

Aplanamiento afectivo en la esquizofrenia: estudio cualitativo

Vicente Felipe Donnoli^{1,2}, Lorena Guadalupe Santos², Tomas Sepich Almeida²,
Patricia Ferreyra²

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año 16, Vol. 14, N° 2, noviembre de 2007, págs. 26 a 36.

Resumen

Introducción: El aplanamiento afectivo está relacionado con la cronicidad y la gravedad de la esquizofrenia. La evaluación corriente por medio de escalas del aplanamiento afectivo se basa en métodos cuantitativos. En este trabajo se propone una **metodología cualitativa** para el estudio de la afectividad basada en la evaluación de la interrelación personal. Se entrevistaron 25 varones y 15 mujeres con diagnóstico de esquizofrenia según los criterios del DSM IV (hebefrénica según Leonhard); internados desde hace años. Las entrevistas las realizaron dos grupos de profesionales: uno recién iniciado y el otro con varios años en relación con los pacientes. **Resultado:** Según la PANSS todos los pacientes presentan un aplanamiento afectivo severo, y según la evaluación cualitativa presentan disturbios consistentes con una presencia inoportuna de la afectividad en la interrelación personal. **Conclusión:** En la esquizofrenia, más que de un aplanamiento afectivo se trataría de una presentación inoportuna de los afectos.

Palabras Clave

Esquizofrenia, aplanamiento afectivo, investigación cualitativa, afectividad inoportuna.

Abstract

Introduction: Affect flattening is associated with the chronic nature and the severity of schizophrenia. Current assessment through affective flattening scales is based on quantitative methods. We herein propose a qualitative methodology to study affectivity, based on the evaluation of personal interaction. **Method:** Twenty-five male and 15 female patients with diagnosis of schizophrenia based on DSM-IV criteria (or hebephrenic, according to Leonhard) who have been institutionalized for years were interviewed by two different teams of professionals: one formed by new graduates and the other, by professionals with several years of experience in the treatment of these patients. **Results:** Based on the PANSS, all patients present with severe affect flattening and, according to the qualitative assessment proposed herein, they present with disturbances consistent with the presence of inappropriate affects in personal interactions. **Conclusion:** Among schizophrenic patients, there is an inappropriate display of affects, instead of affect flattening.

1 Médico Psiquiatra, Buenos Aires. Email: vfdonnoli@hotmail.com

2 CICPE (Centro de Investigaciones Psicopatológica y clínica en Esquizofrenia) Servicio 15 del Hospital José T. Borda. Buenos Aires. República Argentina

Keywords

Schizophrenia, affective flattening, qualitative assessment, inappropriate affect.

Introducción

El aplanamiento afectivo de la esquizofrenia es un síntoma universalmente aceptado de la patología, y su importancia está ligada a la cronicidad y al mal pronóstico. Para E. Kraepelin los principales pilares para el diagnóstico de la Demencia Precoz eran los síntomas del deterioro de la vida afectiva, junto al de los procesos asociativos⁽¹⁾. A pesar del cambio de visión y de nombre (Esquizofrenia) que le asigna a la patología, E. Bleuler mantiene la afirmación de que los síntomas básicos son permanentes y obedecen a la función deficitaria de la voluntad, intelecto y afectividad. Según Bleuler, además, una psicosis se convierte en crónica cuando se comienzan a perder las emociones; los primeros sentimientos en embotarse son los que promueven la interrelación social⁽²⁾. El viejo criterio kraepeliniano del deterioro cognitivo y afectivo en el centro de la patología esquizofrénica se renueva en los últimos tiempos con el estudio del papel que cumple en la etiopatogénesis del trastorno el lóbulo frontal⁽³⁻⁴⁾, y en la fisiopatología de los síntomas negativos la serotonina, el glutamato y el sistema gabaérgico. Siguiendo este renovado modelo etiopatogénico, Carpenter⁽⁵⁾ discute la unidad de los síntomas negativos. Propone, en cambio, una división de los mismos en dos grupos: síntomas negativos secundarios a depresión, ansiedad y al tratamiento con neurolépticos, y síntomas negativos primarios o deficitarios en los que se incluye el aplanamiento afectivo.

Actualmente en la investigación de la afectividad se utilizan diferentes herramientas ba-

sadas en la introspección y en la expresividad del paciente y de su medio ambiente. Respecto de la introspección, las teorías cognitivas muestran cierto desacuerdo. Por un lado la introspección aparece como el método elegido ya que de acuerdo con su modelo las emociones se basan en el *appraisal*. El *appraisal* cognitivo es la valoración mental del daño ó del beneficio potencial de una situación. Esta valoración se hace por introspección. Pero, por otra parte, si la mera exposición a estímulos subliminales no ingresados a través de la consciencia produce preferencias, emociones de agrado y acercamiento; entonces, la introspección consciente y cognitiva no es la mejor herramienta de acceso a la vida emocional. Además, hay un procesamiento de la información emocional que no accede al simbolismo de la consciencia. Estos procesadores subsimbólicos son inaccesibles a la introspección⁽⁶⁾.

