

Leer al enfermo
Habilidades clínicas en
la formación psiquiátrica

Mario Vidal Climent



Leer al enfermo

**Habilidades clínicas en la formación
psiquiátrica**

© Editorial Universidad de Santiago de Chile
Av. Libertador Bernardo O'Higgins 3349
Santiago de Chile
Tel.: +56 2 2718 0080
www.editorial.usach.cl
Instagram: @editorialusach
Twitter: @Editorial_Usach
Mail: editor@usach.cl

© Mario Vidal Climent

Inscripción N° 248.505
I.S.B.N. edición impresa: 978-956-303-276-5
I.S.B.N. edición digital: 978-956-303-277-2

Diagramación y diseño: Andrea Meza Vergara

Primera edición, julio de 2015

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico o mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo de la Editorial.

Editado en Chile

Mario Vidal Climent

Leer al enfermo

**Habilidades clínicas en la formación
psiquiátrica**



EDITORIAL
USACH

ÍNDICE

Prefacio	11
Introducción	15
Capacitación de habilidades clínicas	
Comprensión del paciente como persona	
Capítulo 1. Habilidades clínicas	17
Diagnóstico sintomático. Diagnóstico sindromático.	
Diagnóstico nosológico. Método fenomenológico	
Capítulo 2. Síndrome depresivo	31
Descripción. Diagnóstico nosológico. Depresión en la pobreza	
Capítulo 3. Síndrome maniaco	44
Descripción. Diagnóstico nosológico. Psicosis cicloide	
Capítulo 4. Síndrome obsesivo-compulsivo	55
Descripción. Diagnóstico nosológico (TOC genuino y TOC secundario)	
TOC y psicosis	
Capítulo 5. Síndrome catatónico	65
Descripción. Diagnóstico nosológico (síntomas catatónicos y síntomas catatoniformes)	
Capítulo 6. Síndrome delirante	75
Delimitación del fenómeno delirante	
Lo incomprensible en psicopatología	
Ideas delirantes e ideas sobrevaloradas	
Ideas delirantes y creencias colectivas	
Capítulo 7. Síndrome de influencia	93
Conciencia del yo formal	
Conciencia de la actividad propia del yo formal	

Capítulo 8. Lenguaje y psiquiatría clínica	99
Generalidades. Semiología del lenguaje	
Un caso clínico	
Capítulo 9. Alcoholismo	121
Complicaciones clínicas del beber anormal	
Sentido antropológico de la ebriedad. Multicausalidad	
El alcoholismo como proceso	
Capítulo 10. Trastornos orgánicos	135
Con sintomatología específica: síndromes orgánicos agudos y síndromes orgánicos crónicos	
Con sintomatología inespecífica	
Capítulo 11. Miscelánea	155
Síndrome disociativo	
Síndrome de Ganser, Cotard, Capgras, Klüver-Bucy, Ekblom	
Anexo I. Manifestaciones particulares subjetivas	163
Anexo II. Trastorno del pensamiento, lenguaje y comunicación	
Glosario N. Andreasen	173
Anexo III. Evaluación clínica de las funciones cognitivas	
Nivel 1, Nivel 2	179

*A CARLA
y su cariñosa exhortación,
para cualquier edad,
a ir por más.*

PREFACIO

Este libro está compuesto por varios capítulos de un libro anterior: *Psiquiatría clínica en la Unidad de Corta Estadía* (agotado). Todos los capítulos han sido revisados y ampliados en mayor o menor medida, algunos reescritos. Lo componen también dos capítulos de otro libro: *Temas de Psiquiatría* (agotado) y las charlas de mi participación en el Diplomado Lenguaje y Psiquiatría Clínica (2010). Termina con tres anexos: Manifestaciones particulares subjetivas, Glosario de los trastornos del lenguaje, Evaluación clínica de las funciones cognitivas.

En la formación de especialistas de psiquiatría de adultos (médicos becados de la Universidad de Chile y Universidad Mayor), la práctica se ha llevado a cabo examinando pacientes de alta complejidad atendidos en la Unidad de Corta Estadía (Servicio de Psiquiatría del Complejo hospitalario Barros Luco-Trudeau).

Agradecimientos

A Osvaldo Aguiló y a Fanny, por la generosidad con que se empeñaron en compensar mi afasia computacional.

Una vez más a Mary Rojas, secretaria ejecutiva del departamento de Psiquiatría Campus Sur (Universidad de Chile), por su diligencia y prolijidad en la preparación del texto.

INTRODUCCIÓN

En la formación inicial del médico como especialista en psiquiatría se han destacado dos áreas diferentes pero complementarias:

Capacitación en habilidades clínicas

Se realiza en el cumplimiento de una triple tarea. 1. Enseñar a explorar y reconocer las múltiples alteraciones subjetivas y objetivas que presenta un paciente en estudio: diagnóstico sintomático. 2. Mostrar cómo se combinan los síntomas en diferentes contextos en el estado actual: diagnóstico sindromático. 3. Analizar las distintas unidades clínicas en que puede entrar el síndrome señalado tomando en cuenta ciertas variables (historia evolutiva, factores etiopatogénicos): diagnóstico nosológico. El objetivo es alcanzar, a la brevedad posible, un diagnóstico operante que permita diseñar un plan de trabajo para continuar el estudio del paciente en cuestión.

Comprensión del paciente como persona

Busca conocer a la “persona total”: biografía, personalidad, intereses especiales, proyecto de vida, creencias, creatividad, pertenencia a distintos grupos culturales, dinámica intrafamiliar, etc., lo que después se expresa en un plan de tratamiento adecuado a esa persona particular.

Como tutor en la formación de psiquiatras con pacientes de alta complejidad clínica atendidos en servicios cerrados, en los últimos años hemos puesto el acento en la capacitación de habilidades clínicas, en la que también participan otros docentes que además se hacen cargo del estudio y tratamiento de la persona psíquicamente enferma. (Lo señalado en este libro vale especialmente para el trabajo con pacientes atendidos en servicios cerrados; en los pacientes ambulatorios cabe tomar en cuenta otras exigencias y prioridades).

Sentido del libro

El libro tiene como objetivo principal señalar las habilidades clínicas que el médico debe adquirir en su formación como especialista en psiquiatría. Ellas, básicamente, apuntan a la formulación de un diagnóstico en tres niveles: sintomático, sindromático y nosológico.

En cada capítulo se comentan algunos problemas generales relacionados con la materia en estudio.

Para una mayor profundización de los temas tratados se han recomendado algunas lecturas, cuya selección procura combinar autores “clásicos” con otros contemporáneos.

Capítulo 1

HABILIDADES CLÍNICAS

A. DIAGNÓSTICO SINTOMÁTICO (SEMIOLÓGÍA)

De una manera sobresimplificada se puede decir que lo propio de la semiología es distinguir lo idéntico de lo semejante. Verborrea y locuacidad se parecen pero no son lo mismo: la primera, vista como un impulso incoercible de hablar; lo escuchen o no; la segunda, como una necesidad exacerbada de conversar con alguien.

Se ha dicho que el análisis descriptivo puede caer en una especie de preciosismo semiológico, distinguiendo con todo detalle aspectos que no tienen mayor significación clínica. El mismo reparo sirve para enfatizar su sentido principal: la distinción cobra toda su importancia cuando apunta, como en el ejemplo dado, a realidades clínicas diferentes (agitación psicomotora con oscuridad de conciencia vs. cuadros maniacales). En los mismos cuadros se da también la oposición entre la hipercinesia (tempestad de movimientos sin un sentido claro) y la hiperactividad (mantenerse ocupado en algo).

Iguales consideraciones pueden hacerse con otros pares de síntomas: negativismo-oposicionismo, rumiación obsesiva-rumiación perseverativa, ideas delirantes-ideas sobrevaloradas, respuestas tangenciales-respuestas aproximadas, etc.

En la práctica, la semiología explora seis áreas psicopatológicas distintas:

- Mundo subjetivo (vivencias)
- Conducta verbal: lenguaje y comunicación
- Conducta no verbal: expresividad y actos voluntarios
- Rendimientos
- Concomitantes corporales de las alteraciones psíquicas
- Productos espirituales

1. Mundo subjetivo

Se ha señalado al método fenomenológico como la vía regia para explorar el área de las vivencias. Jaspers introdujo el método fenomenológico en la psicopatología en 1913, el que había sido inaugurado poco antes por Husserl para describir las manifestaciones psíquicas tal como aparecen en la conciencia. El objetivo perseguido por Husserl era la “contemplación de las esencias”, objetivo que no es pretendido por Jaspers.

La vida subjetiva se experimenta en la corriente de la conciencia, un fluir constante de múltiples manifestaciones cambiantes. El método fenomenológico se propone destacar, de ese fondo caleidoscópico, aquellas cualidades formales distintas que permiten delimitar actos intencionales idénticos. Un ejemplo hará más entendible la propuesta:

Si se observa detenidamente una cosa concreta (un florero, por ejemplo) y luego, sin el objeto a la vista, se trata de evocar el mismo florero, se podrán palpar en la comparación aquellos rasgos formales que hacen distintos esos dos actos intencionales. En el primero, la cosa aparece en el espacio objetivo externo, tiene frescura sensorial, aparece nítidamente con riqueza de detalles, tiene un diseño fijo no influenciado por la voluntad, frente a ella se tiene un sentimiento de pasividad; todo esto le da la cualidad de corporeidad, la cosa aparece como en persona. En la evocación, el florero aparecerá en el espacio subjetivo interno, con menos riqueza de detalles, diseño menos estable y más modificable por la voluntad, la imagen se deshace y se rehace repetidamente, es producida con un sentimiento de esfuerzo activo; en contraste con la corporeidad de la cosa percibida ahora se tiene la cualidad de algo ausente, de ser una mera imagen de la cosa. Las cualidades formales del acto perceptivo y acto representativo son claramente distintas pero, a su vez, las cualidades formales de la percepción, cualquiera que sea el objeto percibido, son idénticas, siempre iguales; lo mismo ocurre con la representación.

Además de la percepción y representación, Jaspers estudia otros actos intencionales (en el sentido de Brentano, las distintas maneras como se hace presente en la conciencia el objeto aprehendido): conciencia de espacio y tiempo; conciencia del cuerpo; conciencia de la significación de la realidad; conciencia de la vida afectiva; conciencia del impulso, instinto y voluntad; conciencia del yo formal; conciencia reflexiva. La perturbación de cualquiera de esos actos intencionales va a dar lugar a los distintos fenómenos (vivencias anormales) que estudia la psicopatología. Para conocerlos en detalle,

remitimos al lector a la Psicopatología General de Jaspers; una forma abreviada se puede encontrar en el Anexo I “Manifestaciones particulares subjetivas”.

En la práctica clínica, el método fenomenológico busca describir de una manera directa lo inmediatamente experimentado en la conciencia, sea entregado como autodescripción espontánea o recogido en el diálogo médico-paciente. Se quiere averiguar con todo detalle qué fenómenos están presentes y cómo los vive el paciente, sin prejuizar con ningún conocimiento previo, hipótesis o supuesto teórico, el porqué de su aparición (pregunta que queda provisoriamente “entre paréntesis”). Lo que le interesa a la fenomenología es la forma de los fenómenos anormales y no su contenido –celos, por ejemplo, pueden aparecer bajo la forma de alucinaciones, rumiación obsesiva, ideas delirantes, etc.–. El contenido, en cuanto guarda relación con hechos biográficos o con la situación actual de vida, podrá ser retomado después en el momento de practicar alguna forma de psicoterapia.

Parece indiscutible el aporte que ha significado el método fenomenológico en cuanto a un mayor rigor y detalle en el estudio de la vida subjetiva. Se reconocen también sus limitaciones: no toda persona tiene la capacidad de introspección necesaria para explorar su intimidad; por otro lado, la extraordinaria complejidad de algunas vivencias anormales hace muy difícil su descripción, incluso en personas bien dotadas. (Una paciente esquizofrénica, profesional universitaria y con gran finura de observación, parecía turbada para expresar lo que parecía ser un fenómeno de eco anticipado. “Es que si le pongo palabras ya no es lo mismo”, se excusaba. De alguna manera sentía que lo radicalmente original de esa experiencia no se podía comunicar con el lenguaje cotidiano, que siempre arrastra muchas connotaciones dadas por el comercio social).

