

La clasificación de los trastornos de la conciencia

Classification of disorders of consciousness

DANIEL R. MARTÍNEZ

Hospital Borda - Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: drmartinez@intramed.net

Recibido: 12/12/2018; aceptado con modificaciones: 22/02/2019

Resumen: Tradicionalmente ha existido una incongruencia entre la definición de conciencia y la caracterización de su patología, que se restringe a aquellos cuadros que afectan la vida consciente en su conjunto, ya sea por un descenso del nivel o por una desorganización de sus contenidos. Los avances en neurociencia cognitiva han demostrado que existen otras perturbaciones de la conciencia que no implican su afectación total. Con el fin de presentar una clasificación integral de estos trastornos, partiremos de las teorías de Edelman y Damasio, quienes diferencian una forma elemental de conciencia (conciencia primaria, para el primero, o central, para el segundo) de una forma compleja (conciencia de orden superior o ampliada, respectivamente). Las enfermedades que afectan a la conciencia primaria producen trastornos globales, pues afectan a la conciencia en su conjunto. Los trastornos de la conciencia superior producen perturbaciones parciales, que involucran mayormente a la autoconciencia, aunque también incluyen las distorsiones y engaños perceptivos.

Palabras clave: conciencia, trastornos de la conciencia, autoconciencia, conciencia primaria, conciencia de orden superior.

Abstract: Traditionally, there has been an incongruity between the definition of consciousness and the characterization of its pathology, which is restricted to those disorders that affect consciousness as a whole, either by a decrease in its level or by a

disorganization of its contents. Developments in cognitive neuroscience have shown that there are other disturbances of consciousness that do not imply its total involvement. In order to present a comprehensive classification of these disorders, we will build our classification on the theories of Edelman and Damasio, who differentiate an elementary form of consciousness (primary or core consciousness, respectively) from a complex one (higher order or extended consciousness, respectively). Diseases that affect primary consciousness cause global disorders, because they affect consciousness as a whole. Disorders of higher-order consciousness cause partial disturbances, which mostly involve self-consciousness. Perceptual distortions and deceptions are also included here.

Key words: consciousness, disorders of consciousness, self-consciousness, primary consciousness, higher-order consciousness.

INTRODUCCIÓN

LA CONCIENCIA COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA PSIQUIATRÍA ha sido motivo de múltiples investigaciones. No obstante, existe una cierta imprecisión en los manuales de la especialidad al tratar de relacionar la definición de la conciencia con su patología. Muchos psiquiatras se preguntan por qué en el capítulo dedicado a la conciencia se estudia el coma, por ejemplo, y no se habla de la conciencia de enfermedad. Si la conciencia se define a menudo como una cualidad excelsa del ser humano, ¿por qué su patología se limita a una grosera pérdida de conocimiento? En otras ocasiones, no menos problemáticas, la descripción de los trastornos de la conciencia no va precedida de ninguna definición. Obviamente, en todos los casos estamos hablando de la conciencia como conocimiento de la realidad (término intercambiable con *consciencia*) y no como conocimiento moral. Repasemos algunos ejemplos ilustrativos.

En su *Tratado de psiquiatría*, Bleuler (1) señala que la conciencia “es aquello que nos hace ser, en esencia, distintos de un autómeta”. De esta definición se desprenden valiosas derivaciones teóricas que implican tanto la simple percepción de un objeto como el libre albedrío. Sin embargo, para Bleuler, como para muchos otros autores, los trastornos de la conciencia se limitan a la confusión, el delirio (*delirium*) y el estado crepuscular. Jaspers (2), quien define la conciencia como la totalidad de la vida psíquica momentánea, engloba dentro de sus alteraciones las oscilaciones, declives, estrechamientos, elevaciones y alteraciones psicóticas en procesos orgánicos, entre otros. Alonso Fernández (3), por su parte, define la conciencia como la totalidad de la experiencia momentánea insertada en la corriente continua

de la vida psíquica e incluye dentro de su patología la conciencia obnubilada, crepuscular y desordenada. Huber (4), a su vez, introduce los trastornos de la conciencia (cuantitativos: de la obnubilación al coma; cualitativos: confusión, amencia, delirio y estado crepuscular) en el capítulo de las “psicosis de fundamento corporal” sin definir el concepto de conciencia. En el manual de Kaplan y Sadock (5), por último, la conciencia se define como “darse cuenta de sí mismo y del entorno”, y sus trastornos se restringen a la obnubilación, el estupor y el *delirium*, entre otros, como si el único modo de perturbación del conocimiento de uno mismo y del mundo fuera la opacidad o la pérdida de la conciencia.

Como podemos observar, lo que usualmente se ha considerado como patología de la conciencia son los trastornos globales de la actividad consciente, ya que, debido a la definición unitaria de Jaspers, para poder hablar de alteraciones de la conciencia debe estar afectada la totalidad de los procesos psíquicos y no un proceso aislado. No obstante, dada la amplitud del concepto de conciencia, no resultaría extraño que existan trastornos parciales, que afecten algún aspecto específico de la actividad consciente sin afectar al sensorio ni menoscabar el conjunto de la vida psíquica. Sobre esta posibilidad vamos a discutir a continuación¹.

