo como sustrato básico de la esquizofrenia. Sin embargo, este concepto se abandonó la mayor parte de la segunda mitad del siglo¹⁵. En años recientes, este enfoque se ha retomado por el creciente interés en el estudio de las fases tempranas de la esquizofrenia. El modelo actual que postula la presencia de alteraciones del Yo en la esquizofrenia, propuesta por Sass y Parnas, propone que la persona afectada sufre fundamentalmente una pérdida de la perspectiva en primera persona¹⁶. Esto se manifiesta en una serie de síntomas de características no psicóticas, con lo cual la persona experimenta la realidad de manera distorsionada^{15,16}. No se había estudiado empíricamente las alteraciones del Yo en la esquizofrenia debido a las características subjetivas propias del objeto de estudio. Sin embargo, el desarrollo de instrumentos de evaluación como el *Examination of Anomalous Self Experience (EASE)* ha permitido el estudio sistemático de estas manifestaciones en la esquizofrenia¹⁷.

El presente trabajo tiene como objetivo revisar la literatura científica y los estudios que muestran alteraciones del Yo en las fases iniciales del espectro esquizofrénico. En ese sentido, se analiza el concepto del Yo, sus características y las alteraciones mórbidas. Finalmente, se presentan los estudios que demuestran alteraciones del Yo en las fases prodrómicas del espectro esquizofrénico.

Antecedentes históricos

Las primeras nociones del Yo surgieron en Grecia, donde Platón y Aristóteles fueron los primeros en discutir la necesidad de una teoría de individualización de objetos y entidades¹⁸. Sin embargo, el concepto del Yo tal como se conoce ahora fue desarrollado por los filósofos de la primera Stoa quienes consideraron al *hégemonikon* como el componente del alma que hacía que las experiencias sean identificadas como propias¹. En el s. xvii, Descartes identificó el Yo con la *res cogitans* (sustancia pensante) y consideró que ello era la base para la creencia de la existencia del mundo externo¹⁹. En el s. xviii, el modelo anatomoclínico de las enfermedades promovió la reificación del Yo, y llegaron a postularse afirmaciones sobre su localización y patología¹. A finales del s. xix, el concepto del Yo llegó a la psiquiatría, se formularon sus trastornos y se reconoció su fragilidad mórbida. Desde su llegada a este campo, se ha estudiado el Yo y sus alteraciones para explicar el desarrollo psicopatológico de la esquizofrenia¹.

Desde inicios del s. xx, diferentes autores han reconocido con variable claridad la existencia de alteraciones del Yo en la esquizofrenia¹⁵. Kraepelin indicó que el núcleo de este trastorno residía en una profunda «desunión de la conciencia»²⁰. Bleuler señaló que los trastornos experienciales del ego conformaban los síntomas fundamentales complejos de la esquizofrenia²¹. Para Kurt Schneider, la persona con esquizofrenia sufría un «cambio cualitativo radical en el proceso del pensamiento» que ocasionaba los síntomas de primer rango²². Similares afirmaciones hicieron también Eugene Minkowski, Karl Jaspers, Klaus Conrad y Wolfgang Blankenburg²³. Sin embargo, fue Joseph Berze (1914) quien propuso explícitamente que el trastorno primario de la esquizofrenia se debe a una alteración del Yo^{1,24}. Después de un periodo de investigación continua durante la primera parte del s. xx, el estudio de las alteraciones del Yo en la esquizofrenia se redujo durante el resto del siglo¹⁵. Sin embargo, en las últimas décadas se aprecia un renovado interés en el tema, vinculado al estudio de la esquizofrenia en sus primeros estadios¹.

Actualmente, y a pesar de los múltiples estudios llevados a cabo en diferentes disciplinas, el Yo continúa siendo uno de los más importantes y elusivos conceptos en el estudio de los trastornos mentales²⁵. Hay controversia en cuanto a su ontología, y últimamente a su real naturaleza, ya sea como sustancia, objeto o proceso⁴. Como un concepto de la mente, el Yo carece de características concretas y no parece que pertenezca al mundo físico¹. Incluso hay autores que mencionan que este concepto es solo una creación del pensamiento occidental y carece de una naturaleza objetivable, lo que impide estudiarlo científicamente¹. La incierta claridad existente sobre su naturaleza ha generado que distintas áreas del saber, tales como la filosofía de la mente, las ciencias cognitivas y la psicología del desarrollo, entre otras corrientes del conocimiento, hayan abordado este concepto²⁶. La falta de consenso sobre la real naturaleza del Yo dificulta construir una definición general que todas las disciplinas acepten por convención, por lo que actualmente existen hasta 21 definiciones del Yo²⁷.