El estudio de la experiencia subjetiva emocional por medio de la introspección tiene su contrapartida en el análisis de la expresividad, es decir de los gestos y conductas objetivas que emite un sujeto como muestra o prueba de su vida afectiva. La importancia y difusión que adquieren estos estudios se debe, según G. Berrios⁽⁷⁾, a la influencia del evolucionismo darwiniano y a su énfasis puesto en la vida emocional como respuestas primitivas de programas estereotipados de conducta. Siguiendo esta línea de pensamiento, autores cognitivos hablan de emociones básicas debido a sus condiciones innatas y universales, además del sustrato neural que tienen⁽⁸⁾. En un sentido filogenético los patrones de expresión emocional utilizan la totalidad de la actitud corporal⁽⁹⁾.

Consideramos, a los efectos de este trabajo, que tanto la introspección como la expresión son herramientas cuya combinación es fundamental en la evaluación clínica de la afectividad. Esa combinación posible la encontra-

mos en el estudio de la interrelación personal. Durante dicha interrelación se produce una comunicación afectiva en la que se utilizan diferentes recursos expresivos e introspectivos en los que la intuición resulta una herramienta útil para la captación del clima o atmósfera afectiva que se produce.

Material y método

Muestra

Fueron entrevistados 40 pacientes de ambos sexos (25 hombres y 15 mujeres) con diagnóstico de esquizofrenia según el DSM IV⁽⁹⁾, y de esquizofrenia hebefrénica según la clasificación de Leonhard⁽¹⁰⁾. Fueron excluidos pacientes con diagnóstico y comorbilidad de debilidad mental, epilepsia, alcoholismo y antecedentes de adicciones.

La edad promedio fue de 46,95 años con extremos de 38 años y 68 años. Todos los pacientes permanecieron internados durante el estudio. Tabla 1.

Método

La evaluación de la afectividad de un paciente se trata de la observación de un fenómeno que sucede en la interfase entre lo natural y lo cultural. Las emociones tienen una base natural que sufren una transformación cultural a través del desarrollo de las relaciones interpersonales y el lenguaje. En este trabajo se

observaron las relaciones que mantienen los pacientes con los entrevistadores y con el ambiente hospitalario cotidiano.

En este estudio se utilizó un tipo de investigación fundamentalmente “cualitativo”, si bien se tuvieron en cuenta algunas evaluaciones “cuantitativas” con el fin de comparar ambas fuentes de datos. La investigación cualitativa se basa en información obtenida por una observación poco estructurada, recogida con pautas flexibles, y difícilmente cuantificable. Este tipo de investigación utiliza un método comparativo que va confrontando casos similares, pero que se diferencian entre sí en algunas características esenciales basadas en la individualidad personal, en este caso, de la vida afectiva. La investigación “cualitativa” intenta formular interpretaciones teóricas provisionales que se van construyendo en el mismo proceso de estudio. Es decir que no partimos del modelo actual según el cual la afectividad en la esquizofrenia es evaluada exclusivamente por la expresividad; sino que tuvimos en cuenta, también, la capacidad de introspección del paciente respecto de los sentimientos que provocan los diferentes entornos de su vida. Se consideró, además, el valor de la intuición del entrevistador respecto de la afectividad que se transmite en la atmósfera de la interrelación, es decir por una vía diferente a la que se percibe visualmente. De este modo, se consideraron entrevistas realizadas por profesionales con diferente antigüedad en la es-

Duración Internación	Varones	Mujeres
5 años	5	7
5 – 10 años	15	3
> 10 años	5	5

Tabla 1. Duración de la internación de acuerdo con el sexo. Los varones estaban internados en el Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial Dr. José T. Borda; y las mujeres en el Hospital Braulio Moyano (ambos dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

pecialidad, con el fin de observar la influencia que tiene una relación duradera con los pacientes sobre la observación e intuición de la afectividad.

Los entrevistadores:

Los pacientes fueron evaluados por 19 profesionales seleccionados en dos grupos de acuerdo con la antigüedad en la especialidad de psiquiatría. Profesionales de baja o ninguna experiencia (PBE), y profesionales con una mayor experiencia (PME) en el trato con pacientes esquizofrénicos. Este tipo de selección se tuvo en cuenta con el fin de observar la posible influencia que ejerce la diferencia en la experiencia y la antigüedad de la relación con los pacientes para la evaluación de la afectividad. Tabla 2.

