

LAS VIVENCIAS TANÁTICAS EN LA ESQUIZOFRENIA Y LOS OTROS TRASTORNOS DELIRANTES

Por CARLOS ROJAS MALPICA*

RESUMEN

En el presente trabajo, se postula el papel esencial de las vivencias tanáticas en la estructura de la Esquizofrenia y otros Trastornos Delirantes. Los métodos de la fenomenología estructural y la analítica existencial se revelan fundamentales para comprender la estructura de la vivencia morbosa y el ser-en-el-mundo del enfermo mental, lo cual luce imposible por la vía del análisis de frecuencia estadística de los síntomas en los que se apoyan la CIE-10 de la OMS y el DMS-IV de la APA.

ABSTRACT

The following research postulates the of thanatic experiences in the structure of Schizophrenia and other Delusional Disorders. Structural phenomenology methods and existential analysis reveal themselves as fundamental to the comprensión of the structure of morbid experience and the being-in-the-world of the mentally ill, which looms impossible according to statistic frequency symptoms analysis employed by the CIE-10 of the W.H.O. and the DMS-IV of the APA.

PALABRAS-CLAVES : Esquizofrenia. Delirio. Pulsión tanática.

KEY WORDS : Schizophrenia. Delusion. Thanatic drive.

INTRODUCCIÓN

EL papel de las vivencias relacionadas con la muerte ha sido insuficientemente considerado en la elaboración de las estructuras clínicas de las enfermedades mentales, a pesar de la enorme importancia antropológica que comporta su consideración. Ello es especialmente notable en los dos manuales diagnósticos de mayor circulación en el mundo, como son el

CIE-10 de la OMS¹ y el DSM-IV de la APA². En el caso de las diversas formas clínicas del Síndrome Depresivo, la importancia es evidente, y el fenómeno no ha quedado por fuera de la descripción, mientras que en los trastornos de ansiedad y más específicamente, en el Ataque de Pánico, al temor a la muerte apenas se le da el valor de un ítem, sin resaltar por ninguna parte que es desde allí donde el enfermo lee y entiende todo el cortejo sintomatológico de

* Profesor Titular del Departamento de Salud Mental. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.
E-mail: clanrojas@telcel.net.ve

la crisis. A nuestro modo de ver ello es resultado de una metodología clínica orientada a aliterar síntomas, y a lo sumo registrar su frecuencia de aparición, sin considerar su significación en la vivencia global del enfermo. La falla es el resultado inevitable de una metodología marcada por un encomiable afán de objetividad y que es heredera del positivismo original de la psicopatología y que se puede aplicar a todo aquello que es cuantificable, pero que deja entre paréntesis la subjetividad³.

En el presente trabajo trataremos de seguir el método de la fenomenología comprensiva, que acepta adentrarse en lo subjetivo y convivir en y con la incertidumbre que produce afianzarse dentro y fuera del discurso lógico formal de los métodos explicativos. Por esta ruta se llega a la fenomenología estructural, que pretende captar lo esencial de las vivencias a través del mecanismo de *reducción eidética* propuesto por Binswanger⁴. Debe entenderse que lo esencial no es aquello que más se repite, sino lo que resulta indispensable para que se dé el fenómeno, porque hace parte de su estructura⁵. Las vivencias deben a su vez, ser entendidas en el contexto de la historia biográfica del sujeto, lo cual nos remite a la *analítica existencial*, que se propone develar el ser-en-el-mundo del enfermo mental, con un paradigma que permite trascender la escisión sujeto-objeto⁶. Es éste también el momento de consignar que los resúmenes clínicos que aquí serán presentados, fueron tomados siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki.

Fue Freud el primero en insistir en la existencia de un impulso tanático o *todestriebe* equiparable al instinto sexual, y que expresa una tendencia de la sustancia viva a recuperar el equilibrio original de la materia inorgánica que encontramos en el reino mineral:

La antítesis de las dos clases de instintos puede ser sustituida por la polarización del amor y el odio. No nos es difícil hallar representaciones del Eros. En cambio como representantes del instinto de muerte, difícilmente concebible, sólo podemos indicar el instinto de destrucción, al cual muestra el odio su camino⁷.