TIPOS DE CONCIENCIA Y CLASIFICACIÓN DE SUS TRASTORNOS

Para clasificar las alteraciones de la conciencia de una manera integral, nos apoyaremos en dos teorías neurológicas con evidentes repercusiones clínicas, como son las de Edelman (7) y Damasio (8). En ambas se diferencia una forma inferior o simple de conciencia (conciencia primaria de Edelman, conciencia central de Damasio) de una forma superior o compleja (que Edelman denomina conciencia de orden superior y Damasio, conciencia ampliada). La forma más simple de conciencia es evolutivamente más antigua y se relaciona, sobre todo, con el tronco cerebral y sectores medios de la corteza. Es una estructura biológica no vinculada al lenguaje que compartimos con otras especies. Sobre esta conciencia elemental se desarrolla la conciencia superior, cuyos circuitos neurales se distribuyen por extensas zonas de la corteza cerebral. Esta conciencia está ligada al lenguaje y a otras funciones superiores.

Los déficits de la conciencia inferior comprometen a la conciencia superior, pues esta última depende de la primera; mientras que las alteraciones de la conciencia superior no afectan a la conciencia más primitiva. Podemos establecer un paralelismo entre ambas formas de conciencia y las definiciones de filósofos como Bunge (9) y Block (10): la conciencia primaria se limita funcionalmente al nivel sensorial,

¹ Hemos desarrollado una discusión más amplia y pormenorizada sobre el concepto de conciencia y sus trastornos en otro lugar (6).

por lo que sería equiparable a lo que Bunge define como percatación (sentir o notar) y Block como conciencia fenoménica; mientras la conciencia de orden superior se extiende a nivel intelectual y es homologable a la conciencia propiamente dicha de Bunge y la conciencia de acceso de Block. Los desórdenes de la conciencia primaria afectan a la conciencia en su conjunto y, por lo tanto, constituyen trastornos globales: los trastornos de la conciencia por antonomasia de los textos de psiquiatría. Damasio menciona el coma y el mutismo acinético como ejemplos de alteración de la conciencia central (primaria). Los trastornos de la conciencia de orden superior, por otro lado, solo afectan en parte el funcionamiento de la actividad consciente, por lo que corresponde denominarlos “trastornos parciales de la conciencia”. Estos trastornos no han sido clasificados tradicionalmente en los manuales de la especialidad, por lo que en este trabajo les dedicaremos un espacio mayor que a los trastornos globales. Como ejemplos de desorden de la conciencia ampliada (superior), Damasio menciona la amnesia global transitoria y la anosognosia.

TRASTORNOS GLOBALES

Los trastornos globales de la conciencia se caracterizan por la pérdida de la lucidez y por interesar a la conciencia en su conjunto. Estos trastornos afectan al sensorio de manera tal que se ve dificultada, en distinta medida, la recepción de las impresiones del medio. La evidencia neurológica muestra que existe una correspondencia entre los cuadros clínicos y los sectores encefálicos afectados. Por ejemplo, los síndromes confusionales guardan una estrecha relación con el tronco cerebral (11) y las porciones mediales de la corteza (12). En el coma —salvo el provocado por el daño amplio y bilateral de la corteza—, las lesiones se localizan en la parte superior del tronco cerebral y el diencéfalo o se origina por interferencias funcionales con el sistema activador reticular ascendente debidas a factores como hipertermia, toxinas, traumatismos, etc. (13). Los trastornos globales de la conciencia surgen precisamente cuando se ven afectados estos sectores filogenéticamente antiguos del sistema nervioso central. Por esta razón, las alteraciones de la conciencia primaria o central son globales, no permiten el funcionamiento normal o coordinado de la conciencia en su conjunto. Este grupo es el de las alteraciones tradicionales de la conciencia de la psiquiatría clásica y lo integran tanto los trastornos cuantitativos como los cualitativos. Como esta última división resulta problemática porque no existen alteraciones cualitativas puras (es decir, que no comprendan simultáneamente un descenso del nivel de conciencia), clasificaremos estos mismos cuadros clínicos según sus síntomas predominantes en productivos y deficitarios (ver Tabla 1).

Los cuadros productivos son aquellos que se caracterizan por el desorden del pensamiento, la conducta anómala y la presencia de alucinaciones y delirios. El

término productivo es neutral con respecto al nivel de conciencia. En este grupo se encuadran normalmente tres tipos de alteración de la conciencia cuyos límites son difusos, ya que existen múltiples superposiciones entre ellos. Nos referimos a la confusión mental, el delirio onírico y los estados crepusculares, actualmente fusionados en el concepto de *delirium* o síndrome confusional, aunque, por definición, el *delirium* se circunscribe a los cuadros secundarios a patologías orgánicas y deja fuera a los episodios conocidos tradicionalmente como psicógenos y endógenos. Por su parte, los cuadros deficitarios constituyen un descenso puro del nivel de conciencia, cuyos ejemplos representativos son la obnubilación, la somnolencia, el sopor y el coma. No abundaremos en la descripción de estos cuadros clínicos que son bien conocidos y se consideran como las alteraciones de la conciencia por excelencia.

TRASTORNOS PARCIALES

Los trastornos parciales de la conciencia de origen psiquiátrico solo afectan a algunos aspectos de la actividad consciente, de la misma forma en que lo hace una agnosia en neurología. Al interesar a la conciencia de orden superior, estos trastornos no se acompañan de enturbiamientos, por lo que se trata de alteraciones en las que se conserva la lucidez. Su base biológica se distribuye por amplias zonas de la corteza, dentro de las cuales sobresale funcionalmente el lóbulo frontal. Muchos de estos cuadros pueden considerarse como trastornos de la autoconciencia. Las investigaciones actuales demuestran que las alucinaciones auditivas son producto de una falla en la atribución a uno mismo de las propias acciones (por ejemplo, el habla subvocal), por lo que constituyen un déficit de la conciencia de sí mismo (14, 15). Algo similar ocurre con las confabulaciones (“alucinaciones del recuerdo”), en las que se evidencia un déficit en la memoria episódica (16). Algunos síntomas se enmarcan en lo que la semiología alemana denomina “trastornos del yo” (despersonalización, desrealización, inserción, robo y difusión del pensamiento, vivencias de influencia externa).