Se confeccionó una guía para los entrevistadores en la que se considera

- 1) La constitución subjetiva y el control de los afectos.
- 2) La intuición del entrevistador.
- 3) La expresividad de los afectos.
- 4) Puntaje de la subescala de aplanamiento afectivo de la escala PANSS⁽¹⁰⁾.

1) La constitución subjetiva de los afectos se evaluó teniendo en cuenta la respuesta afectiva con el entorno y consigo mismo. Estos datos surgen de la comparación entre el clima emocional de las entrevistas individuales dentro de un consultorio con el clima que se genera durante la observación de la interacción del paciente en ambientes compartidos (comedor, sala de rehabilitación, etcétera). Se solicito a

los entrevistadores evaluar y registrar quien o quienes constituyen el centro de la vida emocional del paciente. Evaluar y registrar la estima o valoración de los sentimientos ajenos, la repercusión de las otras personas sobre sí; y el tipo de respuesta ante los temas que se refieren a su biografía, internación, pérdidas, etcétera. El control de los afectos fue evaluado según un interrogatorio sobre la tendencia a enojarse, a ser impaciente, a la necesidad de autoagredirse, a agredir a otro, a tener relaciones sexuales; y a la mayor o menor impulsividad en la forma de presentarse estos afectos.

2) La intuición fue evaluada según la descripción personal de cada entrevistador de acuerdo con un lenguaje generalizado y compartido sobre el tipo de repercusión emotiva interior que era claramente diferenciado como producto único de la relación con el paciente durante las entrevistas, y no originado en situaciones personales del profesional.

3) La expresión fue evaluada según las manifestaciones mímicas y del cuerpo en general durante las entrevistas y la observación del accionar cotidiano en la sala de internación, en el comedor, en reuniones comunitarias y en tareas de rehabilitación.

4) Para contrastar y comparar con los resultados de la metodología cualitativa se utilizan los datos obtenidos por medio de la investigación cuantitativa del aplanamiento afectivo, a través de la aplicación de la subescala PANSS. Por otra parte, y debido a que el aplanamiento afectivo tiene una raíz fisiopatológica común con el deterioro cognitivo en la hi-

Años de Experiencia	Profesionales
PBE 0 a 5 años	8
PME > 5 años	11

Tabla 2. Profesionales que entrevistaron a los pacientes, agrupados de acuerdo con los años de antigüedad en la psiquiatría: profesionales con baja experiencia (PEB), y profesionales con larga experiencia (PLE).

pofunción frontal, se administró el test de Wisconsin (WCST)⁽¹¹⁾ adaptado a la lengua castellana; con el fin de confirmar el déficit de la función frontal en los pacientes estudiados.

Se realizaron reuniones con cada entrevistador durante las que se intercambiaron opiniones sobre cada ítem de esta guía, con el fin de adaptar el lenguaje y estilo personal de cada profesional en la interpretación de la afectividad. Los datos obtenidos se ordenaron en tres grandes grupos:

I) Datos que reflejan la constitución subjetiva y el control de los afectos.

II) Datos que son producidos por la intuición de los entrevistadores.

III) Datos producidos por la expresividad mímica y corporal general del paciente.

Se compararon los informes de los profesionales que entrevistaron a cada paciente.

Se entrevistaron a 25 pacientes varones y 15 mujeres cuyas edades oscilaban entre los 35 y 68 años. Los pacientes están internados

desde hace 5 años (5 varones y 7 mujeres), entre 5 – 10 años (15 varones y 3 mujeres), y más de 10 años (5 varones y 5 mujeres). Todos reúnen los criterios diagnósticos para esquizofrenia del DSM IV⁽¹²⁾; y de Esquizofrenia Hebefrénica según la clasificación de Leonhard⁽¹³⁾, ya que uno de los síntomas de que caracterizan a estas formas es el severo aplanamiento afectivo.

Resultado

Todos los pacientes evidenciaron severo déficit en los resultados del WCST comparados con una población normal. Tabla 3.

Los entrevistadores con menor experiencia tendieron a evaluar a todos los pacientes con un puntaje mayor de 5 en la subescala PANSS. Los entrevistadores de mediana y larga experiencia evaluaron con un puntaje promedio de 3.5 de la subescala PANSS (Tabla 4).