Se ha cuestionado la presunta neutralidad atórica del método. Parece claro que la “neutralidad” del observador, válida cuando está escuchando el discurso espontáneo del paciente, se pierde cuando empieza a formular preguntas para precisar tal o cual síntoma. Las preguntas se hacen a partir de la experiencia clínica del médico, una experiencia en la que participan, obviamente, todas sus lecturas. Ahora bien, el verdadero sentido del método, a lo que apunta es a excluir alguna teoría causal que trata de explicarlo todo.

A pesar de todos los reparos, el método fenomenológico (“todavía incipiente” según Jaspers) tiene el gran mérito de haber profundizado en lo que parecía ser el principal rasgo distintivo de la mayoría de los psiquiatras “clásicos”: no buscar en el enfermo lo que dice un libro (alguna teoría causal), sino leer

al enfermo como si fuera un libro, para luego, a partir de esa lectura, hacerse preguntas que guíen la investigación en dominios empíricos particulares.

2. Conducta verbal: lenguaje y comunicación (se verá con algún detalle en el capítulo 8).

3. Conducta no verbal: expresividad y actos voluntarios

a) Expresividad

De una persona que exhibe taquicardia, hipertensión arterial, pupilas dilatadas, sudoración y piloerección se puede suponer que está asustada, aunque esos mismos signos se pueden dar en condiciones muy distintas (tumor de las suprarrenales, uso de sustancias simpaticomiméticas, etc.). De una persona que exhiba una “mirada de miedo” se capta de inmediato, en forma no inferida, que está asustada. El primer grupo de signos pertenece a las manifestaciones corporales concomitantes (véase más adelante); la mirada pertenece a las manifestaciones expresivas, donde se da, en forma privilegiada, la unidad soma-psyque. En los hechos expresivos no hay una relación genética soma-psyque, en cambio se tiene una visión unitaria, instantánea, que algo psíquico bien definido se está mostrando en lo corporal. (Corresponde a lo que Jaspers llamará “comprensión estática”).

Hay diversas teorías para explicar el origen de los movimientos expresivos; la más conocida es, seguramente, la de Darwin quien, entre otras raíces, los deriva de movimientos análogos en los animales. El gesto de desprecio, por ejemplo: elevar el labio superior de un lado para descubrir un canino, se observa también en los monos antropoides; cuando están irritados y se disponen a luchar, muestran todos los dientes; si el ofensor es de poca categoría se muestra un solo canino). La explicación causal puede servir, por contraste, para destacar el carácter intuitivo, inmediato, que tiene la comprensión de un gesto expresivo, lo que hace innecesario cualquier conocimiento teórico previo para captar su significación.

Los hechos de la expresión son siempre objetivos –se perciben sensorialmente, se pueden fotografiar– y, al mismo tiempo, son siempre subjetivos –son expresivos en la medida que se capte en ellos un significado, el que puede ser diferente para distintos sujetos–.

En la práctica clínica, la manifestación expresiva más importante la constituye la mímica: teoría de los movimientos actuales del rostro y cuerpo que expresan procesos psíquicos momentáneos (especialmente movimientos

afectivos –emociones, sentimientos– como respuesta a situaciones definidas, en rigor, al significado que esa situación tiene para ese sujeto).

Como se vio a propósito de la “mirada de miedo”, la comprensión del significado es algo inmediato (no mediatizado por un conocimiento previo), es objetivo (“está allí”, en los ojos), es algo último, no necesita verificación, es evidente por sí mismo. Los movimientos de la mímica no son voluntarios ni se proponen comunicar algo, aunque pueden ser exagerados, simulados o disimulados voluntariamente. Los movimientos mímicos, ya dicho, expresan especialmente los movimientos afectivos, pero también pueden señalar características duraderas de la personalidad (rasgos histriónicos, paranoides, hipertímicos, otros). Con todo, no es recomendable diagnosticar una caracteropatía sólo a partir del juego mímico.

En algunos movimientos mímicos parece haber una relación simbólica entre el contenido psíquico y su manifestación somática: sentimiento de amargura, por ejemplo, y los movimientos bucales de estar gustando algo amargo. Se pueden agregar: concentración mental y ceño fruncido con ojos semicerrados (“mente cerrada a recibir nuevos datos”), asombro y ojos muy abiertos con plegamientos frontales horizontales (“mente abierta a recibir más información”).

En psicopatología se han descrito la expresión satisfecha, alegre, vivaz, chispeante, del maníaco; satisfecha y alegre pero boba de algunos hebefrénicos; triste, abatida, sufriente, del deprimido; perpleja en la esquizofrenia incipiente; mirada vacía, inexpresiva, en sujetos demenciados. No debe pasarse por alto la risa (o mejor, sonrisa) inmotivada (inmotivada para nosotros, puede corresponder a alucinaciones auditivas u ocurrencias del momento).

Una forma especial de expresividad (ahora más voluntaria) se da en el arreglo personal: maquillaje, vestidos, adornos.

b) Actos voluntarios

Para el observador toda conducta tiene una parte explícita, directamente percibida y descriptible, y una parte implícita, la intención que se supone tiene esa conducta. La respuesta del observador toma más en cuenta la intención implícita que la acción explícita.

Castilla del Pino distingue actos “conductuales” (con sentido) de los actos “aconductuales” (sin sentido). El ataque epiléptico, por ejemplo, es un acto aconductual: no tiene significación ni propósito, no tiene contenido ni tema relacionado con la biografía personal. El ataque epileptiforme, en cambio, es

conductual: remite al sujeto, a su biografía, tiene un sentido comprensible dentro de la situación que está viviendo; además se puede ver como una señal a terceros para que se den por enterados de lo que le está ocurriendo.

Jaspers separa las conductas momentáneas de las habituales. Entre las primeras:

- “monomanías” (término en desuso), caracterizadas por actos incoercibles de corta duración asociados a cambios bruscos de humor (distimias disfóricas) ej. dromomanía, piromanía.
- viajes súbitos, no planificados, absurdos para la familia (citados por Conrad entre los pródromos de una esquizofrenia).
- acciones auto y alodestructivas.
- cualquier acción no directamente comprensible (algunos actos catatónicos en pacientes esquizofrénicos).

Se puede agregar el abuso de sustancias (legales o ilegales).

En las conductas habituales tienen interés psicopatológico aquéllas que parecen expresar una forma de vida que ha ido adoptando un sujeto: despreocupado, autoexigente, perfeccionista, necesitado de protagonismo, centrado en la seguridad personal, aventurera, etc. y que están en la base de algunas caracteropatías.

4. Rendimientos psíquicos

En los rendimientos psíquicos se evalúa la respuesta a una tarea, ya sea cualitativamente –exactitud, por ejemplo– o cuantitativamente –rapidez, grado de aproximación a una medida preestablecida–. La tarea puede surgir de una situación de la vida real o provocada con alguna técnica especial –pruebas clínicas, tests psicométricos estandarizados– (véase Anexo III: Evaluación clínica de las funciones cognitivas).

5. Manifestaciones corporales concomitantes de hechos psíquicos

La somatización de un trastorno de angustia se muestra en una hiperactividad noradrenérgica, pero no siempre esa actividad hormonal tiene que ver con la emoción de angustia (ya dicho, puede deberse a un tumor de las suprarrenales o al uso de fármacos simpaticomiméticos). Los concomitantes somáticos no apuntan necesariamente a un “dentro” psicológico, como sí lo hacen los gestos expresivos.

De todos modos tiene importancia clínica evaluar bien los cambios corporales que acompañan a ciertas manifestaciones psicopatológicas. Algunos ejemplos:

En los cuadros maníacos también se observa hiperactividad noradrenérgica, por lo general de baja intensidad (taquicardia, hipertensión arterial, midriasis, facies rubicunda, piel húmeda y caliente). En el caso que la piel y mucosas muestren una sequedad importante, debe pensarse en una manía provocada por medicamentos de acción atropínica (frecuente en personas de la tercera edad).

El estupor catatónico (esquizofrénico) muestra sudoración seborreica, piel fría y cianosis marcada en los segmentos distales de las extremidades, algo que no se ve en otras formas de estupor.

En el delirium tremens, junto con la oscuridad de conciencia y las alucinaciones visuales, lo más llamativo es el temblor grueso de cara y extremidades; en caso que sea poco aparente se lo puede poner en evidencia pidiéndole al paciente que muestre los dientes y que extienda las manos con todas sus fuerzas. En personas con antecedentes de alcoholismo, trastorno de conciencia y alucinaciones visuales sin temblor, obliga a pensar en un hematoma epi o subdural, lo más probable secundario a un traumatismo craneano aunque sea de poca intensidad.

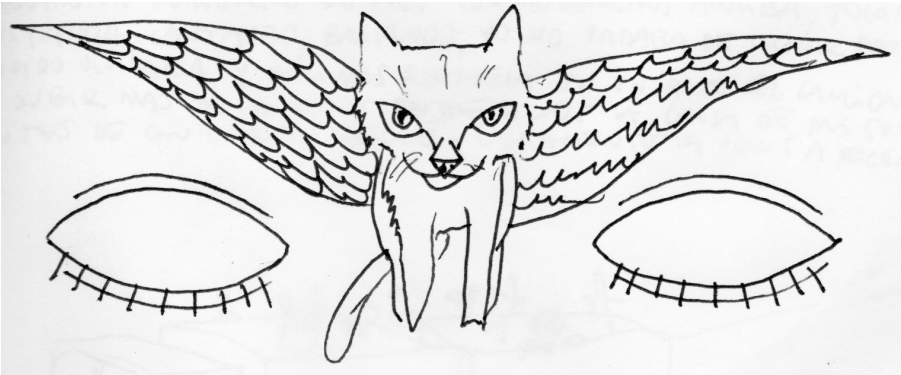
En la melancolía clásica la pérdida del apetito, baja de peso e insomnio pertinaz, constituían manifestaciones vegetativas casi obligatorias. Hoy día se aceptan las formas atípicas con aumento del apetito, subida de peso e hipersomnia.

Como un caso especial se pueden agregar los efectos colaterales de los psicofármacos, especialmente sus complicaciones más graves: síndrome serotoninérgico central (mioclonias, hiperreflexia, rigidez muscular, ataxia, nistagmus, diarrea, dolor abdominal, salivación excesiva) o el síndrome neuroléptico maligno (fiebre alta, inestabilidad vegetativa, rigidez intensa, indicadores de falla renal y hepática).

6. Productos espirituales

Jaspers: “espiritual” está entendido aquí como la actividad psíquica que se hace objetiva en alguna obra, la que pasa a formar parte del patrimonio cultural de una sociedad histórica: conocimientos teóricos, invenciones tecnológicas, producciones artísticas, etc.

En la práctica clínica, según lo que haya expuesto el paciente, conviene preguntarle si tiene algo escrito sobre los problemas que le preocupan (eventualmente aparecen teorías muy sofisticadas sobre temas existenciales o religiosos, o extraños esquemas sobre algún invento en perspectiva). Como rutina, no debe subestimarse la creatividad que exhiben los pacientes en talleres de terapia ocupacional: en los dibujos, especialmente, se han señalado algunos aspectos en la forma y contenido que serían característicos de ciertas enfermedades mentales.



Dibujo de un paciente esquizofrénico, una ilustración del texto donde describe sus experiencias psicóticas: “Y un gato corrió como queriendo entrar en mi frente, el cual se convierte en ave y penetra mi conciencia”.

B. DIAGNÓSTICO SINDROMÁTICO

La descripción detallada, lo más exactamente posible de las cualidades formales que puede presentar un síntoma encierra, por otro lado, el riesgo de sobreestimar el valor clínico de un síntoma considerado aisladamente.

Para la psiquiatría clínica se hace del todo evidente que cualquier síntoma –vivencia anormal, desorden del curso del pensar, conducta patológica, déficit en las funciones cognitivas, etc.– tienen un peso muy distinto según se den con claridad u oscuridad de conciencia.

Jaspers criticó agudamente la tendencia a ver un síntoma aislado, siempre igual a sí mismo. En un párrafo muy significativo, dice: “En la psicopatología general son tratados primeramente, por sí, algunas manifestaciones aisladas, por ejemplo, percepciones engañosas, fuga de ideas, ideas delirantes. Se las imagina como fenómenos aislados y se considera aquello en que coinciden, cualquiera que sea la enfermedad en que aparezcan... Si las manifestaciones

fueran formaciones rígidas, siempre idénticas, sería posible considerar los cuadros nosológicos como formaciones en mosaico, compuestos diversamente con piezas aisladas idénticas en todas partes... Algunos principiantes tienen especial predilección por ese camino, pues es muy fácilmente captable y se puede estudiar con relativa rapidez y claridad. Manuales enteros le deben su éxito, su fácil entendimiento –y su rigidez mental–. Importa no dejarnos llevar por esa fácil captabilidad y, en lugar de aprender de memoria los síntomas, penetrar reflexivamente en los puntos de vista” (subrayado por K.J.).