Sin embargo, las alteraciones de la autoconciencia no se limitan a ese grupo de síntomas. Algunos cuadros disociativos, como la amnesia y la personalidad múltiple, pueden incluirse en esta clase de alteraciones, de la misma manera que la amnesia global transitoria es concebida como una perturbación neurológica de la conciencia de orden superior.

Las alteraciones de la conciencia del propio cuerpo deben incluirse asimismo en esta sección. Otras perturbaciones vinculadas a mecanismos superiores como la teoría de la mente y la conciencia de enfermedad también han de encontrar su lugar en este apartado, al igual que algunos trastornos que no involucran a la autoconciencia, como ciertas alteraciones perceptivas.

En este lugar, debemos definir qué entendemos por conciencia y autoconciencia para una mejor comprensión de nuestra propuesta. La conciencia puede definirse como la experiencia subjetiva de conocer parte de los contenidos de nuestra actividad mental en el momento presente. De acuerdo con Bunge (9) y Bunge y Ardila (17), un animal es consciente cuando advierte sus emociones, percepciones y pensamientos y piensa en ellos, a diferencia de la simple percatación (advertencia de un estímulo), que no requiere de la participación del pensamiento. Cuando un animal, señalan Bunge y Ardila (17; p. 249), “reflexiona sobre sus propias percepciones y pensamientos (presentes o pasados) y no los atribuye a alguna otra cosa o persona, se puede decir que es *consciente de sí mismo*” (subrayado de los autores). Para la psicología cognitiva, la autoconciencia requiere de un autoconcepto (sentido de identidad y conocimientos y creencias sobre uno mismo) y del conocimiento de que las propias acciones y experiencias pertenecen a la persona a la que se refiere el autoconcepto (18). La autoconciencia involucra distintos componentes, como la experiencia del propio cuerpo, la automonitorización, la memoria episódica y la teoría de la mente.

A continuación, relacionaremos una serie de procesos neurocognitivos con diferentes síntomas que son la expresión de una disfunción de la actividad consciente, sobre todo de la autoconciencia, para adentrarnos después en la clasificación de estos trastornos. Si bien el concepto de conciencia es problemático, no es nuestra finalidad internarnos en las múltiples discusiones filosóficas sobre el tema. El debate sobre el “problema difícil” de Chalmers (19) (la explicación de la experiencia subjetiva), por citar un ejemplo paradigmático, excede los límites de este trabajo². Vamos a abordar el problema clasificatorio desde una perspectiva clínica con el apoyo de los avances científicos contemporáneos, sobre todo de las neurociencias cognitivas. Existen otros enfoques que el lector interesado puede consultar, como el de la fenomenología, cuyas figuras más relevantes, como Gallagher (22) y Parnas (23), entre otros, han hecho contribuciones significativas a la psicopatología de la conciencia. El aporte de la fenomenología a la ciencia cognitiva puede valorarse en el manual de Gallagher y Schmicking (24).

a) Los sentidos de agencia y propiedad

Existen dos componentes de la conciencia de la acción que habitualmente coinciden: el sentido de agencia, que se refiere al reconocimiento de ser uno mismo el agente de una acción voluntaria, y el sentido de propiedad, relacionado con el hecho de tener conciencia de que el propio cuerpo se está moviendo. Mediante el sentido de agencia la persona es consciente de que tiene un papel activo en la pro-

² Sobre el debate filosófico en torno a la conciencia, pueden consultarse las antologías de Block *et al.* (20) y Ezcurdía y Hansberg (21), entre otros muchos textos.

ducción de un movimiento, el cual normalmente se acompaña del sentido de propiedad, ya que lo que se mueve es su propio cuerpo. Pero puede existir una escisión normal. Por ejemplo, cuando otra persona mueve uno de nuestros brazos o el movimiento nace de manera involuntaria como resultado de un reflejo osteotendinoso: en esos casos no hay sentido de agencia (no soy yo el que mueve el brazo), pero sí sentido de propiedad (lo que se mueve es mi brazo). El reconocimiento de nuestro propio cuerpo y de la autoría de nuestras propias acciones es un factor fundamental para la identificación de uno mismo y la diferenciación de los demás (25).

Algunos autores extienden el sentido de agencia al pensamiento, al que consideran una forma de acción (26). Miele *et al.* (27) separaron experimentalmente los correlatos neurales de dos componentes del sentido de agencia: la monitorización de la acción y el juicio metacognitivo de agencia. La monitorización de la acción supone la capacidad de detectar si el resultado de una acción coincide con nuestros planes previos. Esta verificación actúa, al menos parcialmente, de manera automática. El juicio de agencia, por su parte, requiere de la evaluación consciente de nuestro estado de control. Los juicios de agencia se relacionan con la activación de la corteza prefrontal anterior y la corteza orbitofrontal derecha, lo que señala su carácter autorreflexivo. Los autores concluyen que no es la monitorización automática de la acción, sino la metacognición de la agencia, la que participa en la atribución de autoría de nuestras propias acciones. En psicopatología, las alucinaciones auditivas y los delirios de influencia se consideran típicos ejemplos de la alteración del sentido de agencia. De acuerdo con Frith (28), los pacientes con delirio de influencia no han perdido el control de su sistema motor, sino que se encuentra alterada la conciencia de ese sistema³. El problema resultaría de anomalías en las señales provenientes de la corteza prefrontal que modulan la actividad del córtex parietal durante las acciones voluntarias.