El Yo

La escuela fenomenológica que fue herramienta básica de los primeros desarrollos de la psiquiatría estudió el Yo analizándolo como la conciencia que tiene la persona sobre sí misma (*self*) como sujeto vigil y lúcido: «yo soy yo mismo»²⁸. Esta noción natural, tácita y prerreflexiva brinda el conocimiento de quién es uno, que es autor de sus acciones y que es distinto del entorno¹⁵. Asimismo, esta misma noción permite experimentar estados de ánimo, percibir estímulos y desenvolverse dentro de una trayectoria personal de vida²⁸. El Yo puede entenderse también como una unidad fundamental, mental y corporal, que es básica a la experiencia y por la cual se vivencia la propia existencia¹. Esta concepción, de carácter personal, subjetiva y abstracta, que dota de la capacidad de experimentar la realidad, es la estructura fundamental por la cual la persona se siente ella misma e interactúa con el mundo¹⁵.

El Yo tiene características que se identifican más claramente en las experiencias de las personas enfermas, ya que en sujetos «sanos» estas se dan de forma lógica²⁸. Según Jaspers, la conciencia del Yo tiene 4 caracteres formales: el sentimiento de actividad, la conciencia de actividad propia; la conciencia de unidad, yo soy uno en el mismo momento; la conciencia de identidad, soy el mismo siempre, y la conciencia del Yo en oposición a lo externo y los otros²⁹. Honorio Delgado describió 8 características de la conciencia del Yo, entre ellas las señaladas por Jaspers (aunque no siempre con la misma denominación): la distinción de la conciencia del Yo respecto de la conciencia del mundo exterior en general y de las otras personas en particular; la convicción de la existencia personal; la impresión de plenitud presente; el sentimiento de constancia virtual; el sentimiento de actividad; la conciencia de autonomía; la conciencia de unidad, y la conciencia de identidad³⁰. En las últimas décadas Scharfetter, con base en estudios de análisis factorial, agregó a las características descritas por Jaspers la dimensión de vitalidad, que es la noción que permite a la persona experimentar su existencia de un modo natural y lógico²⁸.

Por otro lado, para Sass y Parnas la característica fundamental del Yo es la perspectiva en primera persona. Esta característica puede entenderse como un punto de vista, la manera de considerar las situaciones o los hechos, o la apariencia que tienen entre sí los objetos desde la posición del observador^{26,31}. La perspectiva en primera persona tiene una concepción diferente según el enfoque de estudio. Por ejemplo, para la fenomenología, esta característica del Yo se refiere al contenido del actual «campo de experiencia» y enfatiza su irreductibilidad ontológica y su privacidad epistémica²⁶. Por otro lado, para las ciencias cognitivas, la perspectiva en primera persona se refiere a la conciencia privada, que se encuentra poblada por las experiencias pertenecientes al Yo²⁶. Independientemente del enfoque de estudio, se considera que la perspectiva en primera persona es la característica del Yo que le permite apreciar el mundo externo por medio de la afectividad que le otorga la sensación de existencia y la conciencia de que es el «espacio» donde aparece la realidad vivenciada²³.

El Yo mínimo y narrativo

La fenomenología ha dividido el Yo en el Yo narrativo (*narrative self*) y el Yo mínimo (*minimal self*)³². El primero, también conocido como Yo social o autobiográfico^{32,33}, es un Yo que se constituye de un pasado y un futuro que se basan en las experiencias vividas y lo que se dice de nosotros³². Es lo que Neisser llamó el Yo extendido, por expandirse en el tiempo y abarcar las memorias del pasado y las intenciones del futuro³⁴. Este modo del Yo puede entenderse como una sucesión de impresiones momentáneas que están íntimamente sujetas por la imaginación²³. De hecho, el Yo narrativo no es algo sustancialmente real, sino una abstracción que permite tener un sentido de continuidad de la vida³². Una condición necesaria para la construcción del Yo narrativo es el adecuado funcionamiento de la memoria episódica que provee la información sobre los sucesos autobiográficos de la persona³². El Yo narrativo se hace específicamente evidente en los conceptos de identidad social, personalidad, hábitos e historia personal de la persona³³.

Por otro lado, el Yo mínimo, también conocido como Yo básico, nuclear, prerreflexivo o ipseidad (del latín *ipse*: mismo) es la conciencia que una persona tiene sobre sí misma como sujeto inmediato de la experiencia que vive en el aquí y el ahora^{26,33}. Es el componente esencial y necesario para que la experiencia se viva en primera persona y se experimente como perteneciente a uno mismo¹⁶. El Yo mínimo otorga el sentimiento de identidad que hace que la persona sea consciente de su propio ser y evita que recurra a procesos de introspección o autorreflexión para asegurarse a sí misma de ser quien es¹⁵. Este modo del Yo no es un producto de la reflexión que «aparece» como un tipo de objeto hacia el que uno puede dirigir la atención¹⁵. Por el contrario, solo se manifiesta prerreflexivamente a través de la experiencia y persiste en el tiempo a través de diferentes situaciones de la vida consciente^{15,16}. Por ello, el Yo mínimo es prerreflexivo, puntual en el tiempo, no inferencial, y funciona como el estrato base de nuestra vida experiencial^{15,26}.