Como regla general, todo síntoma está referido a un contexto. El primer contexto es el síndrome del que forma parte.

El síndrome, o complejo sintomático, definido por E. Bleuler como “una agrupación de síntomas que tienen más probabilidades de darse juntos que con otros síntomas”, corresponde, así entendido, a un punto de vista puramente descriptivo.

Otras definiciones buscan en esa agrupación un factor común, sea como causa subyacente o como síntoma-eje, que sería el responsable de la unidad del complejo sintomático. Carl Schneider, por ejemplo, reordenó la sintomatología esquizofrénica en tres grandes síndromes, cada uno girando alrededor de una característica específica que se suponía ligada a una perturbación biológica en la base.

El análisis factorial, usando métodos matemáticos, estudia los grados de correlación interna de los distintos síntomas con una determinada variable, considerada como factor central. El análisis factorial permitió a Liddle agregar a los dos síndromes descritos por Crow en la esquizofrenia (síndrome “positivo” y síndrome “negativo”) un tercero, centrado en la variable “desorganización”.

Con una intención didáctica que mira especialmente la capacitación en habilidades clínicas, hemos mantenido en esta etapa el punto de vista descriptivo de Bleuler.

El mismo síndrome se da en cuadros clínicos diversos. En un ejemplo muy demostrativo, el síndrome estuporoso (mutismo acinético con claridad de conciencia) puede verse en depresiones endógenas, esquizofrenias catatónicas, reacciones anormales a vivencias, lesiones de los ganglios basales, entre otros. La variabilidad de los síntomas según el contexto en que se dan –ya comentada– constituye una invaluable ayuda cuando llegue el momento de abordar el diagnóstico diferencial entre diversas unidades nosológicas (en el ejemplo dado: la acinesia catatónica no es enteramente igual que la acinesia por daño del cuerpo estriado).

C. DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO

La mayoría de las enfermedades mentales no alcanzan todos los requisitos para configurar una entidad nosológica en sentido estricto: unidad etiopatogénica, unidad fisiopatológica, unidad psicopatológica, unidad en la forma de curso y término. La excepción corresponde a los llamados trastornos orgánicos y, en rigor, no a todos ellos.

Lo que llamamos enfermedades mentales son, entonces, constructos médicos que permiten separar entidades clínicas por algunas características predominantes (especialmente psicopatológicas) que, en el mejor de los casos, autoriza adelantar un pronóstico y prescribir formas de tratamiento diferenciadas. Entendidos como constructos, son provisorios y están –deben estar– en continua revisión.

Capacitación de habilidades clínicas en la práctica

En nuestra práctica tutorial hemos tomado como principal objeto de estudio la primera entrevista. En las primeras semanas, cumpliendo una función de modelaje, entrevistamos a un paciente –en lo posible, recién llegado– “a partir de cero”, sin tener a la mano ningún antecedente proporcionado por terceros (historia de ingreso, parientes, personal) ni fichas clínicas de eventuales hospitalizaciones anteriores. (Nota importante: con los psicofármacos actualmente en uso, la sintomatología clínica puede empezar a modificarse ya desde la primera semana de tratamiento).

Una vez hecha la presentación pertinente, se procura entregar la iniciativa al paciente para que él dé cuenta de lo que le pasa. Una atmósfera emocional distendida, sin apuro, en una relación horizontal en la que el médico haga sentir un interés verdadero por conocer los problemas que trae el paciente, contribuye a este propósito.

No se recomienda el uso de cuestionarios estandarizados para la toma de historia ni pautas de examen ad-hoc. Los cuatro pasos de la entrevista: escuchar, preguntar, observar, examinar (pruebas clínicas en la exploración de rendimientos cognitivos) no siguen ningún orden preestablecido y deben acomodarse en forma flexible a las exigencias del momento.

Aunque pasivos, se recomienda a los estudiantes estar atentos al relato del paciente. En cualquier momento puede surgir, clara o ambiguamente, algún tipo de manifestación que para la psiquiatría clínica es indicadora de una eventual anomalía, y que el médico becado debe aprender a detectar. Con un sentido parecido al “tercer oído” que recomendara Balint para percibir, en

el discurso del paciente, cualquier nota sospechosa de escamoteo neurótico, se aconseja a los estudiantes adoptar una condición de “sismógrafo” que lo acostumbre a registrar diferentes grados de lo extraño, inesperable o aquellos indicadores de mayor repercusión emocional. Los puntos que han conmovido más al observador no deben ser pasados por alto y debe volverse sobre ellos una y otra vez. Asimismo, en el discurso del paciente pueden aparecer algunos contenidos que, aunque sean dichos como de pasada, deben ser examinados más a fondo. En este sentido, según nuestra experiencia, el tema más sugerente de alguna anormalidad es el de la envidia, que apunta a ideas de persecución o perjuicio, o bien a una autoestima muy elevada.

En algún momento la iniciativa debe pasar al entrevistador quien, con preguntas abiertas, aunque sin descartar, cuando sea necesario, el uso de preguntas cerradas (que se contestan con un “sí” o un “no”) debe explorar y precisar aquellas cualidades formales, palpables y descriptibles, que permiten distinguir un síntoma clínico de otro parecido.

La primera entrevista no sólo está dedicada al reconocimiento de síntomas, también buscará información sobre la historia evolutiva y de posibles factores etiopatogénicos del cuadro en estudio. Aunque no siga ningún esquema estandarizado, preguntas insoslayables apuntan a conocer la fecha aproximada y circunstancias de vida asociadas a la aparición de la enfermedad, otros episodios similares, antecedentes mórbidos del paciente (cualquier enfermedad de relevancia clínica, incluye consumo de sustancias), problemas de vida actuales, antecedentes psiquiátricos en la familia.

Una vez despedido el paciente viene el paso seguramente más difícil para el especialista en formación: la descripción de la información obtenida. Hay cierta tendencia a describir reproduciendo in extenso todo lo observado, a veces siguiendo un orden estandarizado en correspondencia a un modelo de examen mental (primero, la presentación, etc.). Por nuestra parte enfatizamos la necesidad de una descripción jerarquizada, que debe destacar, ojalá con pocas palabras, lo que parece estar en primer plano. Para la semiología, la descripción jerarquizada es un momento muy significativo para ordenar los datos recogidos, distinguiendo primeros y segundos planos que van configurando una especial manera de agrupación de los síntomas subjetivos y objetivos, condición necesaria para ubicarlos en un determinado síndrome categorial. (Por supuesto, si no se quieren forzar las cosas, no en todos los casos cabe hacer el diagnóstico de síndrome: casos, por ejemplo, de personalidad anormal o de drogadicción –ingresados por alguna emergencia añadida– pacientes

esquizofrénicos con sintomatología muy polimorfa o muy incipiente, pacientes anoréxicos con riesgo vital y otros más).

En un segundo momento se comentan los diferentes cuadros clínicos donde, según la literatura especializada, puede presentarse en primer plano el síndrome diagnosticado. En este punto pueden ser de gran ayuda las clasificaciones nosológicas internacionales (CIE-10, DSM en su versión más moderna), pero dejando en claro que no deben verse como exclusivas. Más de una vez, el trastorno que se está estudiando encaja mejor en otros ordenamientos nosológicos: clasificación de las psicosis endógenas de Leonhard, psicopatología clínica de K. Schneider, psiquiatría orgánica de Lishman, entre otras. Lo que importa destacar es que deben ser las características clínicas –los síntomas en su contexto– las que lleven a un determinado enfoque nosológico y no al revés. Con los antecedentes recogidos (se agregan antecedentes de terceras personas que estén a la mano), se procede sistemáticamente a un trabajo de ponderación clínica, en un juego de “pro” y “contra” que permite visualizar las unidades nosológicas más plausibles para el caso en discusión. (Huntington, neurólogo, elaboró un decálogo para uso en el momento de enfrentar un diagnóstico diferencial. El primer mandamiento prohibía pensar en primer lugar en algún cuadro “raro”, de muy baja prevalencia, consejo que estimamos pertinente también en psiquiatría).

Como es muy probable que el paciente no satisfaga todas las demandas de antecedentes, el examen más a fondo del diagnóstico diferencial queda en espera de mayores datos de información: entrevista a la familia y cercanos, historias clínicas de otros ingresos, examen físico (incluye un examen neurológico básico), examen mental (Anexo III: Nivel 1), primeros exámenes complementarios, etc. El mismo juego de pro y contra entre las diversas hipótesis diagnósticas, ahora más documentado, permite en la mayoría de los casos concluir en un diagnóstico nosológico, a veces sólo a título provisorio. Por otra parte, se instruye a los becados a no forzar el diagnóstico y aceptar la existencia de cuadros atípicos que no encajen en ninguna categoría, una exigencia planteada por Jaspers para no caer en la “petrificación de los esquemas”. (El reconocimiento y socialización de cuadros atípicos puede constituir un eventual punto de partida para futuras clasificaciones nosológicas).

LECTURAS RECOMENDADAS

1. *Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press USA. 3ª edición, 1996. Cap. 1.
2. CASTILLA DEL PINO C. *Introducción a la psiquiatría. Tomo I* (El proceso del diagnóstico, págs. 34-49) Alianza Ed., Madrid, 1980.
3. JASPERS K. *Psicopatología general*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2ª edición, 1993. Apéndice (Del examen de los enfermos).
4. SIMS A. *Symptoms in the mind*. Ed. W.B. Saunders, Londres 2ª edición, 1995. Cap. 1.
5. BERRIOS G. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Ed. Trotta, Madrid, 2000. Parte II, Cap. I: Conceptos de psicopatología descriptiva.

Capítulo 2

SÍNDROME DEPRESIVO¹

(Nota: en este capítulo, como en los restantes, se describen los síndromes típicos; todos ellos pueden presentar diversas atipicidades)

I. DESCRIPCIÓN

El síndrome depresivo se caracteriza por la presencia simultánea, con distintos grados de intensidad, de la mayor parte de los síntomas y signos que se señalan:

A. Cambio afectivo de tonalidad displacentera. Un cambio notorio a partir de un tiempo variable (días, semanas, meses), “no era así antes”.

Puede predominar la tristeza, el desgano (descrito como falta de energía o cansancio corporal), malhumor (irritabilidad). Muy frecuente la angustia que puede enmascarar los otros cambios afectivos (experimentada como angustia flotante y más rara vez como crisis de pánico). Otras veces: sentimiento de falta de sentimientos (un vacío afectivo que de todos modos molesta al paciente). De muy distintas maneras el paciente da cuenta de una pérdida de la alegría de vivir.

B. Anhedonia. Incapacidad de disfrutar de situaciones que antes producían placer. La percepción anticipada que no se va a obtener alguna satisfacción lleva a una reducción del círculo de intereses, con tendencia al aislamiento improductivo.

Emparentado con la anhedonia: cosas familiares que antes estaban impregnadas de afecto ahora no llaman la atención. [Un paciente depresivo en tratamiento describe el comienzo de la mejoría: “Doctor, hoy día vi de nuevo el naranjo de mi casa”].

¹ Para evitar repeticiones, cada capítulo se inicia con el diagnóstico sindromático, que incluye necesariamente la descripción de los síntomas y signos que lo componen (diagnóstico sintomático).

C. Inhibición psíquica. El pensar y la conducta se muestran enlentecidos, pareciera que exigen un esfuerzo de realización mayor que el acostumbrado. Una forma atenuada de inhibición psíquica se observa en la dificultad para tomar decisiones en asuntos triviales. El paciente se queja de fallas en la concentración y en la memoria. Algunas conductas, verbales y no verbales, quedan a medio camino, sin terminar. El grado mayor de inhibición psíquica corresponde al estupor depresivo.

D. Baja autoestima. Afecta tanto al sentimiento del propio valer (su dignidad como persona) como del propio poder (competencia para responder con eficacia a las tareas que se le presentan). El sujeto se siente despreciable, insignificante, inútil. (Corresponde a lo que la psiquiatría francesa llama “dolor moral”, y que Logre resume en una frase: el paciente deprimido no se quiere a sí mismo).

E. Contenido del pensar. Por lo general se da una rumiación perseverativa que, aunque penosa, no se busca deshacerse de ella (diferente de la rumiación obsesiva).