Genero	Pacientes Esquizofrénicos (N=30)						Población Normal (N=10)					
	Male (N=19)			Female (N=11)			Male (N=6)			Female (N=4)		
GD - WCST	ME (n=7)	MO (n=6)	SE (n=6)	ME (n=2)	MO (n=3)	SE (n=6)	<M (n=0)	=M (n=2)	>M (n=4)	<M (n=0)	=M (n=1)	>M (n=4)
? % RP	49.3	90.5	236.5	49.8	86.5	262.5	-	10.2	5.0	-	15.3	9.5
% EP												
? % RNC	69.2	39.5	4.5	65.7	22.3	5.5	-	72.3	86.0	-	75.3	80.5

Tabla 3. Comparación de los resultados del WCST de pacientes esquizofrénicos y una población normal, teniendo en cuenta la diferencia entre sexos en ambos grupos. El nivel de deterioro en la realización de la prueba se midió en base a: Porcentaje de Respuestas Perseverativas (% RP), el porcentaje de Errores Perseverativos (% EP), y el porcentaje de Respuestas de Nivel Conceptual (% RNC). No completaron el estudio 6 varones y 4 mujeres.

Resultados del grado de deterioro en el WCST (GD WCST) ordenados en forma creciente los ítems RP y EP y en forma decreciente el ítem RNC: ME (Grado medio de deterioro), MO (Grado moderado de deterioro), SE (Grado severo de deterioro). Resultados en la población normal, en los mismos ítems que los pacientes, ordenados de acuerdo con los valores esperados: menores a la media (<M) dentro de la media (=M) y mayores a la media (>M).

Subescala (N1, N2, N3) PANSS
PBE
5

PME
3.5

Tabla 4. El aplanamiento afectivo de acuerdo con el promedio de las subescalas (N1, N2 y N3) de PANSS fue calificado por los entrevistadores con menor experiencia (PBE) con una gravedad apenas superior que los de mayor experiencia (PME).

Grupo I) Constitución subjetiva y control de los afectos:

En general el registro de los entrevistadores con menos experiencia (PBE) es de afectos relacionados con la agresividad y la depresión, con tendencia al rechazo de la interrelación personal en ambos sexos. El registro de entrevistadores de mayor experiencia es de afectos positivos y con tendencia favorecer a la interrelación.

Se enumeran los registros de afectos obtenidos por los entrevistadores con menor experiencia:

Pacientes varones: Enojo ante el recuerdo de su ingreso al hospital. Impaciencia ante las variaciones cotidianas (atraso en el desayuno, por ejemplo). Malhumor ante frustraciones cotidianas (falta de cigarrillos, por ejemplo). Sarcasmo y bromas agresivas. Indiferencia ante la muerte de un antiguo compañero de sala, preocupación por una breve ausencia de personas sin ningún tipo de relación con el paciente. Ausencia de asco y rechazo ante situaciones que habitualmente los provocan (fecales en la cama, alimentos en mal estado, compartir un vaso sucio), presencia de esas reacciones ante situaciones insulsas (nauseas exageradas ante un pan untado, por ejemplo). No comprenden las preguntas sobre los afectos personales, si por los afectos del vecino.

Pacientes mujeres: Tristeza por trivialidades. Labilidad anímica intensa. Desprecio ante desaires mínimos. Deseos de venganza y revancha por desaires en el pasado lejano. Miedo exagerado a la separación (al final de cada entrevista, por ejemplo). Sufrimiento por noticias en los periódicos muy lejanas, pero indiferencia por noticias locales.

Registro de afectos obtenidos por los entrevistadores de larga experiencia (PME):

Pacientes varones: Complacencia por la actualidad de su internación, y añoranza por

viejas relaciones. Vergüenza ante situaciones triviales. Esperanza de encuentros personales muy poco probables. Preocupación por lo sucedido a un pariente que hace mucho tiempo que no ve. Anhelos excesivos por las entrevistas (el paciente espera en la puerta del consultorio largo tiempo antes de la entrevista). Solidaridad con pequeños malestares de sus compañeros de sala, e indiferencia ante verdaderas necesidades de los mismos. Tienen una necesidad infantil de contacto corporal, pero ignoran como obtenerlo.

Pacientes mujeres: Seducción alegre y exagerada para obtener beneficios cotidianos (cigarrillos, dinero, permiso de salidas, por ejemplo). Complacencia resignada por su actual internación. Sentimientos de abandono (por familiares que hace muchos años que no las visitan). Alegría ante el mínimo halago personal. Malhumor frente a supuestos rechazos (durante la entrevista cualquier pequeña interrupción, por ejemplo). Necesidad infantil y compulsiva de contacto corporal (pide ser acariciada, por ejemplo). Soledad ante situaciones triviales (pide ser acompañada a atravesar un sector de la sala en penumbras durante el día, por ejemplo).

Grupo II) Intuición de los entrevistadores:

Durante las entrevistas la intuición de los entrevistadores con menor experiencia registró en forma predominante sentimientos incómodos para sí: desorientación, vacío, impaciencia y enojo en ambos sexos.

En los entrevistadores con mayor experiencia la intuición registró en forma predominante sentimientos depresivos: falta de esperanza, pena y aburrimiento en ambos sexos.