Moreno-Ceballos⁸, en su *Arboretum del Suicidio* hace derivar de la Agresión (fenómenos destructivos y violentos), una cascada de eventos que se inician con los fenómenos autoagresivos (suicidas o no suicidas) y los heteroagresivos (con intención homicida o sólo de abuso y maltrato humano) y que en sus expresiones extremas pueden llevar a la muerte propia o al homicidio, pero que presentan una riquísima variedad de matices cualitativos y cuantitativos, que obligan necesariamente a replantear el problema en otros términos. Lo interesante es resaltar que para el autor dominicano, tanto el suicidio como el homicidio derivan de una misma estructura pulsional. En la presente comunicación preferimos llamarlas *vivencias tanáticas* con el objeto de subrayar su vinculación estructural con una pulsión ciega, misteriosa y temida que en el psiquismo enfermo corroe y devasta al yo, dejándolo expuesto a sus peores impulsos y temores.

LAS VIVENCIAS TANÁTICAS EN LA ESTRUCTURA DE LA ESQUIZOFRENIA Y LOS OTROS TRASTORNOS DELIRANTES

La esquizofrenia es una entidad clínica que tiene una historia digna de ser relatada, aunque sólo sea sucintamente. Fue Emil Kraepelin (1856-1926) el primero en hablar de *Dementia Praecox* para referirse a un conjunto de trastornos caracterizados por delirios y alucinaciones que apareciendo en la juventud, tie-

nen un curso crónico y deteriorante, a la que consideró una *psicosis funcional* distinta de las *psicosis orgánicas*.

También la diferenció de la *psicosis maníaco-depresiva*, que sigue un curso intermitente y cuyas manifestaciones son fundamentalmente de orden afectivo y que ya Falret (1864) había denominado *folie circulaire*. Es Eugen Bleuler (1857-1939) quien propone sustituir el nombre de Demencia Precoz por el de Esquizofrenia en 1911, insistiendo más en la descripción clínica (llevada a cabo como un corte transversal del trastorno), que en el curso y pronóstico de la enfermedad. Para Bleuler, la anomalía fundamental era la fragmentación del pensamiento, que hoy podemos extender a la totalidad de la vida psíquica⁹. La discusión de comienzos del siglo XX estuvo muy marcada por los descubrimientos del psicoanálisis que trataba de hacer comprensibles los fenómenos psíquicos que hasta ese momento no habían sido penetrados por la razón. Fue Jaspers, que en un intento por esclarecer el problema del delirio lo calificó como un fenómeno psicológicamente incomprensible, para diferenciarlo de aquellos fenómenos y reacciones que podían relacionarse causalmente en el contexto biográfico y vivencial del sujeto enfermo. Jaspers aludía con este concepto a la pérdida de continuidad de sentido de lo histórico-biográfico y no propiamente al contenido de los temas delirantes que efectivamente sí podían ser comprendidos a través de la metodología fenomenológica que estaba desarrollando. A su vez, Jaspers mantenía una estrecha comunicación con Kurt Schneider durante los años de 1921-55¹⁰, quien propuso los denominados síntomas de primero y segundo rango para el diagnóstico de la esquizofrenia y que aún hoy se mantienen ligeramente modificados en la CIE-10 de la OMS (1992) y en el DMS-IV de la APA de 1994 (Ver Tabla 1 y Tabla 2).

Kurt Schneider distribuyó la clínica de la esquizofrenia entre síntomas de primero y segundo rango. Los síntomas de primer rango son el pensamiento sonoro, las voces que dialogan acerca del pensamiento del enfermo, la sensación de ser movido o de tener emociones o impulsos dirigidos desde el exterior, el eco, robo y transmisión de pensamiento y las percepciones delirantes; mientras que los síntomas de segundo rango serían otros trastornos de la percepción, las ideas delirantes súbitas, la vivencia de extrañeza perplejidad, afectos de tristeza o euforia extraños y empobrecimiento emocional^{10,11}.