Las ideas giran en torno a algún acontecimiento traumático reciente, o bien alrededor de culpas, pecados, situación económica, salud corporal, etc. Los contenidos pueden corresponder a un vago sentimiento de fracaso personal (no ha sido bueno, fue ingrato con sus padres, no se ha ocupado debidamente de sus hijos, etc.) o bien francamente como ideas delirantes (ideas deliroides comprensibles empáticamente): ideas de culpa, ruina, hipocondríacas, nihilistas (negación de la existencia o del funcionamiento de algún órgano corporal). Pueden aparecer también ideas de perjuicio y persecución, por lo general congruentes con su estado afectivo (merece que lo investiguen y lo castiguen) y, más rara vez, como algo incongruente (lo calumnian, lo quieren deshonar). Las ideas delirantes (deliroides) del sujeto depresivo tienen algunos rasgos comunes: contenido penoso, tienden al monoideismo (una o dos ideas dominantes), elaboración pobre (predomina el afecto sobre la necesidad de demostración), remiten con la mejoría del estado afectivo.

F. Ideación suicida Desde un mero pensar en la muerte en general hasta la planificación de la muerte propia es de ocurrencia esperable (puede no ser confesada y hasta disimulada). La ideación suicida puede mostrarse en forma indirecta en algunas conductas: rechazo de alimentos (no por anorexia ni por

ideas delirantes de envenenamiento, sino como una especie de expiación: “no merezco vivir”), o en una tendencia a las autoagresiones: heridas cortantes superficiales o intentos de suicidio muy absurdos –autoestrangulamiento por ejemplo– no deben verse como gestos puramente teatrales, muchas veces están expresando necesidades profundas de autocastigo y pueden ser predictores de otros actos con verdadero riesgo vital.

G. Vivencia del tiempo. El futuro se vive como cerrado, sin esperanzas que pueda sobrevenir algo que cambie su estado (pesimismo fatalista) o bien, si hay angustia, como amenazante, preñado de peligros que sólo van a agravar su condición actual. La experiencia de tiempo detenido estaría en la base de la culpa vivida como algo irrevocable. En el sujeto sano, la culpa derivada de una acción u omisión que pudieron dañar a terceros, está abierta, en principio, a la posibilidad de una acción reparatoria a futuro, reparación que no se ve posible cuando no hay futuro.

El presente se experimenta como una carga opresiva, o un vacío que no llama a la acción. En los estados depresivos –contra lo que podría esperarse– no es muy frecuente el aburrimiento. La vivencia de un tiempo presente “excesivamente largo”, propio del aburrimiento, se acompaña de una aspiración al goce, del deseo de encontrar un objeto interesante –y que no se encuentra– que pueda satisfacer esa aspiración (W.J. Revers). En la depresión, tanto más cuanto más severa, el apagamiento de la vida impulsiva anula esa aspiración al goce; no es el objeto interesante sino el deseo de objeto lo que falta.

Del pasado se recuerdan cosas ominosas o fracasos, el filtro de la memoria sólo deja pasar aquello que refuerza su sentimiento de insuficiencia personal.

H. Otras manifestaciones psicopatológicas. Pensamientos obsesivos y actos compulsivos acompañan a la sintomatología depresiva en cerca de un tercio de los casos. Se viven como algo penoso (egodistónico), no tanto por su intrusión en la vida psíquica como por la incapacidad de desprenderse de ellos. Más que conciencia de algo anormal puede predominar un sentimiento de duda frente a su validez.

Alucinaciones auditivas en segunda persona, por lo general de tipo catafóricas, se limitan a expresar deseos autodestructivos o sentimientos de culpabilidad. En momentos de angustia exacerbada pueden darse ilusiones sensoriales y dismorfopsias.

Fenómenos de despersonalización (extrañeza del propio vivenciar) y desrealización (extrañeza del medio exterior) pueden constituir una manifestación en primer plano en un grupo limitado de pacientes.

I. Presentación. Vestido con desaliño, predominan colores grises, sin adornos.

La tríada característica en la expresión facial: cejas oblicuas, comisuras labiales descendidas, arruga interiliar en “omega”, no se da en todos los casos. En los casos más graves, predomina una mirada de desolación.

La mirada, cabeza, hombros, apuntan hacia abajo. Frecuente los suspiros, a veces quejidos. En general, toda la psicomotilidad parece frenada, sin espontaneidad; movimientos lentos, titubeantes, poco vigorosos. El saludo de mano es desmayado, sin fuerzas. La voz es baja (a veces casi inaudible) monótona, se va apagando hacia el final de la frase. Si está sentado, pies permanecen como pegados al suelo, tiende a no cambiar de posición.

La expresividad depresiva se muestra muchas veces en la característica “sonrisa triste”, algo tan difícil de describir como fácil de captar (y que puede anunciar un intento suicida).

En los casos que predominan la ansiedad obviamente cambia la presentación: mirada temerosa, manos y pies intranquilos, pellizcamientos iterativos; la inquietud motora puede llegar a una agitación franca.

J. Manifestaciones corporales. Como somatización de la angustia: cefalea en cintillo, constricción faríngea, opresión precordial, aleteo epigástrico.

Manifestaciones vegetativas: insomnio casi de regla, despertar precoz, pesadillas en caso de angustia; anorexia; baja de peso (más del 5% del peso inicial, no todo explicado por la anorexia); estitiquez; disminución de la secreción salival y lacrimal; disminución del apetito sexual, anorgasmia, disfunción eréctil, a veces amenorrea. (En casos atípicos pueden darse un aumento del apetito y del peso, hipersomnia).

No hay síntomas patognomónicos de un síndrome depresivo, cualquiera puede presentarse en otro síndrome. Como síntomas más característicos, “nucleares”, se señalan: cambios afectivos de tonalidad displacentera, anhedonia, inhibición psíquica, baja en la autoestima. El único síntoma que no puede faltar es el cambio afectivo; los otros síntomas son de presentación variable. Un mismo síntoma puede presentarse con matices diferentes según el contexto clínico, lo que permite orientar el diagnóstico nosológico.

II. DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO

El diagnóstico sindromático corresponde al “estado actual” (corte horizontal) que exhibe un cuadro clínico, pero no dice nada sobre su historia evolutiva ni sobre su etiopatogenia, dos variables decisivas para alcanzar un diagnóstico nosológico.

La psiquiatría clínica ha mantenido los viejos conceptos etiológicos de psicógeno, endógeno, exógeno, a sabiendas que no son conceptos categoriales, mutuamente excluyentes.

Lo endógeno tiene que ver con disposiciones hereditarias. Casi como axiomas se puede decir que toda actividad humana tiene raíces genéticas y, al mismo tiempo, decir que ninguna actividad humana es puramente genética. Los genetistas que han trabajado en esta área (Kandel, entre otros) hacen ver que la potencialidad de un gen (representante del genotipo) para expresarse en el fenotipo, es altamente sensible a factores ambientales, sean éstos físicos, psicológicos, socioculturales.

En estricto sentido, lo endógeno debe entenderse como un conjunto de disposiciones adquiridas –ya desde las primeras divisiones que están ocurriendo en el huevo fecundado– como resultado del incesante juego entre factores hereditarios y ambientales. Como factor propiamente patógeno, lo endógeno se muestra, con el alcance dado más arriba, en las predisposiciones hereditarias a determinadas enfermedades mentales, las que pueden conocerse en un estudio de pedigrí.

Lo psicógeno se refiere a la aparición de un hecho psíquico (una emoción, por ejemplo) a partir de otro hecho psíquico (el significado que tiene para una persona algún acontecimiento vivido). En la clínica se ve especialmente en las reacciones anormales a vivencias, tal como lo describiera K. Schneider. Pero “lo psíquico que surge de lo psíquico” no se sustenta por sí mismo. En la base de esas reacciones operan cambios en el SNC (factores neurofisiológicos y neuroquímicos condicionados genéticamente), no vivenciables en sí mismos (“factores extraconscientes” de Jaspers) pero causalmente necesarios para entender que la conexión entre el significado de una experiencia y su respuesta afectiva se da de cierta manera y no de otra.

Los factores psicoreactivos pueden, eventualmente, dar cuenta del desencadenamiento de un cuadro clínico en los que también participan disposiciones endógenas: primer brote o recaída en la psicosis esquizofrénica, por ejemplo.

A partir de esta constante –el interjuego de factores hereditarios y ambientales– la etiopatogenia de muchas enfermedades mentales se explica mejor si se recurre a la terminología que recomienda Lersch para otras definiciones psicológicas: en vez de conceptos delimitativos (“esto o lo otro”) usar conceptos acentuativos (“más bien esto que lo otro”). Para que tenga valor clínico, la “preferencia” tiene que apoyarse en datos empíricos, verificables.

A. Episodio depresivo preferentemente psicoreactivo

Aparece en relación con un acontecimiento traumático reciente vivido con la significación de pérdida: duelo, ruptura amorosa, quiebra económica, cesantía, etc.

El acontecimiento traumático está presente en la rumiación mental del paciente mientras dure el episodio. Como un hecho característico: al despertar en la mañana hay un primer momento de alivio, una especie de “intervalo libre” que dura hasta que reaparece el recuerdo de la experiencia de pérdida.

Si dicha experiencia se resuelve satisfactoriamente (reconciliación amorosa, recuperación económica, por ejemplo) el episodio depresivo desaparece. Si la pérdida es irrevocable (fallecimiento de un ser cercano) cabe una reacción normal o anormal: la primera (duelo no complicado) se traduce principalmente en tristeza, menos capacidad de disfrute, sentimientos de culpa (los conocidos autoreproches por no haber compartido más tiempo con el ser ausente o no haberlo ayudado en momentos difíciles, etc.), todo dentro de lo esperable y que va desapareciendo en un tiempo no muy largo; la segunda (duelo complicado) corresponde a una reacción anormal a la vivencia de pérdida (en el sentido dado por Kurt Schneider): la anormalidad se traduce en una mayor duración, mayor intensidad de la sintomatología y aparición de manifestaciones no esperables, entre otras, ideas delirantes de culpa, baja autoestima, aislamiento social, conductas disfuncionales (excesos alcohólicos, por ejemplo), negación de la muerte del ser querido.

Las manifestaciones de inhibición son, por lo general, poco intensas. (El estupor psicógeno obedece a otros mecanismos, no es propio de una depresión psicoreactiva)

B. Episodio depresivo preferentemente endógeno

No está asociado a una experiencia traumática; el pensamiento no está centrado en algún acontecimiento reciente específico, gira en torno a su desvalimiento, sentimiento de inutilidad, preocupaciones hipocondríacas y otros ya

señalados. El despertar se vive como algo no deseado, con percepción anticipada de un día gris por delante que no ofrece ningún atractivo y con deseos que llegue luego la noche y dormir.

En el caso de depresión endógena “desencadenada” por algún acontecimiento específico, éste puede dominar el contenido mental en un primer momento, pero poco a poco va pasando a un segundo plano y es desplazado por otro tipo de preocupaciones.

La forma más característica de depresión endógena –aunque no la única– es la llamada melancolía: despertar precoz (dos o más horas antes de lo habitual), sensación de desganado y poca energía más acentuada en la mañana, inhibición psíquica importante (puede llegar al estupor), anhedonia y tendencia al aislamiento social. Las ideas delirantes pueden ser congruentes con el estado de ánimo o no congruentes; entre éstas, aunque con poca frecuencia, pueden aparecer vivencias de lo hecho por influencia exterior, semejante a lo que se da en la esquizofrenia.

La perturbación de funciones vegetativas (insomnio, anorexia, estitiquiez, etc.) pueden llevar a un compromiso grave del estado general.

En los antecedentes mórbidos personales y familiares, suele existir una historia de episodios depresivos o de enfermedad bipolar.

C. Episodio depresivo asociado a condición médica

1. Algunas enfermedades somáticas diagnosticadas en medicina general pueden acompañarse de manifestaciones depresivas importantes. Aquí caben dos casos:

- a) Reacción psicológica a la conciencia de tener una enfermedad corporal grave: depresión postinfarto, cáncer, SIDA, cualquier enfermedad dolorosa o discapacitante crónica.
- b) Acción sobre los mecanismos neurofisiológicos y neuroquímicos que están en la base de la sintomatología depresiva. No corresponden a una mera reacción psicológica, como lo prueba el hecho que el cuadro depresivo puede aparecer en enfermedades subclínicas (hipotiroidismo, Addison, por ejemplo) o antes que se declare el cuadro somático (se ha dado como regla clínica que la aparición por primera vez de un síndrome depresivo después de los 50 años en sujetos con enflaquecimiento marcado obliga a presumir un cáncer pancreático).

Un caso especial: depresión postparto.