Grupo III) Expresividad mímica y corporal

Los dos grupos de entrevistadores registraron falta de mímica en ambos sexos y ma-

yor expresividad en las manos y tronco en las pacientes mujeres.

En definitiva; Todos los pacientes presentan deterioro cognitivo en concordancia con el diagnóstico. Todos los entrevistadores hicieron una evaluación cuantitativa similar en el total de pacientes, independiente de la experiencia en la relación y convivencia con ellos. Se registra la falta de expresividad mímica en todos los pacientes; en las mujeres se registra una mayor expresividad afectiva en las manos y en los movimientos del tronco que en los varones. Se registran diferencias en la evaluación de la afectividad a través de la observación de la interrelación y de la intuición del entrevistador de acuerdo con el tiempo de experiencia y la relación prolongada con los pacientes.

Discusión

La función cognitiva de la afectividad. Para Heidegger los sentimientos no son fenómenos concomitantes del pensamiento que acompañan a la cognición, sino que ellos mismos son cognición. Nos conducen hacia los objetos, y así se convierten en el acontecimiento radical de nuestro existir¹. Según la fenomenología existencial la vida emocional es una consciencia del mundo. El sujeto emocionado y el objeto emocionante están unidos en forma inseparable. Así sea un objeto real ó imaginario de la consciencia ó un objeto cuya validez emotiva es dada por el inconsciente. Por lo tanto, los sentimientos constituyen una percepción y un conocimiento directo del otro y fundamentalmente, de sus cualidades, es decir, de su significado. Desde este punto de vista, la vida afectiva humana en general es considerada como una experiencia subjetiva que

no es producto de una respuesta ante eventos, sino una búsqueda predeterminada del otro.

El desarrollo afectivo individual. La afectividad es una función mental al servicio de la interrelación humana, la que a su vez no es posible sin vida afectiva. La vida afectiva del ser humano se desarrolla, a partir del nacimiento, en el contexto de los vínculos interpersonales siguiendo diferentes etapas al igual que el desarrollo sensorio motor⁽¹⁴⁾. Durante el desarrollo la parte constitucional filogenética de la afectividad se complementa con la influencia de la individualidad personal. Dice Le Doux que un hombre reacciona con miedo frente a una serpiente basado en la filogenia, y frente a un conejo basado en la historia personal⁽¹⁵⁾. Durante el prolongado período inicial de interrelación con la figura materna⁽¹⁶⁾ se produce un tipo de conducta de apego (*attachment*) que es la base del desarrollo emocional⁽¹⁷⁾. El apego es una conducta que tiene como resultado la proximidad con otro individuo con el fin de ser protegido, y constituye una parte integral de la naturaleza humana. Es decir, que en toda interrelación humana se genera en forma natural un mayor o menor clima emocional. Los afectos nunca son iguales en dos individuos cualesquiera, ya que su historia particular y sus determinantes conscientes e inconscientes son distintos. En los registros mentales de la conducta de apego intervienen varias formas de memoria en las que se graban distintos tipos de representaciones del propio yo, de las emociones y del mundo. En este proceso intervienen en forma preponderante el núcleo amigdalino, el hipocampo, la corteza entorrinal y la corteza cerebral externa. La progresiva integración de estas representaciones conscientes, inconscientes, de corto y largo plazo se produce en el funcionamiento

1 Nos conducen hacia los objetos, pero nos ocultan la nada, salvo la angustia que sí nos enfrenta a ella.

de la memoria activa (*working memory*). Para Le Doux los sentimientos representan la actividad del procesamiento emocional en la memoria activa. La cualidad o valencia positiva – negativa que hace el sistema meso – límbico⁽¹⁸⁾ registrada como experiencias de placer – displacer, llegan al sector prefrontal de la corteza con el fin de ser utilizadas en la evaluación de las consecuencias futuras de las decisiones afectivas⁽¹⁹⁾. De esta forma la vida afectiva adquiere la capacidad de expresarse y comunicarse en el momento oportuno. El funcionamiento de la memoria activa frontal aparece ligado directamente a la presencia de un sentimiento en la consciencia, es decir el registro de la experiencia emocional propia y ajena. El desarrollo del modelo denominado como “teoría de la mente” está fundamentado en el estudio de la capacidad que tiene un sujeto de registrar la presencia del otro⁽²⁰⁾. En el lóbulo prefrontal se encontraría, entonces, la encrucijada para la función cognitiva de la afectividad necesaria en la interrelación y en su determinación de la conducta.