El Yo mínimo tiene como características fenomenológicas el sentido de agencia (*sense of agency*) y de propiedad (*sense of ownership*)^{26,32}. El sentido de agencia se refiere a la vivencia de la persona de estar generando, por sí misma, una acción³⁵. Por ejemplo, sentir que soy yo quién está causando que algo se mueva o generando cierto pensamiento³². Fenómenos psicóticos como las alucinaciones auditivas y los delirios de control e inserción de pensamiento corresponden a una alteración básica del sentido de agencia³². Por otra parte, el sentido de propiedad es la certeza que tiene la persona de ser él o ella quién está teniendo una experiencia, es decir, que tal experiencia le pertenece como persona³⁵. El sentido de propiedad no es necesariamente prerreflexivo, ya que podemos reconocer nuestros actos (p. ej., movimientos) sin tener que reflexionar si son realmente nuestros. Ejemplos del sentido de propiedad son sentir que el cuerpo se mueve independientemente, si el movimiento es voluntario o involuntario o que el cuerpo es el propio incluso cuando no se mueve³².

Alteraciones del yo mínimo

Las alteraciones del Yo se han relacionado con el desarrollo de los trastornos mentales en el campo de la psiquiatría. Mientras que las alteraciones del Yo narrativo se han relacionado con trastornos de personalidad¹⁴, las alteraciones del Yo (mínimo) clásicamente se han asociado con el desarrollo de la esquizofrenia^{16,23,36,37}. Esta última consideración se ha recogido en el modelo de las alteraciones del Yo de la esquizofrenia de Sass y Parnas, para quienes la alteración del Yo mínimo produce un quiebre en la estructura de la experiencia que la perspectiva en primera persona maneja³³. Esto conlleva que la persona experimente una disminución de sintonía e inmersión en el mundo y dificultad para comprender los significados evidentes de la vida cotidiana (pérdida del sentido común) y adquiera actitudes de hiperreflexividad en sus acciones³³. Este modelo también considera que los síntomas positivos, negativos y de desorganización de la esquizofrenia, aunque clínicamente diferentes, comparten en sus bases formas de alteraciones del Yo²³.

Dos aspectos de las alteraciones del Yo mínimo descritos en la esquizofrenia son la hiperreflexividad (*hyperreflexivity*) y el sentido disminuido del Yo (*Diminished self-afection*)^{16,23}. Hiperreflexividad viene del término «reflexivo», referido a situaciones en las que un individuo se toma a sí mismo o algún aspecto de sí mismo como objeto de su propia atención²³. En la esquizofrenia este proceso se da de una manera exagerada, por lo que los pacientes tienden a adoptar actitudes hiperreflexivas¹⁵. La hiperreflexividad es una conciencia exagerada del Yo, que se manifiesta por la tendencia a monitorizar los procesos que por lo normal deberían vivirse tácitamente²³. En ese sentido, los fenómenos habituales y naturales experimentados como parte de uno mismo pasan a un primer plano y llegan a convertirse en objetos de conciencia focal^{16,23}. Esto se manifiesta en que la persona tiende a ser sumamente reflexiva ante sensaciones usuales de la vida diaria, lo que termina generando duda, sorpresa y significados extraños para estas experiencias.

Por otra parte, el sentido disminuido del Yo enfatiza un aspecto complementario de la hiperreflexividad¹⁶. Esta característica patológica del Yo mínimo, también llamada disminución de la convicción de existencia personal, se refiere a una mengua en el sentido de existir como sujeto de conciencia o agente^{16,23}. Este concepto también puede entenderse como una disminución en el sentido básico e implícito de existir como un centro vital de conciencia o fuente de luminosidad que algunas veces llaman «*prerreflective cogito*»³⁸. Esto se manifiesta en una disminución en la intensidad de la propia subjetividad y supone una disminución en el sentimiento de existir como parte subjetiva de la conciencia²³. Como resultado, la experiencia subjetiva ya no se experimenta automática e inmediatamente como propia^{39,40}. El sentido disminuido del Yo y la hiperreflexividad no son constantes en el tiempo, sino que crecen o disminuyen en función de la perspectiva, la orientación y la actitud de la persona hacia el mundo²³.