Se han descrito diversos cuadros asociados al período postnatal.

- *Psicosis puerperal*: de instalación brusca, por lo general al 4^o-5^o día del parto. Sobre un fondo de oscuridad de conciencia se instala un cambio afectivo de tipo maníaco o depresivo. La oscuridad de conciencia, de grado variable, puede acompañarse de alucinaciones visuales y otros síntomas psicóticos. Aunque puede presentar fiebre alta, sólo en una minoría de casos está asociada a una causa infecciosa. (No corresponde a lo que la psiquiatría clásica describió en la sepsis puerperal –con infección probada– como un tipo de trastorno de conciencia de características especiales: amencia de Meynert). El componente depresivo alcanza con frecuencia el nivel psicótico, con ideas delirantes de ruina, condenación, etc. El principal riesgo en estas pacientes es el suicidio y, algo menos, el infanticidio. Frecuente el insomnio, rechazo de alimentos, conducta autoagresiva.
- *Depresión post natal no psicótica*: mucho más frecuente que la psicosis puerperal, se instala en los primeros meses del parto, con el peak al final del 3er mes. Frecuentemente precedida por crisis de llanto incontrolables (varios en un día). Se caracteriza por ánimo bajo, ideación depresiva, sentimientos de inutilidad. La anhedonia se muestra especialmente en no sentir ningún placer por cuidar al recién nacido. La angustia se centra en la salud del hijo. Otras molestias son asimilables a una “neurastenia orgánica” asociada (agotamiento físico, hiperestesia y labilidad emocional, irritabilidad, dificultades de concentración, etc.).

La rumiación perseverativa de tipo depresivo (las ideas giran sobre el sentirse inútil, poca cosa, mala madre) puede adoptar una calidad obsesiva; lo más frecuente: fantasías recurrentes sobre la posibilidad de atentar contra su hijo (el carácter obsesivo está dado por la lucha inútil para desprenderse de esas fantasías).

Más frecuente la ideación suicida que la consumación del acto; la ideación infanticida puede ser un factor que aumente el riesgo de suicidio.

- *Distimia asociada a la lactancia*: cambios afectivos bruscos y breves (horas) de contenido no siempre depresivo, por lo general acompañados de crisis de llanto repetidas, especialmente en los días que aparece

la lactancia. (Se supone ligada a los importantes cambios hormonales de ese período).

2. El síndrome depresivo puede estar asociado al consumo de sustancias. Dicho en general (no siempre válido): las drogas que inhiben al SNC facilitan la aparición de sintomatología depresiva en la fase de intoxicación; los que activan al SNC lo hacen en la fase de supresión. Entre las sustancias de uso medicamentoso, destacan en primer lugar los diuréticos, betabloqueadores, fármacos antiparkinsonianos.

D. Síndrome depresivo asociado a otras enfermedades psiquiátricas

1. Esquizofrenia

Síntomas depresivos más o menos intensos se ven durante todo el curso de algunas psicosis esquizofrénicas, especialmente en la forma hebefrénica. Más importante es la aparición de un síndrome depresivo en determinado momento de la evolución de la esquizofrenia.

- a) Fase prodrómica. Conrad ha hecho ver que un episodio depresivo con características “endógenas” suele anteceder al comienzo de la esquizofrenia propiamente tal; la relación inversa, en cambio, no se da.
- b) Depresión post psicótica, o mejor llamada “depresión sobreimpuesta a una esquizofrenia residual” (Siris). Se trata de un cuadro depresivo de intensidad variable que aparece en las esquizofrenias en etapas de estabilización sin sintomatología aguda. La dificultad principal para reconocer un cuadro depresivo agregado lo da la presencia esperable de síntomas negativos de la esquizofrenia; un estado de profunda tristeza se señala como el mejor indicador diferencial.

En la patogenia de este cuadro depresivo se supone que juega el uso prolongado de neurolépticos (especialmente aquéllos que bloquean los receptores de dopamina y anulan las respuestas recompensantes de placer), y también una reacción psicológica a la toma de conciencia de padecer un trastorno mental no totalmente recuperado.

- c) Trastorno esquizoafectivo. Debe circunscribirse a los casos en que un trastorno afectivo (depresivo o maníaco) aparece en un período agudo de la psicosis esquizofrénica, la que antecede en unas pocas semanas al cuadro afectivo y continúa una vez remitido éste. Se han descrito subtipos según el predominio de la sintomatología clínica:

predominantemente esquizofrénico, predominantemente afectivo, y éste bajo forma depresiva o maníaca (con implicaciones al indicar un tratamiento farmacológico).

2. El síndrome depresivo constituye uno de los trastornos orgánicos inespecíficos, con síntomas afectivos en primer plano y fallas cognitivas ausentes o poco relevantes (se describe en lesiones lóbulo temporal, especialmente del hemisferio no dominante). En caso que las fallas cognitivas estén en primer plano, la sintomatología depresiva debe verse sólo como un factor patoplástico (por lo general asociado a rasgos de personalidad depresiva previa) que le da un colorido especial al cuadro orgánico (enfermedad de Alzheimer de forma depresiva, por ejemplo).

E. Síndrome depresivo asociado a la pobreza

Con mucha frecuencia se diagnostica en la pobreza un trastorno afectivo de tipo depresivo; dada la especial significación que tiene en estos casos las condiciones de vida propias de ese sector social, se acostumbra catalogarlo como “desorden adaptativo con sintomatología depresiva”.

Por cierto, entre los pobres se dan también episodios depresivos endógenos, orgánicos y psicoreactivos, pero en un grupo importante de ellos, la raíz principal del ánimo bajo, el descontento y la desesperanza, hay que buscarla en las múltiples deprivaciones y frustraciones ligadas a condiciones de vida crónicamente desventajosas (no acontecimientos puntuales).

Como se discutirá más adelante, la depresión en estos casos adquiere ciertas características especiales, centrado en el estado de ánimo de amargura.

COMENTARIO

El estudio clínico permite, en la mayoría de los casos, decidir el diagnóstico diferencial en una de las tantas posibilidades con que se presenta el síndrome depresivo.

Los cuadros depresivos asociados a condiciones médicas no ofrecen problema de diagnóstico cuando la existencia de una enfermedad somática (intra o extra SNC), o el uso crónico de algunas drogas (medicamentosas o no) está claramente confirmada, lo que no siempre es el caso.

Mayor dificultad se presenta en la distinción entre un episodio depresivo psicoreactivo de otro endógeno. El primero se ve como respuesta a una experiencia traumática reciente, en sujetos sin antecedentes familiares de trastorno

depresivo o bipolar. El segundo, sin factores psicológicos asociados a su aparición y una clara historia de herencia familiar.

Desde el punto de vista fenomenológico, ayuda a esa distinción las características antes señaladas del despertar y el contenido de la rumiación perseverativa.

Por otra parte, Benedetti ha señalado un criterio importante para distinguir una depresión psicoreactiva de otra endógena. En la primera, el sufrimiento, el dolor de la pérdida, tiende a unir; la persona se siente más receptiva a las muestras de cariño y apoyo, especialmente si las puede compartir con otras personas que están pasando por la misma experiencia de duelo (está probada la eficacia de los grupos de autoayuda: padres de niños muertos de cáncer, familiares de víctimas de la represión política, otros). En la depresión endógena con frecuencia el paciente no se siente unido a los demás, más bien tiende a aislarse, no cree merecer los gestos de compasión.

En el punto medio de esa especie de continuum podría situarse la depresión involutiva, cuadro que ha desaparecido de las clasificaciones internacionales pero que aún mantiene vigencia en la psiquiatría escandinava. (En Chile existe una excelente monografía del doctor Octavio Peralta -1956-). Se trata de un cuadro depresivo que aparece por primera vez después de los cincuenta años, más frecuente en mujeres, caracterizado por falta de ánimo y angustia en primer plano, preocupaciones hipocondríacas importantes, a veces sintomatología paranoidea. Los afectos se muestran con una tendencia al exceso, lo que puede conferirle un tinte histeriforme. La aparición del cuadro parece ligada a los problemas propios de esa edad (nido vacío, viudez, preocupaciones por el futuro económico, envejecimiento, etc.) pero, además, en todos esos casos se registran antecedentes de episodios depresivos en el grupo familiar (se señala una mayor frecuencia significativa de suicidios entre los hermanos).

La distinción “preferentemente psicoreactiva” o “preferentemente endógena” no es puramente de interés clasificatorio, tiene también una importancia práctica. Aunque en todos los casos se recomienda una combinación de psicoterapia y farmacoterapia, en las primeras, cuando son leves, puede prescindirse del tratamiento medicamentoso; por lo demás, la oportunidad (el momento de iniciarla) y la forma de psicoterapia, son diferentes.

Estimamos que un problema teórico de mayor complejidad lo da el síndrome depresivo asociado a la pobreza: ¿es comparable con los otros cuadros depresivos?

Por de pronto, los cuatro síntomas llamados nucleares, se dan en distinta forma o grado que en aquéllos.

En la pobreza se da un estado de ánimo diferente al depresivo y que Lersch ha descrito como humor amargo. Mientras la persona deprimida (especialmente en la melancolía) está más sumida en su interioridad, alejada de lo que pasa, el amargado, en cambio, está más receptivo y más quisquilloso en su contacto con los demás, malhumorado, quejoso y hasta litigante. “El amargado –dice Lersch– hace pagar a su ambiente su propio descontento”. A diferencia de los cuadros depresivos, en los que la tristeza aparece ligada a la pérdida, real o supuesta, de algo valioso que se tuvo, en los pobres se sufre por la privación de cosas que no se han tenido nunca y que sienten merecer, con una clara toma de conciencia de la desigualdad social existente. Esta es la base del resentimiento y la actitud de irritación con su ambiente y que puede alcanzar distintos grados de violencia social.

Anhedonia propiamente tal no se da en estos casos; las pocas oportunidades de goce son, por lo general, bien aprovechadas.

Inhibición psíquica, si la hay, es de poca monta.

La baja en la autoestima se puede mostrar –más como rasgo permanente que como síntoma– en un sentimiento de inferioridad y de inseguridad, pero que, por lo general, no alcanza ese grado de dolor moral, el “no quererse ellos mismos”, que se ve en otras depresiones.

De la mayor importancia puede resultar el examen de la distinta manera como se vive la desesperanza. En el deprimido, ésta tiene que ver con una visión de futuro cerrado, en el que ya no cabe la irrupción de algo que pueda rescatarlo de un estado insostenible. En la pobreza se da la llamada “desesperanza aprendida” (Seligman): sea por lo que vieron e internalizaron en el proceso de socialización con su familia primaria, sea por los repetidos fracasos cada vez que intentaron emprender algo que mejorara sus condiciones de vida, muchos pobres –no todos– caen en una actitud de resignación y fatalismo que los lleva a pasar por alto y desaprovechar algunas oportunidades reales de cambio. Ahora bien, la desesperanza en la pobreza se da en ese plano de oportunidades que puede ofrecer su sociedad –aunque sea bajo la forma vaga de una expectativa incierta– pero no se observa igualmente en otros planos ajenos a la estructura social: la desesperanza aprendida no priva a los pobres de hacer mandas, de consultar “milagreros”, de participar en juegos de azar con la fantasía consciente de ganar el premio mayor. En el imaginario de los pobres el futuro deja todavía unos huecos por los que podría colarse un golpe

de suerte que solucione sus problemas más acuciantes, algo que no se da en los pacientes propiamente depresivos.

El peso que tienen en estos casos los factores ligados a la estructura social (económicos, políticos, culturales, etc.) hacen aconsejable –así lo creemos– sacar a los trastornos adaptativos con sintomatología depresiva asociados a la pobreza de la órbita de la psiquiatría clínica y considerarlos como un problema emergente dentro del campo de la salud mental para ser encarados con una perspectiva médico social.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. CASTILLA DEL PINO. *Introducción a la psiquiatría*. Alianza Ed., Madrid, 1980. Vol. II. Psicosis afectivas.
2. KAPLAN H., SADOCK B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams y Wilkins, Baltimore, USA, 1989. Vol. I, Cap. 16 (Postpartum psychotic disorders).
3. LEE A. *Seminars in General Adult Psychiatry*. The Royal College of Psychiatrists. Glasgow, 1998. Vol. I, Cap. 1.
4. LOGRE B.J. *Psiquiatría clínica*. Ed. Troquel, Bs. As., 1965. Cap. IX: La melancolía.
5. SIMS A. *Symptoms in the Mind*. Saunders Company London, 1995. Cap. 16.
6. SIRIS S.G., en *Schizophrenia* de S. Hirsch y D. Weinberger. Blackwell Science, London, 1995. Par. I, Cap. 9 (Depresión y esquizofrenia).