Desaparición de los afectos

La ausencia del registro consciente de los sentimientos se manifiesta clínicamente como la desaparición o disminución de la afectividad del sujeto. El fenómeno de desaparición de la afectividad fue estudiado en diversas situaciones que van desde el funcionamiento mental normal hasta el francamente patológico. A. Freud⁽²¹⁾ menciona que los afectos pueden sufrir una supresión (*Unterdrückung*) como mecanismo de defensa neurótico. J. Mac Dougall se refiere a una “expulsión” de los afectos del ámbito mental en las enfermedades psicósomáticas⁽²²⁾. Lejos del psicoanálisis, Kurt Schneider habla del sentimiento de no tener sentimientos que se presenta en algunas depresiones⁽²³⁾. También, las experiencias de va-

cio afectivo en los trastornos fronterizos⁽²⁴⁾ de personalidad. Es decir que la desafectivización es descrita en otros cuadros distintos que la esquizofrenia.

La expresión de afectos en la esquizofrenia

En la actualidad los principales indicadores de aplanamiento en la esquizofrenia son la disminución de la propia expresividad del paciente⁽²⁵⁾, y la reducción del reconocimiento en la expresividad facial ajena⁽²⁶⁻²⁷⁾. La evaluación de la expresión facial del esquizofrénico presenta dificultades para diferenciarla de los cuadros depresivos⁽²⁸⁾. Por otra parte, se debe tener en cuenta que la expresión facial no es totalmente espontánea. La musculatura de la mímica tiene un control neural diferenciado (Damasio, op. Cit.). Hay movimientos voluntarios de la boca controlados por el área prerolándica que pueden provocar una sonrisa no sincera. Los mismos músculos son inervados también por aferencias de la corteza cingulada anterior y de los ganglios de la base que se encargan de la sonrisa verdadera que es acompañada por un gesto facial completo incluyendo la parte superior de la cara y no sólo los labios. En este sentido la hipomimia completa puede ser producto del efecto adverso extrapiramidal de los antipsicóticos, y no ser fiel expresión del estado afectivo del paciente. Por ello es la interpretación de los gestos en fotografías la que brindaría una mayor información sobre la elaboración de las emociones que hacen los pacientes. Aunque no está definida la universalidad de la expresión facial⁽²⁹⁾, la exposición de este grupo de emociones universales, felicidad, tristeza, enojo, temor, repugnancia, representadas en fotografías ante pacientes esquizofrénicos muestra un deterioro global de los mismos para su reconocimiento, que se hace evidente ante la exposición de las imágenes más intensas. Se

observa, también, una particular tendencia a atribuir en forma exagerada expresiones de disgusto, y a no observar expresiones de felicidad⁽³⁰⁾. En base a estos dos indicadores se desarrollaron, para medirlos, escalas multi ítem operacionalizadas: Scale for emocional blunting⁽³¹⁾, The Affective Flattening Scale⁽³²⁾, The affective flattening Subscale of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)⁽³³⁾, el ítem aplanamiento affect in the Subscale of Negative Symptoms de la PANSS (op.cit.). Pero, existe dificultad en diferenciar la mímica del esquizofrénico de la del depresivo, y en el caso del reconocimiento de fotografías hay que tener en cuenta que la cognición puramente perceptual y la afectividad aparecen indiscriminadas en la evaluación de ese tipo de tests⁽³⁴⁾. Por otra parte, la existencia de un procesamiento no consciente de la información visual emocional no puede ser evaluada por dicha metodología. Otra herramienta disponible es la medición de la capacidad de expresión de las emociones en el medio familiar del paciente con esquizofrenia que se utiliza desde los 1960s. En general, se ha relacionado la cualidad de la vida emocional en la vida familiar de los pacientes psiquiátricos con el pronóstico. La relación emocional del paciente con sus familiares influye sobre las recaídas en la enfermedad. Un contacto cálido por parte de la madre, en especial, evita las recaídas más que los contactos muy críticos y los que contienen un exagerado compromiso emocional (*overinvolvement*)⁽³⁵⁾. En la esquizofrenia se observa que el equipo asistencial puede exhibir el mismo rango de conductas expresivas que los familiares del paciente, alterando de esta forma el pronóstico⁽³⁶⁾. Por otra parte, debemos reconocer que el procesamiento de la información afectiva del medio ambiente aparece, en los estudios de la expresividad, entremezclado con el deterioro global

del procesamiento de toda la información y con un déficit de la atención.