b) La conciencia del propio cuerpo

Los sentidos de agencia y propiedad deben incluirse en este apartado. No obstante, la consideración del pensamiento como una forma de acción nos obliga a mantenerlos momentáneamente diferenciados. En esta sección podemos agrupar alucinaciones, delirios y trastornos conversivos. En relación a las alucinaciones, habitualmente se diferencian en táctiles o de contacto (incluyendo las térmicas e hídricas), cinestésicas, vestibulares y cenestésicas. Se han comunicado casos de este tipo de alucinaciones en esquizofrenia y epilepsia en los que se ven involucradas la corteza parietal y la ínsula, pero no se ha elaborado aún una teoría exhaustiva

³ A diferencia de la teoría metarrepresentacional de la psicología cognitiva, que presentamos aquí, los fenomenólogos consideran que la esquizofrenia es una alteración de la “ipseidad”, del yo central o yo mínimo; es decir, una perturbación prerreflexiva (29).

del mecanismo alucinatorio. Leonhard (30) pensaba que las sensaciones corporales anormales se debían a la pérdida de límites entre la esfera vegetativa y la percepción consciente; es decir, que las sensaciones viscerales inconscientes eran percibidas conscientemente por los enfermos. Estas sensaciones, que resultarían absolutamente extrañas e incomprensibles para una persona normal, serían interpretadas de distinta forma según el estado psíquico de los pacientes.

Dentro de las alucinaciones relacionadas con el cuerpo, suelen describirse también una serie de manifestaciones predominantemente visuales que tienen al propio cuerpo como objeto. Se trata de los fenómenos autoscópicos, cuyos principales representantes son la alucinación autoscópica, la autoscopía (*héautoscopie*) y la experiencia extracorporal. Existe consenso en que la conciencia del propio cuerpo depende en parte de las cortezas parietal, insular, premotora y extraestriada, implicadas en la producción de estos fenómenos, lo que apoya su inclusión como alteraciones de la autoconciencia corporal, aunque Heydrich y Blanke plantean sus reservas acerca de la alucinación autoscópica (31).

Por otra parte, la conciencia distorsionada del propio cuerpo se expresa también en los delirios somáticos, en algunos casos vinculados a anomalías del lóbulo frontal (32): delirio hipocondríaco (incluyendo el nihilista), dermatozoico, de duplicación de partes del cuerpo y dismórfico. En muchos casos los delirios son secundarios a las sensaciones anormales. Sin embargo, el mecanismo de producción de los delirios es complejo e incluye diversos factores, como veremos más adelante. El contenido somático de las ideas delirantes nos conduce a incluirlos en este apartado.

Los trastornos conversivos, por último, incluyen las convulsiones, anestesia y otros déficits sensoriales y diversas alteraciones de la motilidad (parálisis, ataxia, astasia-abasia, etc.), sin fundamento somático aparente, ligadas tradicionalmente a la histeria. En muchos casos, los síntomas conversivos se acompañan de una aceptación despreocupada (*belle indifférence*) que acerca la enfermedad a la anosognosia y la inatención (*neglect*). De acuerdo con la revisión de Voon *et al.* (33), es probable que exista un déficit en la generación o conceptualización de la acción en las parálisis funcionales, que se asocian a hipoactividad de la corteza prefrontal dorsolateral, o bien una inhibición prefrontal de la ejecución motora. A nivel sensitivo se han encontrado potenciales evocados normales y potenciales relacionados con eventos (cognitivos) reducidos o ausentes ante la estimulación del área afectada de la piel o el campo visual, lo que estaría relacionado con una alteración de los mecanismos atencionales.

c) *La memoria episódica*

La memoria episódica es la evocación consciente del pasado personal, que se acompaña del sentimiento íntimo de viajar a través del tiempo subjetivo para

revivir las experiencias pasadas. Tulving (34) denominó “conciencia auto-noética” al tipo de conciencia que permite reexperimentar las vivencias anteriores y proyectarlas en el futuro personal: es el tipo especial de conciencia que nos permite darnos cuenta del tiempo subjetivo en que ocurrieron los hechos, sin la cual no podríamos viajar mentalmente en el tiempo. Los estudios con neuroimagen funcional de evocación de recuerdos autobiográficos en personas sanas revelan la activación bilateral —de predominio izquierdo— de la corteza prefrontal y temporal, la unión temporoparietal, el cíngulo posterior y el cerebelo (16). En psicopatología, las paramnesias, ciertos delirios y los trastornos disociativos (amnesia, fuga, personalidad múltiple y despersonalización) son alteraciones paradigmáticas de la conciencia auto-noética. Con esto no estamos afirmando que exista una alteración única y específica de la memoria episódica, sino que esta se encuentra afectada de alguna manera, aunque puedan intervenir otros mecanismos cognitivos en la producción de los síntomas. Dentro de las paramnesias o alteraciones cualitativas de la memoria, distinguimos habitualmente las confabulaciones o “alucinaciones de la memoria”, los fenómenos de *déjà vu* y *jamais vu*, la criptomnesia, la ecmnesia, los falsos reconocimientos (falsas identificaciones delirantes) y la paramnesia reduplicativa. Podemos incluir también en este apartado la despersonalización, aunque tampoco sea un trastorno específico de la memoria episódica (35). Existe controversia sobre la clasificación y los mecanismos subyacentes a estos fenómenos, sobre todo en el caso de las falsas identificaciones y reduplicaciones (36), pero esa discusión supera los límites de este artículo. Los delirios en general están relacionados con alteraciones de la memoria episódica, específicamente aquellos con síntomas confabulatorios (37) y falsas identificaciones (38).