Los criterios de la CIE-10 de la OMS¹ son, sin duda alguna, indicadores acertados para diagnosticar la esquizofrenia, como también lo son los propuestos por la APA en su DMS-IV². Ambos dan cuenta de la profunda mutación que se produce en la vida del enfermo desde el momento en que estalla su primera crisis. Omiten, sin embargo, el proceso insidioso o prodrómico que suele ocurrir antes de la crisis y que ya hicieron decir a Griesinger en 1861, que constituían el núcleo primario del proceso, a partir del cual se dibujan posteriormente los otros cuadros clínicos que le siguen¹⁰. Este estado de ánimo predeleirante o trema es de capital importancia en el diagnóstico precoz y en la organización del mundo vivencial del enfermo, pues desde allí se interpretan los acontecimientos externos como percepciones delirantes, las vivencias numinosas como inspiraciones u ocurrencias delirantes y en suma, se matiza y da esplendor a toda la revelación que ocurre en el alborar de la esquizofrenia.

El DMS-IV tiene la virtud de cruzar los datos transversales de la clínica con los longitudinales de la evolución temporal. El manual de alguna manera reconoce los aportes de la psi-

quiatria analítica-existencial al incorporar la ruptura o fractura biográfica en sus criterios diagnósticos, solo que los incluye como alteraciones en el funcionamiento sociolaboral como si se tratara de meros rendimientos. Es necesario entonces insistir en la exploración fenomenológico-estructural y analítico-existencial para adentrarse en la verdadera significación que tiene para el enfermo la revelación a la que asiste impulsado por su morbo, ya que solo así tomaremos verdadero contacto empático con el *ser-en-el-mundo* esquizofrénico. Y es que el ser esquizofrénico está tomado por dos fenómenos psicopatológicos fundamentales que son el delirio y la disolución del yo.

El delirio es una estructura compartida entre la afectividad y el pensamiento. No es un simple trastorno del contenido del pensamiento, como tampoco es una extraña mudanza de la afectividad. El humor delirante y la idea delirante son elementos indispensables de una estructura bimembre que es el delirio, que puede a su vez ser enriquecida por los aportes sensoriales de las alucinaciones y pseudopercepciones. Para Jarvis¹², la impermeabilidad del delirio a la argumentación lógica, no deriva solamente de su carácter arraigada y firme, sino sobretodo de que para su protagonista se trata de una *cuestión de vida o muerte*. Para Castilla del Pino¹³, el delirio cumple una función ortopédica del sujeto, pues le permite compensar una carencia insoportable y reorganizar su relación con la realidad en unos términos delirantes, pero exaltadores de un yo que hasta entonces no mostraba ningún vigor afirmativo: *el delirante obtiene un plus de identidad merced a su delirio*¹³. El temor a ser asesinado, la necesidad de justicia con pasajes al acto de tipo homicidas y la opción del sacrificio mesiánico hacen parte estructural de diversos temas delirantes, como se verá más adelante.

Una de las funciones fundamentales del yo es crear conciencia de la realidad. El yo del esquizofrénico produce una realidad que amenaza con disolverlo. La gente puede mirar a su interior y ver lo que piensa, se le imponen pensamientos y acciones desde afuera y se le obliga a sentir de determinada manera. Para el individuo esquizofrénico la participación directa "en" la vida se experimenta como el constante de ser destruido por la vida, pues el aislamiento del yo, es como hemos dicho, un esfuerzo para preservarse a sí mismo, a falta de un sentimiento confiado de autonomía y de integridad⁶.

En sus primeros momentos, el yo percibe las amenazas más en el mundo exterior que dentro de sí mismo, por lo que predominan las percepciones delirantes. Es el momento de mayor riesgo de conductas suicidas u homicidas. En la medida en que la enfermedad tiende a encronizarse, el delirio se torna más intrasubjetivo, el yo está más tomado por las ocurrencias e inspiraciones delirantes, el autismo se acentúa y por lo regular disminuye el riesgo de un accidente violento para la vida del paciente y sus allegados¹⁴.

La mortalidad excesiva entre los enfermos esquizofrénicos, es un fenómeno bien documentado en Noruega y Dinamarca, donde las tasas de mortalidad en los demás trastornos mentales han bajado, mientras que las de la esquizofrenia se mantienen sin modificación, todo lo cual se ha relacionado con una alta suicidalidad entre estos enfermos. En estudios de la literatura especializada, los siguientes factores parecen guardar relación con el riesgo suicida de los esquizofrénicos: varones, jóvenes, vivencia de discapacidad crónica, con múltiples recaídas y remisiones, conciencia del progresivo deterioro de la condición morbosa, excesiva dependencia y pérdi-