La hiperreflexividad y el sentido disminuido del Yo son dos aspectos de las alteraciones del Yo que parecen mutuamente

contradictorios, pero realmente son interdependientes²³. Mientras que la primera enfatiza que algo normalmente tácito se vuelve explícito, lo segundo se centra en una disminución del sentido de existencia¹⁶. Estas dos características de las alteraciones del Yo se pueden considerar procesos interactivos concurrentes²³. Sin embargo, hay periodos de la enfermedad en los que un aspecto emerge con mayor prominencia clínica que el otro⁴¹. Ambas facetas de la alteración del Yo interrumpen el sentido normal, tácito y prerreflexivo de existir como sujeto de experiencia, esto es, «yo como el centro», «yo como punto central de la vida psíquica» o «yo como punto de origen de mi propia atención»⁴². Por último, ambos procesos, conjuntamente, irrumpen en el campo de la conciencia perceptual y conceptual de la persona³³.

Una característica adicional de las alteraciones del Yo son los trastornos en el campo de la conciencia, conocidos como la alteración de la conciencia del mundo (*disturbed hold or grip*). Este fenómeno se refiere a la pérdida concomitante de la prominencia o estabilidad con que los objetos se destacan en un campo organizado de conciencia alrededor del individuo²³. En este fenómeno se produce una perturbación de la estructura espaciotemporal que se tiene del mundo y las distinciones experienciales que se dan entre lo percibido, lo recordado y lo imaginado²³. Las alteraciones de la conciencia del mundo dependen de la experiencia del Yo, ya que esta estructura provee el punto de referencia de orientación y fuente de motivación que organiza nuestro mundo experiencial según nuestros deseos y necesidades⁴¹. En consecuencia, las alteraciones en la aprehensión frecuentemente se asocian con perplejidad y pérdida del sentido común de las cosas²³.

Alteraciones del Yo mínimo en el espectro esquizofrénico

La literatura psiquiátrica clásica y reciente coincide en señalar que las alteraciones del Yo forman parte del núcleo de la esquizofrenia^{1,15}. Hasta hace unos años, este concepto no se había estudiado sistemáticamente por su naturaleza subjetiva o por considerarlo un tema abstracto⁴³. Sin embargo, el creciente interés en los últimos años por el estudio de las fases tempranas de la esquizofrenia ha hecho que se retome este concepto¹. Por ello se han desarrollado distintos instrumentos semiestructurados con características cuantitativas y cualitativas, lo que viene permitiendo el estudio exhaustivo y sistemático de las alteraciones del Yo en el espectro esquizofrénico, especialmente en sus estadios iniciales^{11,17}. A continuación se presentan los resultados de los estudios que identifican alteraciones del Yo en las fases iniciales de trastornos del espectro esquizofrénico según los instrumentos elaborados para su estudio.

Boon Scale for the Assessment of Basic Symptoms

El estudio empírico y sistemático de los síntomas básicos de la esquizofrenia, entre los que se incluyen las alteraciones del Yo, se inició con la elaboración de la BSABS. Este instrumento es un esquema de entrevista semiestructurado y exhaustivo que busca detectar casos de esquizofrenia en estadios tempranos¹¹. El término «síntomas básicos» propuesto

por Gerd Huber se usó en la presunción de que varias de estas alteraciones son específicas de la esquizofrenia y con frecuencia ya están presentes antes de que aparezcan los síntomas psicóticos^{13,44}. La BSABS evalúa alteraciones de la experiencia en las áreas afectivas, volitivas, cognitivas, perceptuales y corporales, y en su última versión se incluyeron preguntas que evalúan específicamente las alteraciones del Yo^{13,44}. La sensibilidad y la especificidad del instrumento son 0,98 y 0,59 respectivamente, y la confiabilidad intervaluadores tiene un estadístico kappa > 0,60¹¹.

La BSABS se ha mostrado capaz de identificar a pacientes en riesgo de sufrir un trastorno del espectro esquizofrénico. Un estudio evaluó a pacientes con y sin pródromos de esquizofrenia identificados con la BSABS para analizar la transición a esquizofrenia. Después de 9,6 años de seguimiento, los autores encontraron que la ausencia de pródromos excluía la aparición de esquizofrenia con una probabilidad del 96%, mientras que su presencia predecía la enfermedad con una probabilidad del 70%¹³. Un segundo estudio evaluó si las alteraciones del Yo en la medición basal de pacientes con trastornos no psicóticos predecían el desarrollo de trastornos del espectro esquizofrénico¹⁴. Los resultados mostraron que las puntuaciones altas en las subescalas de alteraciones del Yo y de perplejidad de la BSABS en la medición basal predecían la aparición de trastornos del espectro esquizofrénico a los 5 años de seguimiento¹⁴. Aunque la BSABS no evalúa exclusivamente las alteraciones del Yo, los resultados de estos estudios mostraron que estas alteraciones estaban estrechamente relacionadas con los pródromos de la esquizofrenia¹⁴.