d) Teoría de la mente

El término “teoría de la mente” (TM) fue introducido por Premack y Wooldruff (39) en 1978 para designar la capacidad que tienen los primates de atribuirse estados mentales a sí mismos y a los demás. Los seres humanos entendemos y explicamos la conducta de los demás en función de sus contenidos mentales. De acuerdo con Baron-Cohen (40), esta atribución psicológica es la forma natural de comprender el entorno social. A pesar de la definición original, la mayor parte de los trabajos sobre TM se han realizado sobre la atribución de estados mentales a los demás. En muchos casos incluso se la define de esta manera. Tirapu Ustárroz *et al.* (41) y Stuss y Anderson (42) consideran la autoconciencia y la TM como los integrantes del nivel más alto de la estructura jerárquica de la conciencia. Nichols y Stich (43), por su parte, asumen que puede afectarse la atribución de estados mentales a uno mismo sin que se altere la atribución de estados mentales a otras personas, y, en consecuen-

cia, diferencian un mecanismo para el acceso a los estados mentales propios de otro para los ajenos o TM.

Las principales áreas cerebrales que participan en el circuito de la TM son la corteza prefrontal, la corteza frontal posteromedial y la unión temporoparietal, aunque, por tratarse de un concepto complejo, se están estudiando subprocesos específicos para esclarecer su correspondiente nivel de conexión neural (44). Desde el punto de vista psicopatológico, se han detectado déficits en TM tanto en autismo (45) como en esquizofrenia (46). Los niños autistas fracasan sistemáticamente en la resolución de pruebas para evaluar TM, como las tareas de falsas creencias de primer orden, en las que el niño debe inferir que alguien (el personaje de una historia) tiene una creencia distinta de la suya propia. Por ejemplo, en estas tareas, el niño ve cómo un muñeco esconde algo en un sitio. Luego, cuando este primer muñeco se va, otro cambia el objeto escondido de sitio, de manera que el que se ha ido desconoce que esto ha ocurrido. Después, se pregunta al niño dónde buscará el objeto el primer muñeco cuando regrese. El niño autista no puede ponerse en el lugar del personaje, que no sabe que el objeto ha sido cambiado de sitio y cree que aún está en el mismo lugar donde lo dejó, y dice que el muñeco buscará el objeto en la nueva ubicación, confundiendo lo que el muñeco sabe con lo que él sabe.

En la esquizofrenia también se observan déficits en las pruebas de TM, pero además se observan deformaciones, como en el caso de los pacientes con esquizofrenia paranoide, que atribuyen intenciones a los demás, aunque de manera errónea. En la paranoia ocurriría algo similar. Para Bentall (47), la dificultad para comprender los estados mentales de otras personas es uno de los mecanismos psicológicos del delirio. Existen otras teorías relacionadas, como, por ejemplo, la falla en la evaluación de hipótesis (48), el error de predicción anómalo (49) y la asignación de relevancia aberrante (50), sobre las que no vamos a extendernos. La TM no se ve afectada directamente en estos modelos, pero su alteración puede desempeñar un papel accesorio en la producción del delirio.

e) Conciencia de enfermedad

La capacidad metacognitiva de autorreflexión está estrechamente ligada a la representación de la propia enfermedad. Esta representación fracasa sobre todo en los trastornos psicóticos, que cursan con anosognosia. Amador y Gorman (51) definen la ausencia de conciencia de enfermedad o *insight* como la falta de conciencia de tener una enfermedad, o de tener signos y síntomas específicos, o la ignorancia de las consecuencias que puede traer el trastorno y la falta de acuerdo con el profesional en que debe ser indicado un tratamiento. Para medir el nivel de conciencia de enfermedad, Amador y Strauss (52) desarrollaron una escala que

permitió establecer que casi el 60% de los pacientes esquizofrénicos padecen de anosognosia moderada a grave, la cual se asocia a disfunción del lóbulo frontal y a un curso desfavorable.

f) Distorsiones y engaños perceptivos

En este último apartado dedicado a los síntomas que afectan parcialmente a la conciencia, nos referiremos en parte a los trastornos que Jaspers (2) clasifica como anomalías de la percepción dentro de las alteraciones de la conciencia del objeto. No incluimos aquí las alucinaciones, que ya fueron mencionadas en otras secciones.

Las distorsiones perceptivas o experiencias anómalas, como las denomina Cutting (53), pueden clasificarse, de acuerdo con este autor, en visuales y auditivas, según el sentido afectado (las olfativas y gustativas son inespecíficas). Las distorsiones visuales pueden afectar el color (acromatopsia y discromatopsia), la unidad en el tiempo (palinopsia), la unidad en el espacio (poliopsia, diplopía monocular), la posición en el espacio (perseveración, aloestesia, teleopsia, pelopsia), la forma (metamorfopsia), el tamaño (micropsia, macropsia), el movimiento (acinetopsia) y el valor emocional (cacopsia, calopsia). Las distorsiones auditivas pueden afectar la unidad en el tiempo (palinacusia), la intensidad (hiper e hipoacusia) y la localización espacial (aloestesia auditiva). A estos síntomas debemos agregar las alteraciones de la intensidad de otros sentidos, la escisión de la percepción (disociación de dos elementos inseparables; p. ej., el pájaro y su trino) y las sensaciones anormales simultáneas o sinestesia (p. ej., un estímulo auditivo que se acompaña de una sensación de dolor en alguna parte del cuerpo) (2). Todas estas alteraciones pueden presentarse en psicosis idiopáticas, demencia, *delirium* y trastornos por ansiedad.