da de fe en el tratamiento. Los síntomas positivos son más predictores del riesgo suicida que los denominados síntomas negativos¹⁵. En los Estados Unidos, la tasa anual de suicidios en la esquizofrenia es cinco veces más alta que en la población general, y al igual que en los países escandinavos, la conciencia de un porvenir complicado con severos trastornos de salud, discapacidades, estigmatización y aislamiento social, confrontan al sujeto con una realidad áspera y cruel, donde el suicidio, puede ser visto por algunos como un *acto socrático y racional*¹⁶. Por todo lo investigado hasta ahora se puede afirmar que los pensamientos y conductas autodestructivas son igualmente menos predecibles y potencialmente más letales en los enfermos esquizofrénicos que en otros trastornos mentales.

Afortunadamente, con los nuevos fármacos antipsicóticos esta suicidalidad tiende a igualarse con el resto de las enfermedades mentales, e incluso con la de la población en general^{16,17}.

La esquizofrenia conecta con el tema de la muerte a través del suicidio, pero también por la violencia y el riesgo de homicidio, pudiendo presentarse ambos riesgos en un mismo enfermo. Los estudios ingleses, escandinavos y norteamericanos arrojan resultados disímiles sobre la contribución de la esquizofrenia en las tasas de mortalidad por homicidios, que varían entre el 7% y 15% del total de los homicidas, pero que por supuesto, son estadísticas que deben ser entendidas en su respectivo contexto sociocultural. La violencia no fatal en la esquizofrenia fue bien escrutada en el estudio ECA norteamericano. La prevalencia global de al menos un episodio de agresión en los últimos 12 meses previos al estudio, fue de 3,7% en la población general, pero en la población sin diagnóstico psiquiátrico, la tasa

fue ligeramente inferior (2,05%). El diagnóstico de esquizofrenia fue asociado con un riesgo 4 veces más alto, pero si la esquizofrenia estaba complicada con otros trastornos mentales co-mórbidos, entonces el riesgo es mucho más alto y se iguala con el 30% de los que abusan de alcohol y otras drogas ilegales¹⁸.

ESTUDIOS CLÍNICOS

Retornando al análisis de las vivencias tanáticas, el tema del delirio y las características amenazantes de las alucinaciones son factores que deben valorarse a la hora de evaluar el riesgo de un episodio de violencia o de suicidio. A continuación presentamos el resumen clínico de un enfermo esquizofrénico con delirio místico-mesiánico:

G. nació en Caracas en el año de 1959, acudió por primera vez a la consulta en marzo de 1990. Es el segundo de dos hermanos. Producto de embarazo simple, prematuro de 7 meses de gestación. Desarrollo neuropsicomotor lento. Buen rendimiento escolar. Es técnico industrial. Antes estuvo ingresado en una clínica con cuadro de agitación psicomotriz. Se mantuvo asintomático hasta septiembre de 1993, cuando de nuevo deliró con temas místicos y religiosos: *no me preocupa la muerte si no el juicio final*, afirmaba. Intentó quitarse la vida ahorcándose, convencido que con su sacrificio salvaría a la humanidad. Las vivencias místico-religiosas lucían anudadas a un sentimiento de culpa igualmente delirante. Mejoró con tratamiento psicoterápico y psicofarmacológico, ahora a base de Olanzapina. Hasta la fecha se mantiene asintomático.

En el caso anterior, es la convicción mesiánica lo que induce al enfermo a sacrificarse para salvar el mundo. En el próximo resumen, un esquizofrénico de 33 años de edad y 14

años de evolución, presenta ideas suicidas y homicidas relacionadas con temor homosexual. Las víctimas potenciales son las de su *pseudocomunidad delirante*:

R. Ha producido varias crisis psicóticas con vivencias persecutorias. *Quieren matarme* ha dicho en medio de su crisis delirante y alucinatoria. Después de 6 años de evolución relativamente satisfactoria refiere: *Había estado bien. Pero el esposo de mi mamá irradiaba una fuerza, de la manera como se sienta, que cruza los brazos y dirige la mirada... con una fuerza que yo la siento en el ano. Eso no puede ser así, porque entonces me visto de mujer y soy la vergüenza máxima. He pensado en suicidarme porque estoy estorbando en esta vida. Me lanzo contra una vidriera, me llevan a la cárcel y una vez allí que me maten. Si a uno lo rechazan, mejor haga algo contra la sociedad, agarro una pistola y le disparo a varias personas o le prendo fuego a un negocio o algo así. En la calle hay un corneteo de los carros, todo como si fuera con uno.*