Capítulo 3

SÍNDROME MANÍACO

I. DESCRIPCIÓN

Tiene sentido didáctico ver el síndrome maníaco como antípoda del síndrome depresivo. Todas las manifestaciones del primero –salvo unas pocas repercusiones en el plano vegetativo– aparecen como la otra cara del cuadro depresivo.

A. Cambio afectivo con un carácter expansivo. Incluso en los casos leves el paciente puede señalar el cambio: “estoy mejor que nunca”, “me siento rejuvenecido”. El afecto predominante apunta a esa alegría ruidosa –euforia–, a veces no experimentada como tal sino con una sensación de mayor energía vital, de gran bienestar y frescura corporal.

Otras veces prevalece un estado de irritabilidad. Esta puede presentarse como un afecto duradero que persiste durante toda la entrevista (“manía disfórica”), o bien como una respuesta pasajera a pequeñas contrariedades que muy luego se disipa y da paso de nuevo a la euforia desbordante.

La euforia suele contagiar al entrevistador, quien puede sintonizar con ese derroche de vitalidad y buen humor pero sólo cuando no es muy intensa; el exceso hace tirante y algo incómoda la relación.

B. Hedonismo. El sujeto maníaco no sólo parece disfrutar más con lo que antes le provocaba placer; también busca experiencias nuevas más excitantes. (En la primera entrevista conviene preguntar por conductas de riesgo en el pasado reciente).

El paciente se muestra muy receptivo y reactivo a todos los estímulos que provocan alegría o placer, lo que se traduce también en una mayor curiosidad por explorar el ambiente: todo aparece atractivo, con el consiguiente empobrecimiento por nivelación de lo verdaderamente importante con lo banal.

C. Facilitación. Lo más llamativo es la excesiva locuacidad; el paciente parece complacido de conversar aunque en el fondo lo que lo complace es que

alguien lo escuche llegando, con frecuencia, a molestarse si se lo interrumpe. La locuacidad toma a veces la forma de una verborrea, un impulso incontenible a hablar aunque nadie lo escuche (como se puede ver en los pacientes en sala de aislamiento).

El curso del lenguaje es rápido, atropellado, laxo. Muchas veces el nexo de las asociaciones se mantiene en las frases contiguas pero se pierde en el conjunto del discurso (fuga de ideas). Las desviaciones pueden deberse a juegos de palabras, tendencia a la rima o asociaciones por alguna semejanza externa, aunque con frecuencia se debe a la extrema distraibilidad del paciente: cualquier estímulo venido del exterior lo aleja de lo que estaba diciendo. En casos más marcados se asiste a una franca incoherencia con claridad de conciencia. El lenguaje parece estar en correspondencia con un pensar a presión, por lo general ágil, chispeante, con muestras de ingenio de mayor o menor calidad.

En el plano de la conducta no verbal la facilitación se expresa en la espontaneidad, exuberancia y volubilidad de sus actos; se le ve siempre activo, busca estar ocupado pero de una manera cambiante, empieza muchas cosas que no termina. El maníaco está “todo para afuera” y “todo en movimiento” (Logre).

La hiperactividad (actos con sentido) es reemplazada a veces por una hipercinesia (tendencia a moverse sin una finalidad aparente) y, en un grado mayor, por una franca agitación motora.

La facilitación permite superar algunas dificultades y trabas que “antes” lo limitaban en el ejercicio de sus capacidades intelectuales, psicosociales y corporales. En su forma extrema, la facilitación borra también los límites que imponen los principios éticos y normas sociales vigentes, convencionalismos que “ahora” podrán ser transgredidos sin señales de vergüenza o pudor.

D. Autoestima elevada. En todas las manifestaciones del sujeto maníaco parece traslucirse un aire de superioridad y de excesiva confianza en sus capacidades (exacerbación del sentimiento del propio valer y del propio poder). Puede apreciarse en el exceso de familiaridad y falta de tacto en el trato con el entrevistador, con tendencia a buscar algún motivo de burla, no tanto para apabullarlo como para exhibir su superioridad y sus dotes de ingenio: “las burlas son por lo general inofensivas aunque no siempre delicadas” (Bumke).

E. Contenido del pensar. Congruente con su estado de ánimo expansivo y su autoestima elevada pueden aparecer ideas deliroides de grandeza (invención, fortuna personal, status social, potencia sexual, etc.), aunque muchas de estas

ideas no pasan de ser fanfarronadas cambiantes según la ocasión y dichas sin verdadera convicción. Otras veces aparecen ideas de persecución y perjuicio, también congruentes (lo hostilizan por envidia o celos, quieren robarle lo que tiene) o bien incongruentes; entre éstas, ideas de ser influenciado desde el exterior.

Con menos frecuencia se observan ideas místico-religiosas (Dios lo ha elegido para salvar al mundo, por ejemplo) y, como algo aparentemente paradójal, ideas hipocondríacas: el acento no está puesto en un mal pronóstico sino en la rareza de su enfermedad, algo excepcional que tiene asombrados a los médicos que lo han visto.

F. El equivalente maniaco de la suicidalidad depresiva lo constituye una serie de conductas de alto riesgo originados en la notoria falta de prudencia que caracteriza a la manía: derroche de dinero en regalos y compras innecesarias, inversión de capital en negocios de dudosa rentabilidad, promiscuidad sexual sin tomar medidas preventivas, deportes de gran peligrosidad para los que no está entrenado, riñas callejeras por motivos fútiles, abandono de la terapia de alguna enfermedad crónica, etc.

G. Vivencia del tiempo. El pasado se recuerda embellecido, se idealizan personas y acontecimientos, no faltan ilusiones de la memoria y fabulaciones que de algún modo confirman el papel especial que él siente tener ahora. El futuro aparece abierto al todo posible, un optimismo ingenuo que lo puede llevar a subestimar riesgos reales. Lo que prevalece es un gozar intensamente el aquí y ahora, una especie de *carpe diem* espontáneo, no planificado.

H. Otras manifestaciones psicopatológicas. En ciertas ocasiones el síndrome maniaco se acompaña de trastorno de conciencia (“manía confusa”). Sea por alguna infección intercurrente (respiratoria, urinaria, entre las más frecuentes), sea por deshidratación a la que puede llegar una manía agitada, o por causas todavía desconocidas, se instala un episodio confusional con ilusiones y alucinaciones especialmente visuales, falsos reconocimientos, ideas delirantes no congruentes, discurso incoherente y conducta agresiva con diferentes grados de intensidad.

I. La presentación del paciente con síndrome maniaco es muy característica y puede, por sí sola, hacer el diagnóstico. Considerando un caso término medio,

se lo verá risueño, festivo, gozando de la situación de entrevista (diferente, claro está, en la manía disfórica); cuando ríe lo hace con todo el cuerpo; la mirada es viva, picaresca, busca el contacto visual como si quisiera establecer una cierta complicidad. La voz es altisonante y con el correr de los días se va haciendo ronca (un paciente que en la primera entrevista muestre una afonía que impide el diálogo y al mismo tiempo exhiba buen humor y gran vigor corporal, apunta a un diagnóstico de síndrome maníaco). La postura corporal delata un sentimiento de autosatisfacción; los gestos son amplios, rápidos, enérgicos; el apretón de manos demasiado vigoroso.

El arreglo personal (maquillaje, vestidos, adornos, etc.) impresiona por lo llamativo y recargado, los colores chillones, una que otra extravagancia.

J. Manifestaciones corporales. Casi siempre presentes: taquicardia, hipertensión arterial (por lo general discreta), rubor, piel caliente, sudoración.

Como todo estado afectivo exacerbado, hay falta de apetito y, con frecuencia, estitiquez. Aunque duerma pocas horas, el sueño es reparador, lo que permite que el paciente se levante muy temprano pletórico de energía. A la larga puede haber enflaquecimiento importante y compromiso del estado general.

II. DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO

Nuevas entrevistas y más antecedentes permiten ubicar al síndrome maníaco dentro de alguna categoría clínica. Entre las principales hipótesis diagnósticas:

A. Manía endógena. El síndrome descrito más arriba corresponde, en líneas generales, a una manía endógena (como puede verse en la enfermedad bipolar tipo I). Como lo más destacado: exuberancia, volubilidad, derroche de energía sin fatigabilidad, locuacidad con predominio de contenidos jactanciosos, alegría de vivir contagiosa. La llegada de un paciente maníaco transforma el clima emocional de un Servicio de atención cerrada: de pronto todo se ve excitado, alborotado, “como electrizado”. El personal suele informar de una conducta excesivamente extrovertida, entrometida, con tendencia a dirigir y mandar a los demás, lo que puede provocar reyertas; con cierta frecuencia, se deja constancia de conductas desinhibidas, especialmente en el plano sexual.

La familia también entrega antecedentes importantes: tendencia al derroche y hacer regalos, faltas a la ética no habituales en el paciente, insomnio muy notorio, y lo más significativo: historia de otros cuadros maníacos o depresivos

en el propio paciente con períodos intercalares de normalidad; los antecedentes familiares de trastorno bipolar apuntan en el mismo sentido.

B. Manía sintomática. Entre las causas más frecuentes: abuso de drogas psicoestimulantes ilegales (cocaína, otras), uso prolongado de algunos fármacos de prescripción médica (corticoides, anorexígenos, anfetaminas, algunos antidepresivos).

También se observa en algunas endocrinopatías (especialmente enfermedad de Cushing, más raro en el hipertiroidismo) y en cuadros con daño orgánico focal; entre éstos, las lesiones de la cara orbitaria del lóbulo frontal de cualquier patogenia. (En estos casos se describe el síntoma de moria: puerilismo y tendencia al chiste fácil; como muy decididor: el paciente no contagia su alegría pero puede divertir por sus payasadas). Algunas demencias (sifilítica, otras) pueden cursar también con un síndrome maníaco en primer o segundo plano. Con menos frecuencia se observa en la esclerosis múltiple y corea de Huntington.

C. Trastorno afectivo mixto (presencia simultánea de manifestaciones maníacas y depresivas). Ya descrita por Kraepelin, quien postuló que los tres componentes de la “locura maníaco-depresiva”: ánimo deprimido-expansivo, inhibición psíquica-facilitación, hipoactividad-hiperactividad, pueden disociarse y dar origen a distintas combinaciones. Las que prevalecen:

1. Estupor maníaco: ánimo alegre con mutismo y acinesia. El mutismo no se debe a una taquipsiquis extrema, en la cual la velocidad del pensar no alcanzara a expresarse con palabras. El estupor maníaco puede mostrarse en otras manifestaciones de inhibición motora (movimientos lentos, titubeantes) o de inhibición del pensar (retrospectivamente reconoce haber tenido la mente en blanco). Como una variante, Leonhard habla de euforia hipocondríaca: el sujeto se queja de múltiples molestias somáticas de una manera vivaz, expresión alegre y cierto grado de locuacidad. Las quejas corresponden a sensaciones corporales extrañas (golpes, pinchazos, estómago que se expande, etc.) parecidos a los que pueden verse en la esquizofrenia pero nunca referidos a fuerzas extrañas o acciones de terceros.

2. Depresión con locuacidad, fuga de ideas e hiperactividad que no se explican por ansiedad concomitante.

No corresponde a un trastorno mixto los casos de pacientes maníacos que llevados por su fuga de ideas o distraibilidad van a toparse con recuerdos de

momentos tristes, a los que pueden responder con expresión compungida y abundantes lágrimas, que al poco rato cede el paso al ánimo festivo dominante.

D. Esquizofrenia

1. Psicosis esquizoafectiva, en este caso una esquizomanía (ya analizada en capítulo sobre síndrome depresivo).

2. Hebefrenia. Como una manifestación permanente, presente a lo largo de toda la evolución –aunque su intensidad puede experimentar fluctuaciones– se ha descrito, en algunos pacientes hebefrénicos, un estado maníaco caracterizado por euforia, fuga de ideas y actividad precipitada (Bleuler).

Un análisis más detallado hace ver que el sujeto se muestra “más caprichoso que eufórico”. Prevalece una alegría superficial, con tendencia a reírse de todo y de todos, una hilaridad que se acompaña de travesuras, payasadas y bromas pueriles. La alegría no contagia, las bromas molestan por su majadería, la expresividad no es convincente, “como si se les ordenara estar alegres”, algo forzado y mecánico que no tiene la frescura y la espontaneidad de la euforia maníaca.