Dentro de las percepciones engañosas, solo consideraremos las ilusiones. A diferencia de las distorsiones perceptivas, en que los objetos reales son vistos o sentidos de otro modo, en las ilusiones se perciben nuevos objetos de manera engañosa. En las distorsiones perceptivas los objetos se perciben como lo que son (p. ej., un árbol se puede ver más grande, lejano o deformado, pero sigue siendo un árbol), mientras en las ilusiones se perciben objetos nuevos (p. ej., un árbol se percibe como un hombre). Se trata de la clasificación errónea de un objeto percibido, como señala Cutting (53).

LA CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS PARCIALES DE LA CONCIENCIA

En principio, casi todos los trastornos que hemos visto —incluyendo los tradicionales trastornos del yo— son alteraciones de la autoconciencia, ya que implican una falla en el conocimiento del propio cuerpo y de la propia individualidad psíquica. Los posibles mecanismos que explicarían estos trastornos —alteraciones del

sentido de agencia, de la conciencia del propio cuerpo, de la conciencia autooética (memoria episódica), de automonitorización— son perturbaciones de la conciencia de sí mismo. Así, los desórdenes descritos en esos apartados podrían agruparse naturalmente por su contenido como somatopsíquicos y autopsíquicos, retomando libremente la terminología de Wernicke (54), ya que la conciencia de uno mismo no se circunscribe a la autopsiquis, sino que incluye la conciencia del propio cuerpo.

Las alucinaciones auditivas serían producto de un defecto en el juicio de agencia y de errores de automonitorización, y, por lo tanto, de una alteración de la conciencia de la propia actividad. No tenemos una hipótesis firme sobre las alucinaciones visuales, aunque podríamos atribuirles un mecanismo similar (55). Consideramos las alucinaciones auditivas y los trastornos del yo como alteraciones autopsíquicas debido a que la autoconciencia omite identificar la actividad y los límites del propio yo. A pesar del modelo motor del sentido de agencia, no las consideramos como somatopsíquicas, ya que esta posibilidad se contrapone con el contenido de la conciencia que estamos evaluando: percepción auditiva y visual autogenerada (no autoscópica), por un lado, e identificación y límites del yo o agente de la actividad, por el otro.

Por último, el fracaso en el reconocimiento de otras mentes debe ser considerado como un trastorno alopsíquico, ya que no está probado que se trate de una alteración propia de la autoconciencia, aunque el mecanismo representacional para la atribución de estados mentales a uno mismo y a los demás podría ser el mismo. Los trastornos alopsíquicos se ciñen a fallas en el conocimiento del mundo (interpretaciones anormales o procesamiento defectuoso de los estímulos del medio); es decir, son alteraciones propias de la conciencia. En los delirios alopsíquicos, la falla en la TM (o bien cualquier otro mecanismo) se produce sobre contenidos de la conciencia sin intervención (aparente) de la autoconciencia. En cuanto a las distorsiones y engaños sensorperceptivos, son claramente alteraciones alopsíquicas. En la Tabla 2 presentamos la clasificación de estos trastornos.

Como vemos, en los trastornos autopsíquicos incluimos entre corchetes las alucinaciones olfativas y gustativas, pues, si bien no tenemos información científica suficiente sobre estos fenómenos, es lícito conjeturar que participa el mismo mecanismo psicopatológico que en las alucinaciones auditivas y visuales.

Dentro de los trastornos de mentalización, no mencionamos las esquizofrenias ni la paranoia porque la alteración de la TM es un fenómeno esencial del autismo, mientras que es eventual en las esquizofrenias y probablemente accesorio en la paranoia. Este ítem es el único que incluye una enfermedad definida en lugar de síntomas o síndromes. Muchos de los delirios alopsíquicos suelen incluir componentes autopsíquicos, como las confabulaciones, y algunos delirios autopsíquicos y falsas identificaciones delirantes pueden presentar alteraciones alopsíquicas, como

fallas en la teoría de la mente. La clasificación se centra en el contenido temático del delirio y, consecuentemente, en el área de la conciencia preferentemente afectada, aunque no deja de tener en cuenta cuál es el mecanismo predominante. Los delirios excepcionalmente son puros.

CONCLUSIONES

Entendemos que la clasificación que presentamos facilita la comprensión y comunicación de los conceptos y permite la diferenciación pronóstica y terapéutica de los trastornos. Efectivamente, los trastornos globales tienen en gran medida un mal pronóstico *quoad vitam* y requieren de cuidados médicos generales e intensivos, mientras los trastornos parciales no implican un riesgo para la vida del paciente y requieren de tratamiento psiquiátrico. En los trastornos productivos la conciencia está menos afectada que en los deficitarios, en los que el nivel de conciencia puede descender hasta su supresión absoluta en el coma. Las descripciones clínicas de los trastornos productivos demuestran que su presentación pura es menos probable que su combinación, por lo que resulta oportuno considerar la confusión mental, el delirio onírico y el estado crepuscular como prototipos de una ordenación difusa. El concepto de *delirium*, que de alguna manera los incorpora, se ciñe a los trastornos debidos a causas orgánicas demostrables, lo que excluye la posibilidad de conceptualizar aquellos cuadros de origen primariamente psiquiátrico a partir de ese constructo.

Por su parte, la mayoría de los trastornos parciales de la conciencia son fallas metarrepresentacionales del conocimiento del propio cuerpo y del propio psiquismo. La autoconciencia ha perdido su papel supervisor y regulador de la actividad mental, dando lugar a la producción de una serie de síntomas cuyo común denominador es el reconocimiento defectuoso de la propia individualidad. Por otro lado, la conciencia se ve alterada en su capacidad de atribuir estados mentales a los demás (TM) y, en un nivel menos complejo, de representar correctamente los objetos externos. Estos trastornos parciales no llevan a un derrumbe de la conciencia en su conjunto, como ocurre con los trastornos globales, por lo que la claridad de sus contenidos permanece intacta.