Examination of Anomalous Self Experience

Un segundo instrumento para la evaluación fenomenológica específicamente de las alteraciones del Yo es el EASE^{15,17}. Este instrumento se basa en los aportes de las descripciones de la psicopatología clásica, las nociones de los «síntomas básicos» de Huber y los estudios empíricos realizados con la BSABS^{7,15,45,46}. El EASE operacionaliza el modelo de alteraciones del Yo en la esquizofrenia de Sass y Parnas y evalúa cualitativa y cuantitativamente las experiencias subjetivas subpsicóticas que se puede considerar alteraciones primarias del Yo mínimo^{15,17,47}. Estos síntomas corresponden a alteraciones de naturaleza no psicóticas que, a pesar de su carácter intrínseco y poco claro, son susceptibles de autodescripción y evaluación clínica⁴⁸. A diferencia de la BSABS, que cubre un amplio espectro de fenómenos experienciales, el EASE solo evalúa las alteraciones del Yo mínimo. Sin embargo, existen superposiciones entre ambas herramientas, especialmente en los dominios de los trastornos cognitivos, las cenestesias y otro grupo de preguntas¹⁷.

El EASE tiene algunas características que hay que considerar en el momento de aplicarlo. La escala se ha diseñado para la evaluación de los trastornos del espectro esquizofrénico y no debe utilizarse como instrumento diagnóstico¹⁷. El instrumento consta de 57 preguntas, definidas e ilustradas con ejemplos típicos del síntoma de estudio, y su aplicación toma un tiempo de aproximadamente 90 min¹⁷. El instrumento recoge información sobre las áreas de cognición y corriente de la conciencia, autoconciencia y presencia, experiencias corporales, demarcación y transítivismo, y reorientación

existencial. Además, el instrumento incluye preguntas que evalúan específicamente fenómenos de hiperreflexividad, el sentido disminuido del Yo y la alteración de la conciencia del mundo¹⁷. En diferentes estudios, el EASE ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas que se reflejan en su alta consistencia interna⁴⁹, su estructura monofactorial⁴⁸ y una de buena a excelente confiabilidad interevaluadores⁵⁰.

El EASE predice el inicio de trastornos del espectro esquizofrénico en personas en alto riesgo de psicosis y poblaciones clínicas no psicóticas. Nelson et al. midieron las alteraciones del Yo en una muestra de pacientes en alto riesgo de psicosis y una muestra de controles sanos con el objetivo de examinar si la presencia de estas alteraciones predecía la transición a un trastorno psicótico³. Los resultados mostraron que las alteraciones del Yo eran significativamente mayores en los pacientes con alto riesgo de psicosis, en comparación con la muestra de controles sanos. Asimismo, se encontró que la puntuación total del EASE predecía significativamente la transición a un trastorno del espectro esquizofrénico³. Un segundo estudio evaluó la presencia de alteraciones del Yo en personas no psicóticas que buscaban atención médica (edades entre 14 y 18 años). Los resultados mostraron que estas alteraciones se correlacionaban con los síntomas prodrómicos subclínicos de los trastornos del espectro esquizofrénico⁵.

Además se ha encontrado que el EASE puede diferenciar los trastornos del espectro esquizofrénico de otros trastornos psiquiátricos. Nordgaard y Parnas llevaron a cabo un estudio en una muestra heterogénea de pacientes a fin de evaluar la especificidad del EASE para detectar alteraciones del Yo. Los autores encontraron que estas alteraciones eran más intensas en aquellos con un trastorno del espectro esquizofrénico que en los pacientes con otros trastornos psiquiátricos⁴⁹. Haug et al. aplicaron el EASE a pacientes diagnosticados de esquizofrenia, trastorno bipolar con síntomas psicóticos y otros trastornos psicóticos (trastorno delirante y psicosis NOS). Los resultados mostraron una puntuación más elevada del EASE en los pacientes con esquizofrenia que en los otros 2 grupos⁵¹. Por su parte, Nelson et al. realizaron un estudio con el objetivo de examinar la asociación entre las alteraciones del Yo y el trastorno de personalidad límite. Los resultados indicaron que no había correlación entre esas variables⁵². Estos hallazgos indican que el EASE identifica y diferencia los trastornos del espectro esquizofrénico de los demás trastornos psiquiátricos.

Por otro lado, las alteraciones del Yo no parecen ser totalmente específicas de los trastornos del espectro de la esquizofrenia, puesto que también se han identificado en trastornos de despersonalización y en personas «sanas» en estados de introspección^{53,54}. Un estudio aplicó el EASE a reportes de casos de despersonalización y encontró que el 72% de las preguntas del instrumento eran positivas en la muestra de estudio⁵⁴. Asimismo, la aplicación de este instrumento a personas en estados de introspección encontró que el 77% de las preguntas también eran positivas⁵³. Más aún, los síntomas afines a los casos de despersonalización, introspección y esquizofrenia incluían sentimientos de pasividad, desvanecimiento del Yo o del mundo y alienación de pensamiento^{53,54}, mientras que los síntomas de dislocación, erosión y disolución de la perspectiva en primera persona se encontraron casi exclusivamente en los casos de esquizofrenia^{53,54}. Los resultados de estos estudios ponen en evidencia que las alteraciones

del Yo mínimo no son exclusivas de los trastornos del espectro de la esquizofrenia.