Ya se menciono que el aplanamiento afectivo está íntimamente relacionado con los síntomas más graves de la esquizofrenia. La presencia de la afectividad aplanada dentro de la evolución crónica ensombrece el pronóstico de la patología. Por ello es de gran importancia el criterio que tiene el evaluador acerca de la afectividad. Hemos mencionado que la memoria activa (*working memory*) del lóbulo frontal cumple el papel de integrar la vida cognitiva y emocional. De este modo la evaluación de la afectividad y del funcionamiento cognitivo se hacen en conjunto. Lo que no tiene en cuenta este tipo de semiología es que las emociones, la cognición y la función cognitiva de los afectos se encuentran al servicio de la relación del sujeto con el mundo de los objetos⁽³⁷⁾. Es decir, que los sentimientos interactúan con la motivación, con la acción y con la cognición en referencia a un objeto. Los sentimientos, entonces, siempre forman parte de una unidad con el objeto, incitándose uno al otro. Aun en el autismo esquizofrénico se mantiene una relación indiscriminada con el objeto; en este caso el mundo de los objetos aparenta ser rechazado por su significado negativo o persecutorio; pero se mantiene su presencia delirante y/o alucinatoria en el interior de la mente del enfermo. El examen clínico tradicional pone en primer plano la evaluación de la afectividad mediante técnicas en las que la presencia del evaluador no entra en consideración. Para ello se vale de escalas y tests de todo tipo. De acuerdo con lo propuesto en este trabajo, se prioriza la evaluación del comportamiento de la afectividad en el contexto de la relación interpersonal. Darwin dice que la expresión simulada de una emoción la puede despertar en nuestra mente. Es decir que parte de la transmisión emocional se basa en una in-

ducción o inoculación a través de la mímica y gestos⁽³⁸⁾, por ello la amimia del paciente despierta el aplanamiento en el entrevistador. Otros autores se refieren a un tipo de inoculación afectiva diferente basado en el mecanismo de identificación proyectiva que utiliza como medio de transmisión el clima generado en la relación personal⁽³⁹⁾. Este clima afectivo durante las entrevistas es intuido por el profesional, como indiferencia, pena, vacío, aburrimiento y, fundamentalmente, falta de expectativas en el futuro. En diferentes relaciones, la patología esquizofrénica genera climas afectivos distintos. Entrevistado por profesionales recién iniciados tiende a producir incomodidad e irritación; cuando se trata de una entrevista con personal experimentado se informa de una atmósfera de tono más depresivo. Es decir, que en el paciente esquizofrénico se observa un aplanamiento afectivo en su expresividad, pero eso no indica una desaparición de la vida emocional. La mayoría de los afectos no se transmiten por la mímica, sino en una interrelación más amplia. De acuerdo con lo observado en este trabajo, la intuición del profesional informa sobre la presencia de una vida afectiva errática y no armónica en las relaciones personales. Los afectos manifestados parecen corresponder a otras relaciones y circunstancias diferentes de la entrevista con el profesional. El clima de la entrevista es índice de una alteración en la oportunidad de la expresión de los afectos, lo que altera la relación con el entorno. Esto podría interpretarse como una afectividad inoportuna más que un apagamiento de la misma. Posteriores estudios cualitativos sobre las relaciones interpersonales deberían contribuir a aclarar los trastornos de la afectividad en la esquizofrenia.

Agradecimientos: agradecemos a los médicos residentes del Hospital J.T. Borda: Dra. Liliana Chisari Rocha, Dra. Maria Marletta, Dr. Miguel Vallejos, a los médicos y psicólogos del Servicio 15 del Hospital JT Borda, y al Dr. Darío Rojas del Hospital de mujeres Braulio Moyano por su colaboración en este trabajo.

Bibliografía

- 1.- Kraepelin E: Dementia Praecox und Paraphrenia. "Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte". Band V, Leipzig, JA Barth, 1913.
- 2.- Bleuler E: Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. International Universities Press. New York, 1950.
- 3.- Weinberger D, Berman KF: Prefrontal function in Schizophrenia: Confounds and Controversies. Philos – Trans-R-Soc. Lond Biol, 1996; Oct 29: 351 (1346):1495 – 1503.
- 4.- Mac Donald AW, Carter C, Kerus JG, Ursu S, Barch D, Colmes AJ, Stenger VA, Cohen J: Specificity of prefrontal dysfunction and context processing deficits of schizophrenia in never medicated patients with first episode psychosis. Am J Psychiatry 2005; 162:475 – 484.
- 5.- Carpenter WT Jr., Heinrichs DW, and Wagman AMI: Deficit and nondeficit forms of schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 1988, vol 145:578 – 583.
- 6.- McEwen B, Sapolsky R: Stress and cognitive functioning. Current opinion in Neurobiology. 1995, 5:205 – 216.
- 7.- Berrios G The psychopathology of affectivity: conceptual and historical aspects" Psychological Medicine, 1985, 15, 745-758
- 8.- Izard, Carroll: Basic emotions, relations among emotions and emotion cognition relations. Psychological Review, 1992, Jul. Vol. 99 (3), 561 – 565.
- 9.- Plutchik R: The emotions. Facts, Theories, and a new model. University Press of America, 1991.
- 10.- Kay SR: Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia. Assesment end Research. Brauner / Mazel N.York, 1991.
- 11.- Heaton RK, Cheluna GJ, Talley JL, Kay GG, Curtis G.: Wisconsin Card Sorting Test Manual, PAR, Flo.USA, 1993. (Adaptación Española: V. de la Cruz Lopez, TEA, Madrid, 1997).