Con esta división no pretendemos afirmar que no puedan existir alteraciones parciales de la conciencia primaria. Simplemente, no las apreciamos por el momento. Por este motivo, afirmamos que los trastornos parciales que mencionamos afectan preferentemente a la conciencia de orden superior. Si bien los cuadros clínicos en que se presentan estos síntomas son diversos, la esquizofrenia pasó a ser la enfermedad representativa de las alteraciones de la conciencia y, con ello, el objeto de los mayores esfuerzos de la investigación científica en este campo. Aunque fundada

en conceptos actuales, esta clasificación nos remite parcialmente a las observaciones clínicas de Kraepelin (56) y la clasificación bimembre de Störring (57). Como toda clasificación, la nuestra es provisoria y limitada; se le podrá reprochar la falta de inclusión de algunos síntomas o se le reclamará la exclusión de otros. De momento, es solo una aproximación comprehensiva a un difícil problema nosológico.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Bleuler E. Tratado de psiquiatría. Reelaborado por Manfred Bleuler. Madrid: Espasa-Calpe, 1967.
- (2) Jaspers K. Psicopatología general. Traducción de la 5ª edición alemana. Buenos Aires: Beta, 1966.
- (3) Alonso Fernández F. Fundamentos de la psiquiatría actual. Madrid: Paz Montalvo, 1976.
- (4) Huber G. Psychiatrie. Stuttgart: Schattauer, 1987.
- (5) Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. Madrid: Panamericana, 1999.
- (6) Martínez DR. Psicopatología de la conciencia. Buenos Aires: Salerno (en prensa).
- (7) Edelman GM. The remembered present. A biological theory of consciousness. New York: Basic Books, 1989.
- (8) Damasio AR. The feeling of what happens. Body and emotion in the making of consciousness. New York: Harcourt Brace, 1999.
- (9) Bunge M. El problema mente-cerebro. Madrid: Tecnos, 1985.
- (10) Block N. On a confusion about a function of consciousness. Behav Brain Sci. 1995; 18: 227-87.
- (11) Kleist K. Diez comunicaciones. Buenos Aires: Polemos, 1997.
- (12) Luria AR. Las funciones corticales superiores del hombre. La Habana: Orbe, 1977.
- (13) Young GB. Coma. En: Laureys S, Tononi G. (eds.) The neurology of consciousness. Amsterdam-Boston: Academic Press, 2009; p. 137-50.
- (14) Frith C. La esquizofrenia. Un enfoque neuropsicológico cognitivo. Barcelona: Ariel, 1995.
- (15) Blakemore SJ, Frith C. Disorders of self-monitoring and symptoms of schizophrenia. En: Kircher T, David A (eds.). The self in neuroscience and psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 2003; p. 407-24.
- (16) Fujiwara E, Markowitsch HJ. Autobiographical disorders. En: Feinberg TE, Keenan JP (eds.). The lost self. Pathologies of the brain and identity. Oxford: Oxford University Press, 2005; p. 65-80.
- (17) Bunge M, Ardila R. Filosofía de la psicología. México: Siglo XXI, 2002.
- (18) Farthing GW. The psychology of consciousness. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1992.
- (19) Chalmers DJ. La mente consciente. Barcelona: Gedisa, 1999.

- (20) Block N, Flanagan O, Güzeldere G. The nature of consciousness. Philosophical debates. Cambridge: MIT Press, 1997.
- (21) Ezcurdia M, Hansberg O. La naturaleza de la experiencia. Vol I: Sensaciones. México: UNAM, 2003.
- (22) Gallagher S. Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends Cogn Sci.* 2000; 4(1): 14-21.
- (23) Parnas J. Self and schizophrenia: a phenomenological perspective. En: Kircher T, David A. (eds.) *The self in neuroscience and psychiatry.* Cambridge: Cambridge University Press, 2003; p. 217-41.
- (24) Gallagher S, Schmicking D. *Handbook of phenomenology and cognitive science.* New York-Heidelberg-London: Springer, 2010.
- (25) Jeannerod M. *Motor cognition.* Oxford: Oxford University Press, 2006.
- (26) Graham G, Stephens GL. Mind and mine. En: Graham G, Stephens G (eds.). *Philosophical psychopathology.* Cambridge: MIT Press, 1994; p. 92-109.
- (27) Miele DB, Wager DT, Mitchell JP, Metcalfe J. Dissociating neural correlates of action monitoring and metacognition of agency. *J Cogn Neurosci.* 2011; 23(11): 3620-36.
- (28) Frith C. The self in action: lessons from delusions of control. *Conscious Cogn.* 2005; 14(4): 752-70.
- (29) Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull.* 2003; 29(3): 427-44.
- (30) Leonhard K. Das Körperschema bei Psychosen. *Zbl Neurol Psychiat.* 1988; 250: 521-6.
- (31) Heydrich L, Blanke O. Distinct illusory own-body perceptions caused by damage to posterior insula and extrastriate cortex. *Brain* 2013; 136: 790-803.
- (32) Richardson ED, Malloy PF. The frontal lobes and content-specific delusions. En: Salloway SP, Malloy PF, Duffy JD (eds.). *The frontal lobes and neuropsychiatric illness.* Washington: American Psychiatric Publishing, 2001; p. 215-32.
- (33) Voon V, Cavanna AE, Coburn K, Sampson S, Reeve A, LaFrance WC. Functional neuroanatomy and neurophysiology of functional neurological disorders (Conversion Disorder). *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2016; 28(3): 168-90.
- (34) Tulving E. Memory and consciousness. *Can Psychol.* 1985; 26(1): 1-12.
- (35) Kober H, Ray A, Obhi S, Guise K, Keenan JP. The neural correlates of depersonalization: a disorder of self-awareness. En: Feinberg TE, Keenan JP (eds.). *The lost self. Pathologies of the brain and identity.* Oxford: Oxford University Press, 2005; p. 193-205.
- (36) Feinberg TE, DeLuca J, Giacino JT, Roane DM, Solms M. Right-hemisphere pathology and the self: delusional misidentification and reduplication. En: Feinberg TE, Keenan JP (eds.). *The lost self. Pathologies of the brain and identity.* Oxford: Oxford University Press, 2005; p. 100-30.
- (37) Kopelman MD. Varieties of confabulation and delusion. *Cogn Neuropsychiatry* 2009;15(1): 14-37.
- (38) Darby RR, Caplan D. "Cat-Gras" delusion: a unique misidentification syndrome and a novel explanation. *Neurocase* 2016; 22(2): 251-6.
- (39) Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a "theory of mind"? *Behav Brain Sci.* 1978; 4: 515-26.