En el trato interpersonal suelen mostrarse insolentes, impertinentes; gustan poner apodosos y hacer chistes a costa de los demás que no incomodan porque pecan de insulsos.

La fuga de ideas puede llevar a asociaciones poco comunes, extrañas; hay tendencia a los juegos de palabras por retruécanos; con más frecuencia que en la manía se observan descarrilamientos, metonimias y neologismos. El estilo del discurso, en general, puede ser pedante, rebuscado, con uso de frases rimbombantes, o bien, muy infantil y pobre.

La conducta es cambiante, si hay hiperactividad ésta es improductiva, no tiene un sentido claro; alterna con largos períodos de ocio sin aburrimiento. Poco control de impulsos que puede traducirse en acciones imprevisibles. Con bastante frecuencia se cae en la promiscuidad sexual sin adopción de medidas precautorias.

Puede ayudar al diagnóstico diferencial los antecedentes familiares, la presencia de otros signos esquizofrénicos, y la evolución con deterioro progresivo o en brotes cuya remisión, a diferencia de la fase maníaca, deja síntomas residuales en los que prevalece la falta de propositividad vital (aunque los tratamientos actuales parecen contradecir esa tendencia general).

E. Epilepsia. El principal problema de diagnóstico diferencial está ligado a la psicosis epiléptica.

Las psicosis epilépticas pueden darse con oscuridad o claridad de conciencia (Lishman). Las primeras son de comienzo muy brusco, breves (a lo más unas pocas semanas) y conectadas con distintos momentos de los ataques (preictales, ictales, postictales); la actividad eléctrica se mantiene perturbada durante todo el curso del episodio. Vistas en una primera entrevista, sin mayores antecedentes, pueden confundirse con episodios maníacos endógenos –también recurrentes– especialmente en aquellos casos de “manía confusa”; en ambos cuadros se pueden observar alucinaciones, ideas delirantes, falsos reconocimientos, agitación psicomotora. El mejor criterio diferencial (cuando se obtienen antecedentes de la familia) está dado por la forma de inicio: en la psicosis epiléptica la mayor intensidad del episodio se instala desde un comienzo; en la manía endógena, si se llega a un nivel psicótico, será después de varios días en que han prevalecido otras manifestaciones de euforia patológica. El EEG y los antecedentes personales y familiares también contribuyen a despejar las dudas iniciales.

Las psicosis epilépticas lúcidas pueden ser de duración intermedia (meses) o prolongada (pueden hacerse crónicamente irreversibles). En las de duración intermedia se da, en casi la mitad de los casos, la llamada “normalización forzada” del EEG. El comienzo no brusco como las anteriores, la duración, la claridad de conciencia y la eventual normalización del EEG hacen más difícil el diagnóstico diferencial con una manía endógena. En ambas puede darse discurso acelerado, atropellado, fuga de ideas, ánimo exaltado (confunde más cuando predomina la irritabilidad), ideas de contenido místico-religioso. Puede ayudar en la distinción, la especial prosodia en el habla del epiléptico (un “canturreo” muy característico cuando se da), y los antecedentes de otras manifestaciones ictales (la psicosis no es una forma como debuta la enfermedad epiléptica).

F. El consumo abusivo de alguna sustancia –legal o ilegal– plantea el problema de distinguir una “manía causada” de una “manía desencadenada” por la droga, algo no siempre fácil de dilucidar. Una persistencia prolongada del cuadro en la fase de abstinencia, y los antecedentes personales y familiares de trastorno bipolar, apuntan en el segundo sentido.

COMENTARIO

No existe la manía psicoreactiva. Golpes de suerte y otros acontecimientos felices suelen producir una respuesta inmediata de alegría desbordante que puede interferir con las tareas cotidianas y, casi seguro, con el dormir, pero la regla es que no dure muchos días en ese grado excesivo. K. Schneider hace ver que está en la naturaleza del hombre el que la alegría se disipe mucho más rápidamente que la tristeza, y cita a Domrich: “la tristeza se alimenta a sí misma, la alegría se devora”.

A propósito de la manía endógena se puede traer a colación el concepto de psicosis cicloides de Leonhard, continuador de las ideas de Wernicke y Kleist. Para esta escuela la división bipartita que hizo Kraepelin de las psicosis endógenas: demencia precoz–locura maníaco-depresiva (o los nombres que tengan ahora), debe ser revisada. A partir de descripciones muy detalladas del cuadro de estado, de las modalidades de curso y terminación, y de los antecedentes familiares, se buscan formas y subformas nuevas, menos abarcativas y, por lo mismo, más homogéneas, una condición necesaria si se quiere dar mayor validez a la investigación de las perturbaciones fisiopatológicas subyacentes.

Dentro del esquema de Leonhard figuran las psicosis cicloides, de curso fásico pero que se mueven en una bipolaridad distinta que el trastorno maníaco-depresivo. Describe tres subformas: psicosis de ansiedad–felicidad, psicosis de excitación–inhibición del pensar, psicosis de motilidad (hipercinesia-acinesia). Todas estas psicosis son de comienzo relativamente agudo, sin factor asociado (somático o psicológico) relevante, de duración variable (semanas, pocos meses) con restitución ad-integrum y con tendencia a la repetición.

Las psicosis cicloides estarían emparentadas con la psicosis esquizofrénica no sistemática, en la que se distinguen también tres subformas (siguiendo el mismo orden en los planos afectivo, cognitivo, psicomotor): parafrenia afectiva, catafasia (o esquizofasia), catatonía periódica.

Un resumen muy apretado de lo que describe Leonhard en la psicosis cicloide de ansiedad-felicidad (la que más se parece al trastorno maníaco-depresivo) muestra en el primer polo el predominio de una angustia paranoide, con desconfianza, autoreferencia, ilusiones sensoriales y alucinaciones congruentes con el estado de ánimo, frecuentes ideas hipocondríacas, de culpa y de condenación; la ansiedad, muy fluctuante (no tanto por reacción a factores externos sino a oscilaciones que parecen venir “de adentro”) puede alcanzar un grado parecido al de la melancolía agitada. El cuadro ansioso puede alternar, no obligatoriamente, con el polo de felicidad: el paciente se siente

ahora invadido por un sentimiento de felicidad –no euforia– tan intenso que lo desea compartir con otros; con frecuencia alcanza momentos de éxtasis en los que se siente llamado por Dios para ayudar y redimir al mundo; puede presentar alucinaciones visuales y auditivas que le confirman su misión redentora.

Podemos ilustrar las ideas de Leonhard con un ejemplo:

[Hugo, 39 años, 4º medio, casado, cajero de tienda, no consume alcohol ni otras sustancias. Tuvo un primer ingreso en clínica privada en 1999 (33 años). El paciente recuerda ese período: “Estaba desesperado, oía voces que se burlaban de mí y me decían que no valía nada. Sentía que la gente me observaba y me perseguía. Se hacían señas con las manos entre ellos. Sentía mucho dolor, lloraba mucho e intenté matarme tomando los medicamentos”. Su familia refiere que nunca antes había tenido algún problema mental. En ese entonces lo vieron muy asustado, dormía con un cuchillo en el bolsillo, hizo varios intentos de suicidio. Salió de alta al mes totalmente recuperado. Se reintegró a su trabajo donde es muy bien evaluado por su bonhomía y excelente rendimiento.

Segunda hospitalización (Unidad de Corta Estadía Servicio de Psiquiatría Hospital Barros Luco-Trudeau) en Junio de 2005. La familia lo nota diferente desde Febrero; en las últimas semanas comienza a hablar frecuentemente de la libertad y de Dios, “de los nuevos tiempos”, “de lo que vendrá” y de “Eli”; saluda a desconocidos en la calle preguntándoles cómo están, mostrándose excesivamente amable y con lenguaje algo rebuscado.

(Entresacamos algunas citas textuales del paciente: “En el trabajo he estado bien, ahora converso más con mis compañeros, acerca de sus vidas y sus familias, me siento contento”. “En mi hogar he estado bien también, sólo con algunas diferencias de opinión religiosa, yo no asisto a la iglesia mas si soy cristiano, pienso que la única forma de cambiar este mundo es cambiando primero uno mismo y yo siento en mi vida un cambio”).

El episodio que tuvo en 1999 lo reconoce como una enfermedad pero fue algo bueno porque lo preparó para este cambio. Ahora quiere ayudar a la gente, a sus hijos les explica que deben vivir del amor a la vida. El paciente dice sentirse muy bien, contento, no hay expresividad de euforia ni de irritabilidad, puede guardar silencio en las entrevistas, no hay alteraciones en el curso del pensamiento. El personal informa que duerme bien, muy sociable, habla mucho de religión.

Un día escribió una frase encabezada por Eli y seguida de palabras ininteligibles; se le pregunta qué ha escrito, responde: “Trato de comunicarme con Dios, haciéndole un clamor en su idioma”. Se le pide que lo descifre: “Sí, dice: Dios te pido por toda la gente del mundo y te pido que me des tu luz, por favor”, luego agrega: “El don de la lengua me nace espontáneo, es un clamor de mí para Dios”.

Sale de alta antes del mes, recuperación total; enjuicia sus ideas pasadas como “cosas que se me venían a la cabeza, no sé por qué”; nunca escuchó voces. Ha vuelto a su trabajo; en controles posteriores se mantiene en perfecto estado de salud mental].

LECTURAS RECOMENDADAS

1. CASTILLA DEL PINO C. *Introducción a la psiquiatría*. Alianza Ed., Madrid, 1980. Psicosis afectivas.
2. COOKSON J. *Seminars in General adult psychiatry*. The Royal College of Psychiatrists. Glasgow, 1998. Vol. I, Cap. 2.
3. LEONHARD K. *The clasification of endogenous psychoses*. Irvington Publishess, USA, 1979. Part II: The cycloid psychoses.
4. LISHMAN WA. *Organic Psychiatry*. Blackwell Scientific Publ. 2ª ed. 1987. Part II, Cap. 7 (Epilepsia).
5. LOGRE B. J. *Psiquiatría clínica*. Ed. Tusquets, Bs. As., 1965. Cap. X: La manía.

Capítulo 4

SÍNDROME OBSESIVO-COMPULSIVO

I. DESCRIPCIÓN

K. Westphal: “Las representaciones obsesivas son representaciones que –sin que su tonalidad afectiva propia, o reforzada por el estado anímico del enfermo lo explique– aparecen en la conciencia bajo el sentimiento subjetivo de su obligatoria persistencia, no pueden ser apartadas de ella por los esfuerzos voluntarios de quien los sufre, y consecuentemente dificultan y entorpecen el curso ordinario de las representaciones, aunque el sujeto se da siempre cuenta de su falta de fundamento e, incluso, reconocen en la mayoría de los casos la falsedad de su contenido y el carácter francamente patológico del fenómeno”.

En la definición que Westphal entregara en 1878 del fenómeno obsesivo –no menciona los actos compulsivos– están incluidos los aspectos que todavía hoy se reconocen como esenciales para su descripción clínica: contenidos de conciencia que aparecen contra la voluntad del sujeto, incapacidad para desprenderse de ellos pese a la resistencia activa que provocan, vividos con una nota de sufrimiento, repercusión perturbadora sobre el resto de la vida psíquica, comprensión del carácter gratuito (sin fundamento) del trastorno, enjuiciamiento del fenómeno como algo francamente patológico.

En relación con este último punto, es interesante anotar que para Westphal un buen insight no tiene carácter obligatorio y se ve “en la mayoría de los casos” pero no en todos, punto que se retomará en la sección III.

Lo más importante del fenómeno obsesivo no es tanto la irrupción en la conciencia de algún contenido no deseado –algo que también ocurre en los sujetos sanos– sino la incapacidad para desprenderse de ese contenido. (La palabra “obsesión” viene de cerco, bloqueo –sentirse sitiado contra la voluntad–; su sinónimo “anancástico”, quizás refleje mejor en su etimología –incapacidad para arrojar o lanzar lejos– el hecho capital).

La cualidad de “obsesivo” (que se extiende a lo “compulsivo”) se da sólo en aquellas manifestaciones psíquicas que normalmente son dirigidas por la voluntad, tanto en su mantención como en su terminación: recuerdos,

fantasías, pensamientos, actos volitivos. Los sentimientos, deseos y los impulsos no se hacen obsesivos, sí la ideación alrededor de ellos.

Aunque la separación no es tajante, la semiología suele distinguir el fenómeno obsesivo (más amplio que representación) del acto compulsivo.