Cuando el enfermo mejora, las vivencias tanáticas pueden arrinconarse hacia el momento onírico: una paciente esquizofrénica, en este momento asintomática y con una evolución satisfactoria de 3 años continuos, profesional universitaria y de 39 años de edad, nos relata el siguiente sueño:

Soñé que tenía un puñal en la mano y se lo iba a clavar a mi mamá por la espalda. Otra noche soñé que había un pan de jamón inmenso y cuando lo iba a rebanar era el cuerpo de mi papá. Siempre he tenido temor de que a mi mamá o a mi papá les pase algo.

En otra oportunidad el delirio y las alucinaciones cenestésicas se expresan por la vi-

vencia delirante de estar ya muerta, como en el caso que sigue:

O. es una paciente casada, de 36 años de edad, de origen portugués con 4° grado de instrucción primaria. Su esposo, de 40 años de edad, es un comerciante portugués. Tiene dos hijos. O. vive en Venezuela desde 1983. Acude por primera vez a consulta en mayo de 1997. Es la sexta de 6 hermanos. De niña fue "muy enfermiza". En la escuela "era alegre, pero no aprendía ni entendía nada". Sus padres viven en Portugal. Una hermana "sufre de los nervios".

Ha sido evaluada por psiquiatras, brujos y sacerdotes. Nunca obtuvo mejoría. Incluso se hizo ver en Portugal. Desde hace 3 años siente "cosas raras": *la cabeza aplastada, veo animales, insectos, rostros que se me vienen encima. El otro día estaba acostada y le decía a mi esposo que yo no soy así tan grande. De noche me estiro. Antes era más pequeña. Hace 4 días sufrió diskinesia bucolingual luego de recibir Haloperidol. Mejoró, pero quedó sialorrea. Es como un espíritu que me atormenta, la lámpara va rodando y me va dando un pensamiento. A veces tomo la medicina y se me queda en el estómago, pero otras veces me sale proyectada del cuerpo. Cada día como que me agarra más profundo. Unas partes del cuerpo están vivas, pero otras no. Presenta bocio eutiroideo. Ha sido evaluada por un endocrinólogo, quién la refirió a esta consulta. Se decide su ingreso a una clínica para comenzar tratamiento con Olanzapina y Clonazepan. 10 días más tarde se siente mejor. Más animada, ya no teme que escuchen lo que habla durante el día. Tampoco ve cosas raras en el cielo. Siente que el bocio le ha disminuido. Ya no aumenta de tamaño al acostarse, ni siente frío en el cuerpo. Puede rezar más tranquila. La señora que me habló el otro día habla con el santísimo. Lo que yo pasé no se lo deseo a nadie. Vi la muer-*

te por dos veces (se refiere a un episodio de diskinesia bucolingual en la que oyó una voz que le dijo: tu no sales de aquí). Una semana más tarde, sigue describiendo las vivencias que sintió durante los días de malestar: antes sentía mi cabeza clavada por luces. Una noche estaba por quedarme dormida y sentí que tenía una culebra en la mano y a lo que hice así para botarla, tenía las cabezas de mi esposo y de mis hijas en las manos. Otras veces sentía que el brazo se me desprendía del cuerpo para estrangular a otras personas. Un mes más tarde ya está casi asintomática. En marzo del 98 fue operada del bocio tiroideo que resultó ser un tumor maligno, por lo que recibió también tratamiento radiactivo. Desde el punto de vista psiquiátrico ha mejorado significativamente en el ámbito personal y familiar-social. Conduce de nuevo su vehículo y lleva los hijos al colegio. Ayuda a su marido en el negocio.