- 12.- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition.. Washington, D.C, American Psychiatric Association, 1994. (Versión Española. Masson SA, 1995)
- 13.- Leonhard K: Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Atiologie. Helmut Beckmann. Stuttgart – New York: Georg Thieme, 1995.
- 14.- Shore AN: Affect Regulation and the origin of the self. The Neurobiology of emocional development. L.Erlbaum Asc. Inc. N. Jersey. USA. 1994.
- 15.- Le Doux J: The emotional brain. New York: Simon & Schuster, 1996.
- 16.- Mahler MS, Pine F, Bergman A: The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation. New York, Basic Books, 1975.
- 17.- Bowlby J: Attachment and Loss Vol. 1, London: Hogarth Press. 1969.
- 18.- Posner J, Russell JA, Peterson BS: The circumplex model of affect: An integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology. *Development and Psychopathology* 17 (2005), 715 – 734.
- 19.- Damasio, AR: Descartes' error. New York: Avon Books, 1994.
- 20.- Brüne M: Emotion recognition, "theory of mind", and social behavior in schizophrenia" *Psychiatry Res.* 2005. Feb 18; 133 (2-3); 135 – 47.
- 21.- Freud A: The Ego and the Mechanisms of Defense (1936). Translated by Baines C. New York, International Universities Press, 1946.
- 22.- Mc Dougall. *Théâtres du Je*, Gallimard, Paris, 1982.
- 23.- Schneider K.: *Klinische Psychopathologie*, Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1992.
- 24.- Gunderson JG, Phillips KA: A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* 148:967 – 975, 1991.
- 25.- Gaebel W, Wolwer W: Facial expressivity in the course of schizophrenia and depression *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2004, 254:335 – 342.
- 26.- Wölwer W, Streit M, Polzer V, Gaebel W: Facial affect recognition in the course of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 1996, 246:165 – 170
- Fletcher R: *Instinct in Man. In the light of recent work in comparative psychology.* Georg Allen & Unwin Ltd. London, 1960
- 27.- Mueser KT, Penn DL, Blanchard JJ, Bellack AS: Affect recognition in schizophrenia: A sintesis of findings across three studies. *Psychiatry: Winter* 1997, 60 (4):301 – 308.
- 28.- Tremeau F, Malaspina D, Duval F, Correa H, Hager-Buding M, Coin-Bariou L, Macher JP, Gorman JM: Facial expressiveness in patients with schizophrenia compared to depressed patients and nonpatients comparison subjects. *Am J Psychiatry* 2005; 162:92 – 101.
- 29.- Russell James A: Facial expressions of emotion: What lies beyond minimal universality? *Psychological Bulletin*, 1995, Nov. Vol. 118 (3), 379 – 391.
- 30.- Kohler, Turner TH, Bilker WB, Brensinger CM, Siegel SJ, Kanis SJ, Gur RR, Gur RC: Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error pattern. *Am J Psychiatry* 2003 Oct. 160 (10): 1768 – 74.
- 31.- Abrams C, Taylor MA: A Scale for Emocional Blunting. *Am J Psychiatry*, 1978, 135: 226 – 229.
- 32.- Andreassen NC: Affective flattening and the criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 1979, 136: 944 – 947.
- 33.- Andreassen NC: Negative Symptoms in Schizophrenia: definition and reliability. *Arch Gen. Psychiatry*, 1982; 39: 784 – 788.
- 34.- Bediou B, Franck N, Salud M, Baudoin JI, Tiberghien G, Daléry J, D'Amato T: Effects of emotion and identity on facial affect processing in schizophrenia. *Psychiatry Res* 133 (2005) 149 – 157.
- 35.- Ivanovic M, Vuletic Z, Bebbington P.: Expressed emotion in the familias of patients with schizophrenia and its influence on the course of illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1994, 29:61 – 65.
- 36.- Bebbington P, Kuipers L: The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89 (suppl 382):46 – 53.
- 37.- Rojas E: *El laberinto de la afectividad.* Colección Austral. Espasa Calpe. Madrid 3^a edición, 1987.
- 38.- Plutchik R: *The Emotions. Facts, Teories, and a New Model.* Random House Inc. Revised Edition, 1991.
- 39.- Ogden TH: On projective identification. *Int J Psychoanal*, 1979, 60:357 – 373.