Self-Experience Lifetime Frequency Scale

El EASE se ha mostrado efectivo para el estudio de las alteraciones del Yo en el espectro esquizofrénico. Sin embargo, algunos autores reportan que su aplicación es poco práctica en escenarios clínicos o en estudios a gran escala por el tiempo que consume su aplicación⁵⁵. Con esta consideración, recientemente se ha elaborado la *Self-Experience Lifetime Frequency Scale* (SELF) para el cribado de alteraciones del Yo. Este instrumento se basa en una escala que evalúa despersonalización (*Depersonalization Severity Scale*), una escala que identifica a los sujetos en riesgo de un evento psicótico (*Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States*) y el EASE. El análisis factorial mostró que las áreas más importantes de la escala eran los trastornos en la conciencia del Yo y la disminución en el sentimiento de sentirse uno mismo o despersonalización. En la aplicación de la escala, se encontró que los pacientes con un cuadro psicótico presentaban puntuaciones más altas que sus hermanos (no psicóticos) y los controles sanos. Los autores concluyen que el instrumento es apropiado para el uso en escenarios clínicos y de investigación⁵⁵.

Conclusiones

Aunque pertenecen a un campo subjetivo, se ha podido evaluar empíricamente las alteraciones del Yo gracias al desarrollo de instrumentos que miden sistemáticamente sus alteraciones^{11,17}. Los estudios muestran que las alteraciones del Yo aparecen en las fases tempranas prepresicóticas y pueden predecir el desarrollo de trastornos del espectro esquizofrénico^{3,5,13,14}. Asimismo, su presencia permite discriminar los trastornos de este espectro de otras enfermedades psiquiátricas, como el trastorno bipolar, otras psicosis y el trastorno de personalidad límite^{49,51,52}. Sin embargo, se debe considerar que las alteraciones del Yo no son totalmente específicas de trastornos del espectro esquizofrénico, ya que algunos de sus dominios se han identificado en casos de despersonalización e incluso en personas sanas en estado de introspección^{53,54}. Por lo expuesto, el estudio de las alteraciones del Yo está aportando nuevos conocimientos de base fenomenológica para la comprensión nosológica y la atención clínica de la esquizofrenia desde sus primeros estadios.

Además, estos hallazgos tienen importantes alcances en el diagnóstico de la esquizofrenia. Actualmente, los sistemas de clasificación diagnóstica, tanto el sistema de CIE-10 como el DSM-5^{56,57}, no consideran las experiencias subjetivas del paciente dentro de sus criterios y solo priorizan las características observables del trastorno^{1,23,49}. Dado que las expresiones sintomáticas de la esquizofrenia se presentan en las fases establecidas, estos sistemas solo permiten diagnosticar casos consolidados y tienen poca utilidad para la evaluación de pacientes en estadios tempranos. Un intento por reconocer las fases tempranas de la esquizofrenia se encuentra en el DSM-5, que introduce la categoría diagnóstica «síndrome de psicosis atenuada»⁵⁸. Sin embargo, esta entidad considera los mismos síntomas psicóticos de la esquizofrenia, pero en un

nivel subumbral (duración o intensidad), y además solo se ha reconocido para investigación y no se puede usar en la práctica clínica^{58,59}. A pesar que el concepto del yo no está reconocido dentro de los sistemas clasificatorios, es necesario considerarlo en la evaluación de personas en riesgo de psicosis por el valor predictivo que tiene su identificación en estas etapas.

El modelo de las alteraciones del Yo en la esquizofrenia tiene algunas limitaciones que merecen un comentario. Primero, un nuevo enfoque indica que las alteraciones en la esquizofrenia se dan a nivel del Yo narrativo, y no del Yo mínimo⁶⁰. Este modelo postula que las alteraciones del Yo en la esquizofrenia se producen por una perturbación entre los procesos de formación de ideas complejas del Yo y los de los demás, lo cual produce un colapso en la experiencia del Yo y del comportamiento dirigido a metas⁶⁰. Segundo, hay controversia sobre la adaptación del modelo de Sass y Parnas al modelo médico. En este, los síntomas de la esquizofrenia y de las alteraciones del Yo se dan por separado. Sin embargo, en el modelo de Sass y Parnas los síntomas de ambas entidades ocurren conjuntamente³⁹. Finalmente, Berrios y Markova discuten la real existencia del Yo. Estos autores argumentan que el Yo no es una entidad natural y que, careciendo de naturaleza objetivable, su creación solo corresponde a una construcción del pensamiento occidental¹.