El caso anterior recuerda el denominado Síndrome de Cotard, que el autor francés (1840-1889) describió originalmente como Delirio Hipocondríaco en una forma grave de melancolía Ansiosa en una enferma de 43 años de edad, con ideas de negación tanto de su cuerpo, como del mundo externo, e ideas de inmortalidad y enormidad. No coincide con el Síndrome de Cotard en que la mayoría de los autores lo consideran la expresión de un estado melancólico, que no es la situación de la paciente, especialmente Henry Ey, para quién el *Síndrome de Cotard stricto sensu aparece sólo en la melancolía crónica*. Sin embargo, hay autores como Saavedra¹⁹, que lo clasifican en tres categorías: formas depresivas, formas mixtas y formas esquizofrénicas, siendo esta última una forma de Esquizofrenia Cenestésica o Pseudo-Cotard. A continuación, nos atrevemos a citar al autor que venimos siguiendo a propósito de Cotard, así como la referencia que el mismo hace de un

texto elocuente de Kierkegaard: "Las ideas de inmortalidad suponen una situación paradójica porque cuando el paciente llega a creer que no sólo está muerto, sino que además es inmortal, significa que permanecerá muerto eternamente, sin posibilidad alguna de liberarse con la muerte, en un estado de desesperación eterna que, como Kierkegaard afirmaba, es la mayor de las desesperaciones: *padecer la enfermedad mortal consiste en no poder morir, pero no como si existiera la esperanza de la vida. El desconsuelo es que incluso la última esperanza, la muerte, no existe. Cuando la muerte es el mayor de los peligros, se anhela la vida. Pero cuando se conoce un peligro aún más terrible se anhela la muerte. Cuando el peligro es tan grande que la muerte se convierte en esperanza, entonces la desesperación es el desconsuelo de no poder morir (Kierkegaard)*"¹⁹.

Por supuesto que la relación con la muerte en el enfermo esquizofrénico no se agota con los ejemplos anteriores. Hay casos descritos de canibalismo y antropofagia, así como también de autoinmolaciones y de atentados genocidas, como el psicótico que hace algunos años decidió envenenar con gases tóxicos a los usuarios de un metro en Japón, convencido de cumplir con un mandato divino el que había sido elegido, según se lo revelaban las voces del mas allá que desde hacía largo tiempo escuchaba.

Otros trastornos delirantes no esquizofrénicos, pueden revestir una alta peligrosidad para el enfermo y los sujetos de su pseudocomunidad delirante. Los archivos de las medicaturas forenses están llenos de casos en los que un enfermo celotípico decide acabar con la vida de su pareja y de sus hijos o hasta consigo mismo. Algunas veces una sonrisa, un leve gesto o una conducta cualquiera

reciben una interpretación delirante y a partir de allí se activa una conducta hostil de consecuencias diversas. No hay que olvidar que el delirio llega a constituirse en el proyecto de vida de muchos delirantes. Un caso diagnosticado y publicado por Kretschmer como *Delirio de los Masturbadores* y tratado en su Clínica de Tubinga a comienzos del siglo XX, ilustra muy bien como a partir de una convicción delirante que incorpora contenidos de desprecio hacia sí mismo, pero que también genera una especialísima sensibilidad ante los gestos y opiniones de los demás, puede ocasionar intentos de suicidio y conatos homicidas en el enfermo²⁰.

Para cerrar este acápite, es interesante recordar los indicios de elementos paranoicos en la conducta criminal, que según Gómez-Jarabo, son los siguientes: premeditación delirante, progresión delictiva con componente prodrómico del delito, circunstancia estresante previa al delito, comisión lúcida del delito con serenidad, precisión, astucia y refinamiento; crimen justificado como ineludible y necesario e incluso sublime; carácter ilógico o extraño del crimen; individualismo del delincuente solitario; crimen desproporcionado y a menudo sangriento; ausencia de arrepentimiento y sensación de haber hecho justicia; secreta y distante arrogancia; no se esconde y justifica su delito; tendencia al litigio; máxima peligrosidad criminal de Paranoia, Esquizofrenia Paranoide y Psicosis Indeferenciada; disminución de peligrosidad después del tratamiento²¹.