- (40) Baron-Cohen, S. *Mindblindness: an essay on autism and theory of mind*. Cambridge: MIT Press, 1997.
- (41) Tirapu-Ustárroz J, Muñoz-Céspedes JM, Pelegrín-Valero C. Hacia una taxonomía de la conciencia. *Rev Neurol*. 2003; 36(11): 1083-93.
- (42) Stuss DT, Anderson V. The frontal lobes and theory of mind: developmental concepts from adult focal lesion research. *Brain Cogn*. 2004; 55(1): 69-83.
- (43) Nichols S, Stich SP. *Mindreading*. Oxford: Clarendon Press, 2003.
- (44) Thye MD, Ammons CJ, Murdaugh DL, Kana RK. Differential recruitment of theory of mind brain network across three tasks: an independent component analysis. *Behav Brain Res*. 2018; 347: 385-93.
- (45) Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition* 1985; 21(1): 37–46.
- (46) Frith C. Theory of mind in schizophrenia. En: David AS, Cutting JC (eds.). *The neuropsychology of schizophrenia*. Hove-Hillsdale: LEA, 1994; p. 147-61.
- (47) Bentall RP. Social cognition and delusional beliefs. En: Corrigan PW, Penn DL (eds.). *Social cognition and schizophrenia*. Washington: American Psychological Association, 2001; p. 123-48.
- (48) Coltheart M. The neuropsychology of delusions. *Ann N Y Acad Sci*. 2010; 1191: 16-26.
- (49) Corlett PR, Honey GD, Fletcher PC. Predictor error, ketamine and psychosis: an updated model. *J Psychopharmacol*. 2016; 30(11): 1145-55.
- (50) Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology. *Am J Psychiatry* 2003; 160(1): 13-23.
- (51) Amador XF, Gorman JM. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*. 1998; 21(1): 27-42.
- (52) Amador XF, Strauss DH. *The scale to assess unawareness of mental disorder*. NY: Columbia University and New York State Psychiatric Institute, 1990.
- (53) Cutting J. *Principles of psychopathology*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- (54) Wernicke C. *Grundriss der Psychiatrie*. Leipzig: Thieme, 1900.
- (55) Zmigrod L, Garrison JL, Carr J, Simon JS. The neural mechanisms of hallucinations: a quantitative meta-analysis of neuroimaging studies. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016; 69: 113-23.
- (56) Kraepelin E. *Psychiatrie*. 2ª ed. Leipzig: Abel, 1887.
- (57) Störing GE. *Besinnung und Bewusstsein*. Stuttgart: Thieme, 1953.

TABLA 1

Trastornos globales de la conciencia

TRASTORNOS GLOBALES DE LA CONCIENCIA	
Productivos	Deficitarios
Confusión mental	Obnubilación
Delirio onírico	Somnolencia
Estados crepusculares	Sopor
<i>(Delirium)</i>	Coma

TABLA 2

Trastornos parciales de la conciencia

TRASTORNOS PARCIALES DE LA CONCIENCIA	
AUTOCN CIEN CIA	<p>Somatopsíquicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Alucinaciones somáticas: táctiles, cinestésicas, vestibulares, cenestésicas. * Fenómenos autoscópicos: alucinación autoscópica, autoscopía, experiencia extracorporal. * Delirios somáticos: hipocondríaco (incluyendo el nihilista), dermatozoico, de reduplicación de partes del cuerpo, dismórfico. * Trastornos conversivos: convulsiones, distonía, parálisis, ataxia, astasia-abasia, anestesia, ceguera, etc.
	<p>Autopsíquicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Alucinaciones auditivas y visuales [olfativas, gustativas]. * Paramnesias: confabulaciones, fenómenos de <i>déjà vu</i> y <i>jamais vu</i>, criptomnesia, ecmnesia, falsas identificaciones y reduplicaciones delirantes. * Delirios autopsíquicos: grandeza, culpa, ruina, influencia, transformación, etc. * Trastornos disociativos: amnesia, fuga, personalidad múltiple, despersonalización. * Anosognosia.
CONC IEN CIA	<p>Alopsíquicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Trastornos de mentalización: autismo. * Delirios alopsíquicos: referencia, persecución, celotípico, erótico, ideas fantásticas del mundo, personificación de objetos inanimados, etc. * Desrealización. * Distorsiones perceptivas: acromatopsia, dismegalopsia, metamorfopsia, acinetopsia, etc. * Engaños perceptivos: ilusiones.