En resumen, la noción de que las alteraciones del Yo son la base del desarrollo de la esquizofrenia se ha retomado en los últimos años. Estas alteraciones se están evaluando de manera sistemática con el uso de instrumentos semi-estructurados que cuentan con adecuadas características psicométricas. Estos instrumentos han mostrado que tales alteraciones son prominentes en las fases prepsicóticas y que su presencia predice, con alta probabilidad, la aparición de un trastorno del espectro esquizofrénico. Estos resultados abren oportunidades de diagnóstico e intervención temprana y, con ello, de mejora del pronóstico del trastorno a largo plazo. Por todo ello, la evaluación de alteraciones del Yo con el uso de instrumentos de medición, ya sea con fines clínicos o de investigación, podría implementarse dentro de la evaluación de pacientes en etapas incipientes de organización psicótica.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. Aitor Castillo Durante por la evaluación crítica del trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Kircher T, David A. *The self in neuroscience and psychiatry*. New York: Cambridge University Press; 2003.
- Parnas J. From predisposition to psychosis: progression of symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1999;395:20-09.
- Nelson B, Thompson A, Yung AR. Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis "prodromal" population. *Schizophr Bull*. 2012;38:1277-87.
- Segarra R. *Abordaje integral de las fases iniciales de la psicosis: una visión crítica*. Madrid: Médica Panamericana; 2014.
- Koren D, Reznik N, Adres M, Scheyer R, Apter A, Steinberg T, et al. Disturbances of basic self and prodromal symptoms among non-psychotic help-seeking adolescents. *Psychol Med*. 2013;43:1365-76.
- Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull*. 1996;22:353-70.
- Gross G. The "basic" symptoms of schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl*. 1989:21-5.
- Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recent Prog Med*. 1989;80:646-52.
- Schultze-Lutter F. Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept. *Schizophr Bull*. 2009;35:5-8.
- Gross G, Huber G. The history of basic symptom concept. *Acta Clin Croat*. 2010;49:47-59.
- Vollmer-Larsen A, Handest P, Parnas J. Reliability of measuring anomalous experience: the Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms. *Psychopathology*. 2007;40:345-8.
- Vilagra R, Barrantes-Vidal N. Anomalías de la experiencia subjetiva en psicosis: Concepto y validación empírica del modelo de los Síntomas Básicos. *Salud Ment*. 2015;38:139-46.
- Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:158-64.
- Parnas J, Raballo A, Handest P, Jansson L, Vollmer-Larsen A, Saebye D. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry*. 2011;10:200-4.
- Parnas J, Henriksen MG. Disordered self in the schizophrenia spectrum: a clinical and research perspective. *Harv Rev Psychiatry*. 2014;22:251-65.
- Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull*. 2003;29:427-44.
- Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*. 2005;38:236-58.
- Annas J. Aristotle on memory and the self. En: Nussbaum M, Rorty AO, editores. *Essays on Aristotle's De Anima*. Oxford: Clarendon Press; 1992. p. 299-311.
- Descartes. *The Philosophical Works*. Cambridge: Cambridge University Press; 1967.
- Kraepelin E. *Dementia Praecox und Paraphrenie*. Leipzig: Barth; 1959.
- Bleuler E, Zinkin J. *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities; 1959.
- Schneider K, Hamilton M. *Clinical psychopathology*. New York: Grune & Stratton; 1959.
- Sass LA. Self-disturbance and schizophrenia: structure, specificity, pathogenesis (Current issues, New directions). *Schizophr Res*. 2014;152:5-11.
- Berze J. Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität. Ihr Wesen ihre Erscheinungen und ihre Bedeutung als Grundstörungen der Dementia Praecox und der hypophrenen überhaupt. Leipzig: Franz Deuticke; 1927.
- Mishara AL. Is minimal self preserved in schizophrenia? A subcomponents view. *Conscious Cogn*. 2007;16:715-21.
- Cermolacce M, Naudin J, Parnas J. The "minimal self" in psychopathology: re-examining the self-disorders in the schizophrenia spectrum. *Conscious Cogn*. 2007;16:703-14.