CONCLUSIONES

En la Esquizofrenia y los Trastornos Delirantes, las vivencias tanáticas resultan estructuralmente relacionadas con el tema delirante y con el humor delirante o esquizoforia. En la Esquizofrenia que comienza, hay mayor movilización emocional a partir de las percepciones y ocurrencias delirantes, pero en la medida en que la enfermedad progresa, el delirio se torna más intrasubjetivo y disminuye el riesgo para ejecutar impulsos tanáticos. La exaltación del yo a la que da lugar el delirio, hace sentir al enfermo en el centro de una conspiración que amenaza con liquidarlo o bien sentirse obligado a terminar con su vida por la vía de un rito expiatorio o salvador. Todas son situaciones de riesgo para el enfermo y los incluidos en su pseudocomunidad delirante. Entre los Trastornos de ideas Delirantes, son los celotípicos los que mayor riesgo tienen de consumir conductas heteroagresivas. En la versión esquizofrénica del Síndrome de Cotard, la vivencia tanática se reviste de angustia por la inmortalidad o de temor por la muerte de órganos o segmentos corporales. Parece evidente que la metodología clínica que estudia los síntomas, por análisis estadístico de frecuencia, no es suficiente para comprender la estructura de la Esquizofrenia y de otros trastornos mentales. Por tal motivo recomendamos considerar de la fenomenología estructural y la analítica existencial.

BIBLIOGRAFIA

1. CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Editorial Meditor. Madrid. 2000.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-IV. American Psychiatric Association. Washington DC. 1987.
3. Vidal Guillermo. Introducción. En: *Psiquiatría*. Vidad G, Alarcón R (Eds). Editorial Médica Panamericana. pp. 23-35. Buenos Aires. 1986.
4. Binswanger Ludwig. Artículos y Conferencias Escogidas. Vol. I y II. Editorial Gredos, S.A. Madrid. 1973.
5. Martínez Miguel. *La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación*. Editorial Texto S.R.L. Caracas, 1991.
6. Laing RD. *El yo Dividido*. Fondo de Cultura Económica. México. 1998.
7. Freud Sigmund. *Obras Completas*. Vol I y II. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1948.
8. Moreno-Ceballos Nelson. *Nomenclatura en Suicidología Clínica*. Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). Instituto de Desarrollo y Salud Integral. Santo Domingo. Republica Dominicana, 2000.
9. Belloch A, Sandini B, Ramos F. *Manual de Psicopatología* Vol I y II. Mc Graw-Hill Interamericana de España. Madrid. 1995.
10. Wing JK. *Concepts of Schizophrenia* In: *Schizophrenia*. Hirsch S. and Weinberger D (Eds). Blackwell Science Ltd. Great Britain. 1997. pp.3-14.
11. Cutting J. *Descriptive Psychopathology*. In: *Schizophrenia*. Hirsch S. and Weinberger D (Eds). Blackwell Science Ltd. Great Britain. 1997. pp.15-27.
12. Jarvis G. *Manual crítico de Psiquiatría*. Editorial Anagrama. Barcelona. 1997.
13. Castilla del Pino Carlos. *El delirio, un error necesario*. Ediciones Nobel, S.A. Oviedo. España. 1998.
14. Alonso-Fernández Francisco. *Fundamentos de la Psiquiatría Actual*. Tomo I y II. Editorial Paz Montalvo. Madrid. 1972.
15. Jablensky A. *Schizophrenia: The Epidemiological Horizon*. In: *Schizophrenia* Hirsch, S. and D. Weinberger (Eds). Blackwell Science Ltd. Great Britain. 1997. pp.206-252.
16. Reid William, Mason M, Hogan Th. *Suicide Prevention Effects Associated with Clozapine Therapy in Schizophrenia an Schizoafecctive Disorder*. *Psychiatric Services*, 1998. Vol 49. N°8 (1029-1033).
17. Keck Paul, Strakowski S, Mc Elroy S. *The Efficacy of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Depressive Symptoms, Hostility and suicidality in Patients with Schizophrenia*. *J. Clin Psychiatry*. 2000: 61(Suppl 3) 4-9.
18. Taylor PJ. *Schizophrenia and The Risk of Violence*. In: *Schizophrenia*. Hirschs and Weinberger (Eds). Blackwell Science. Great Britain. 1997. pp. 163-183.
19. Luque LR, Valls Blanco JM. *Síndrome de Cotard: Aspectos históricos y conceptuales*. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr*. 1994; 22,4 (178-188).
20. Kretschmer Ernst. *Delirio Sensitivo Paranoide*. Editorial Labor, S.A. Barcelona. 1959.
21. Gómez-Jarabo Gregorio *Violencia: Antítesis de la Agresión*. Editorial Promolibro. Valencia. España. 1999.