27. Strawson G. The self and the SESMENT. En: Gallagher S, Shear J, editores. *Models of the self*. Thoverton: Imprint Academic; 1999. p. 483-518.
28. Scharfetter C. *Introducción a la Psicopatología general*. Madrid: Morata; 1988.
29. Jaspers K. *Psicopatología General*. 4.ª ed. Buenos Aires: Beta; 1977.
30. Delgado H. *Curso de Psiquiatría*. 2.ª ed. Lima: Imprenta Santa María; 1955.
31. Zahavi D, Parnas J. Phenomenal consciousness and self-awareness: a phenomenological critique of representational theory. *J Conscious Stud*. 1998;5:687-705.
32. Gallagher S. Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends Cogn Sci*. 2000;4:14-21.
33. Nelson B, Parnas J, Sass LA. Disturbance of minimal self (ipseity) in schizophrenia: clarification and current status. *Schizophr Bull*. 2014;40:479-82.
34. Neisser U. Five kinds of self-knowledge. *Philos Psychol*. 1988;1:35-9.
35. Stanghellini G. Embodiment and schizophrenia. *World Psychiatry*. 2009;8:56-9.
36. Sass L. *Madness and Modernism: Insanity in the light of modern art, literature and thought*. Cambridge: Harvard University Press; 1992.
37. Nelson B, Yung AR, Bechdolf A, McGorry PD. The phenomenological critique and self-disturbance: implications for ultra-high risk ("prodrome") research. *Schizophr Bull*. 2008;34:381-92.
38. Grene M. Tacit knowing and the pre-reflective cogito. En: Langford TA, Poteat WH, editores. *Intellect and hope: Essay in the thought of Michael Polanyi*. Durham: Duke University Press; 1968. p. 19-57.
39. Parnas J, Handest P. Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2003;44:121-34.
40. Parnas J, Handest P, Saebye D, Jansson L. Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;108:126-33.
41. Sass LA, Byrom G. Self-disturbance and the bizarre: on incomprehensibility in schizophrenic delusions. *Psychopathology*. 2015;48:293-300.
42. Bernet R, Kern I, Marbach E. *An introduction to husserlian phenomenology*. Evanston: Northwestern University Press; 1993.
43. Hur J-W, Kwon JS, Lee TY, Park S. The crisis of minimal self-awareness in schizophrenia: a meta-analytic review. *Schizophr Res*. 2014;152:58-64.
44. Klosterkötter J, Schultze-Lutter F, Gross G, Huber G, Steinmeyer EM. Early self-experienced neuropsychological deficits and subsequent schizophrenic diseases: an 8-year average follow-up prospective study. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;95:396-404.
45. Parnas J, Cannon TD, Jacobsen B, Schulsinger H, Schulsinger F, Mednick SA. Lifetime DSM-III-R diagnostic outcomes in the offspring of schizophrenic mothers. Results from the Copenhagen High-Risk Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:707-14.
46. Koehler K, Sauer H. Huber's basic symptoms: another approach to negative psychopathology in schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 1984;25:174-82.
47. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Not all first-episode psychosis is the same: preliminary evidence of greater basic self-disturbance in schizophrenia spectrum cases. *Early Interv Psychiatry*. 2013;7:200-4.
48. Raballo A, Parnas J. Examination of anomalous self-experience: initial study of the structure of self-disorders in schizophrenia spectrum. *J Nerv Ment Dis*. 2012;200:577-83.
49. Nordgaard J, Parnas J. Self-disorders and the schizophrenia spectrum: a study of 100 first hospital admissions. *Schizophr Bull*. 2014;40:1300-7.
50. Møller P, Haug E, Raballo A, Parnas J, Melle I. Examination of anomalous self-experience in first-episode psychosis: interrater reliability. *Psychopathology*. 2011;44:386-90.
51. Haug E, Øie M, Andreassen OA, Bratlien U, Raballo A, Nelson B, et al. Anomalous self-experiences contribute independently to social dysfunction in the early phases of schizophrenia and psychotic bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2014;55:475-82.
52. Nelson B, Thompson A, Chanen AM, Amminger GP, Yung AR. Is basic self-disturbance in ultra-high risk for psychosis ("prodromal") patients associated with borderline personality pathology? *Early Interv Psychiatry*. 2013;7:306-10.
53. Sass L, Pienkos E, Nelson B. Introspection and schizophrenia: a comparative investigation of anomalous self experiences. *Conscious Cogn*. 2013;22:853-67.
54. Sass L, Pienkos E, Nelson B, Medford N. Anomalous self-experience in depersonalization and schizophrenia: a comparative investigation. *Conscious Cogn*. 2013;22:430-41.
55. Heering HD, Goedhart S, Bruggeman R, Cahn W, de Haan L, Kahn RS, et al. Disturbed experience of self: psychometric analysis of the Self-Experience Lifetime Frequency Scale (SELF). *Psychopathology*. 2016;49:69-76.
56. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
57. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO; 1992.
58. Tsuang MT, Van Os J, Tandon R, Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, et al. Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophr Res*. 2013;150:31-5.
59. Reddy MS. Attenuated psychosis syndrome Indian J Psychol Med. 2014;36:1-3.
60. Mishara AL, Lysaker PH, Schwartz MA. Self-disturbances in schizophrenia: history, phenomenology, and relevant findings from research on metacognition. *Schizophr Bull*. 2014;40:5-12.