A. Fenómenos obsesivos

1. Rumiación obsesiva. Un pensar displacentero que puede prolongarse por horas, especialmente alrededor de escrúpulos y dudas, distintos según cada paciente. Ambos contenidos están íntimamente relacionados.

- a) Los escrúpulos se refieren preferentemente a valores éticos y convicciones religiosas: el paciente se reprocha haber cometido alguna falta o no haber cumplido a cabalidad lo que manda su iglesia (rezó el rosario con la mente ausente, etc.), aunque se dé cuenta que esos reproches son excesivos y no se sienta verdaderamente culpable (a diferencia de la culpabilidad depresiva). El malestar proviene de su persistencia en el primer plano de la conciencia contra su voluntad.
- b) Las dudas constituyen un hecho central de la sintomatología obsesiva. Frente a cualquier toma de decisión (por banal que sea) el paciente puede abocarse a interminables ponderaciones de “pro y contra” que muchas veces concluyen en la no resolución. Más importante que las dudas frente a una alternativa de acción, son las dudas que siguen a una acción ya hecha (¿cerró bien las ventanas? etc.) y que suelen traducirse en actos compulsivos de verificación. Jaspers menciona la obsesión de validez: se cree en algo que al mismo tiempo se sabe falso (se cree estar embarazada, por ejemplo, y al mismo tiempo se sabe que eso no es posible); no tiene la convicción del fenómeno delirante ni tampoco las características de la duda normal (la que es sentida como incertidumbre en un acto unitario: “no estoy seguro”); en la obsesión de validez, la persona experimenta la dualidad de una certidumbre en un movimiento interminable de vaivén.

2. Ideación obsesiva. Un pensamiento forzado alrededor de sentimientos, deseos, impulsos (en sí mismos no obsesivos por estar fuera de los límites de la voluntad). La angustia frente a una amenaza (parto, por ejemplo) y la ideación que puede acarrear, no es obsesiva si la mujer vive la significación de la situación como un peligro real y lo cree justificado; si no lo justifica, si no

se siente amenazada y, a pesar de ello, no puede dejar de pensar en peligros potenciales, es un pensamiento obsesivo.

Muchos pacientes imaginan dejándose llevar por un acto impulsivo (robar en un almacén, por ejemplo); si lo piensa contra su voluntad, lucha contra ese pensamiento y no comete el acto, es una ideación obsesiva; si lo comete es una cleptomanía (una de las “monomanías” que describía la psiquiatría clásica). Con el mismo alcance: imaginar actos impulsivos autodestructivos (defenestrarse, arrojarse al paso de un tren), o aloagresivos (golpear en el vientre a una mujer embarazada) etc.

En relación con este punto se discute si hay fobias obsesivas. La fobia, por definición, es un miedo, sin fundamento válido, a un objeto concreto: instrumentos cortantes, suciedad, animales, ciertas extensiones del espacio (muy cerrado o muy abierto), otras personas (público, reunión social), etc.; el sujeto se siente amenazado (no es una convicción delirante) desde afuera; según que el objeto del miedo esté realmente presente o su presencia sea inminente, lleva a conductas de alejamiento o evitación. En la ideación obsesiva la amenaza viene del propio sujeto; la conducta consiguiente se expresa en rituales defensivos. Con todo, la distinción no siempre es tan tajante: la ideación obsesiva alrededor del temor a la contaminación y la fobia ante la suciedad comparten el hecho de no aprobar “lo sucio”, pero sigue siendo distinto el temor, que en el primer caso es más abstracto, “en general”, y que en la fobia sea frente a cosas concretas que muestran esa nota de suciedad; por otra parte la conducta es claramente distinta.

3. Fantasías obsesivas. Aunque suelen ser placenteras en un primer momento (actos heroicos, por ejemplo) su mantención por más tiempo que el deseado puede acarrear sufrimiento por su interferencia con otras actividades psíquicas o con la interacción social; si se prolonga demasiado, el paciente suele experimentar un sentimiento penoso de agotamiento mental.

4. Recuerdos obsesivos. Más o menos triviales (el psicoanálisis dirá que tienen un sentido oculto), se mantienen contra la voluntad, torturante por su repetición y no por despertar alguna emoción penosa (a diferencia de los recuerdos no deseados del estrés postraumático).

B. Conductas compulsivas

1. Rituales. Actos que se repiten siempre igual, por lo general con gran consumo de tiempo.

Los más frecuentes son los que siguen a ciertas ideaciones obsesivas (lavado de manos como una manera de aliviar la carga de angustia de las ideas de contaminación); otras veces son especies de penitencia en relación con escrúpulos obsesivos.

Algunos rituales son autónomos, independientes de fenómenos obsesivos: tendencia al orden y a la simetría, excesivamente desproporcionada con las necesidades prácticas.

2. Aritmomania. La cualidad compulsiva puede alcanzar algunas funciones cognitivas. Entre las más frecuentes: sentirse obligado a contar lo que sea o a sumar cualquier cifra que se ponga por delante.

3. Actos de verificación y comprobación. Siguen a las dudas sobre la eficacia de alguna conducta ya realizada.

4. Actos no deseados por contraste. Algunos pacientes se sienten tentados a realizar actos (y se resisten contra ello) que son exactamente lo contrario a lo esperado en ese momento, y que se repiten igual cada vez que enfrentan la misma situación (contar chistes en un funeral, blasfemar en la iglesia). Bumke describe lo torturante que era para un paciente, cuando rezaba, sentirse llevado a decir: “Padre nuestro que estás en los infiernos”.

II. DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO

A. Trastorno obsesivo-compulsivo genuino

El síndrome en estudio encuentra su mayor despliegue y diversificación en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), heredero de la antigua “neurosis obsesiva”. Conviene agregar el predicado “genuino” cuando no aparece como secundario a otros cuadros clínicos.

En su forma típica se manifiesta con tres rasgos esenciales íntimamente relacionados: egodistonia, resistencia, buen insight.

1. Lo propio de la cualidad egodistónica está dado por la experiencia de sentirse forzado en alguna actividad psíquica que antes de enfermar el sujeto podía controlar. Los fenómenos obsesivos y actos compulsivos no son cuerpos

extraños, no son impuestos por alguna fuerza exterior (como ocurre con ciertos síntomas en el síndrome de influenza); se reconoce que pertenecen al yo y, al mismo tiempo, se vive la falta de libertad frente a ellos. La penosidad y el sufrimiento que acompañan al TOC no es lo verdaderamente distintivo de la egodistonía (en la rumiación perseverativa –otra anormalidad psicopatológica– también se experimentan sentimientos displacenteros, pero es egosintónica: el sujeto se involucra activamente, a lo largo del día, en sus preocupaciones –hipocondríacas, algún defecto en la apariencia corporal, infidelidad conyugal, etc.– tratando de encontrar alguna solución).

2. Resistencia. El carácter forzado de los síntomas del TOC provocan una resistencia activa para neutralizarlos, diversas maniobras que tratan de llevar la atención fuera del foco obsesivo compulsivo y que, por lo general, derivan en un sentimiento de impotencia.

(Fray Juan de la Cruz le escribe a una carmelita que padecía de escrúpulos: “Jesús María. Estos días traiga empleado el interior en el deseo de la venida del Espíritu Santo, y en la Pascua y después de ella continua presencia suya; y tanto sea el cuidado y estima de esto, que no le haga al caso otra cosa ni mire en ella, ahora sea de pena, ahora de otras memorias de molestia; y todos estos días, aunque haya faltas en casa, pasar por ellas por amor del Espíritu Santo, y por lo que se debe a la paz y quietud del alma en que Él se agrada morar.

Si no pudiere acabar con sus escrúpulos, no confesarse estos días entiendo sería mejor para su quietud; mas cuando lo hiciere será de esta manera: acerca de las advertencias y pensamientos, ahora sean de juicios, ahora de objetos o representaciones desordenadas y otros cualesquiera movimientos que acaece, sin quererlo ni admitirlo el alma, y sin querer parar con advertencia en ellos, no los confiese, ni haga caso ni cuidado de ellos, que mejor es olvidarlos, aunque más pena den al alma; cuando mucho, podrá decir en general la omisión o remisión que por ventura haya tenido acerca de la pureza y perfección que debe tener en las potencias interiores, memoria, entendimiento y voluntad. Acerca de las palabras, la demasía y poco recato que hubiese tenido en hablar con verdad y rectitud, y necesidad y pureza de intención. Acerca del obrar, la falta que puede haber del recto y solitario fin, sin respeto alguno, que es sólo Dios.

Y confesando de esta manera, puede quedar satisfecha, sin confesar nada de esotro en particular, aunque más guerra la haga. Comulgará esta Pascua, además de los días que suele.

Cuando se le ofreciere algún sinsabor y disgusto, acuérdesse de Cristo crucificado y calle.

Viva en fe y esperanza, aunque sea a oscuras, que en esas tinieblas ampara Dios al alma. Arroje el cuidado suyo en Dios, que Él le tiene; ni la olvidará. Ni piense que la deja sola, que sería hacerle agravio.

Lea, ore, alégrese en Dios, su bien y salud; el cual se lo dé y conserve todo hasta el día de la eternidad. Amén. Amén”).

La resistencia no es igual en las obsesiones que en las compulsiones: más tenaz en las primeras, es más débil y puede aún faltar, en las segundas. (Las compulsiones que derivan de alguna obsesión –ritual de lavado de manos por ejemplo– no crean mayor resistencia y se realizan como una manera de aliviar la angustia). Con el tiempo, la resistencia tiende a debilitarse; lo que al comienzo se vivía como una rabiosa impotencia da paso a una impotencia más resignada.

3. **Insight.** En los casos típicos, el TOC es enjuiciado como claramente patológico; la demora en consultar y buscar ayuda médica muchas veces se explica por un temor a que lo crean loco.

El curso natural del TOC (tal como se veía antes que apareciera la psicofarmacología de uso actual) era el de una enfermedad crónica con tendencia a los altibajos que no llegaban a una remisión completa. En los períodos más productivos, la sintomatología suele ser múltiple (poco frecuente que sea monotemática) y, dato importante, se muestra prácticamente todos los días.

Se ha dicho que el TOC genuino no se acompaña de un tipo de personalidad específico, parecen predominar los rasgos depresivos. Aunque no sea lo más frecuente, son muy característicos rasgos tales como rigidez, perfeccionismo, tendencia al orden, escrupulosidad, poca espontaneidad, seriedad, falta de sentido del humor; la autoestima, por lo general elevada, se apoya en logros intelectuales.

B. Trastorno obsesivo compulsivo secundario

1. **Cuadros depresivos.** Los síntomas más característicos de un episodio depresivo, especialmente en su forma melancólica: desgano corporal, anhedonia, inhibición psicomotora, autoestima baja, no se dan –al menos todos juntos– en el TOC.

En los casos que se dé una combinación de la sintomatología de ambos trastornos, puede parecer un juego académico decidir si se trata de una

asociación de dos entidades clínicas (patología dual) o una reacción depresiva como respuesta a la impotencia y discapacidad producida por el TOC.

Un caso especial lo da un cuadro con manifestaciones obsesivas y compulsivas en primer plano (con poca sintomatología depresiva) de curso fásico, con remisiones ad-integrum. Antecedentes familiares de enfermedad bipolar podrían autorizar el diagnóstico de episodio depresivo endógeno de forma obsesivo-compulsiva.

2. Trastornos orgánicos crónicos. Sintomatología obsesivo-compulsiva en primer plano se observan especialmente en cuadros postencefalíticos: rumiación obsesiva, dudas, rituales compulsivos más o menos complejos, presentes todos los días, con gran consumo de tiempo, por lo general egodistónicos y con buen insight. Casi de regla, se acompaña de signos extrapiramidales de parkinsonismo. Son frecuentes algunas manifestaciones motoras repetitivas: tics, bléfaroespasma, tortícolis, crisis de suspiros o de bostezos. Lishman destaca las crisis oculógiras (mirada forzada hacia arriba o a un lado), a veces desencadenadas por pensamientos obsesivos o actos compulsivos; durante las crisis oculógicas (minutos, pocas horas) se pueden presentar otras manifestaciones psicopatológicas: episodios bruscos de estupor, sentimientos intensos de rabia o miedo y, a veces, ideas de autoreferencia o paranoideas (Se cita el caso de una paciente que durante la crisis oculógica sentía que todo lo que estaba a su izquierda era hostil y amenazante, lo que estaba a su derecha permanecía neutral). La sintomatología obsesivo-compulsiva puede combinarse con actos impulsivos (exhibicionismo, acciones auto y alodestructivas especialmente crueles con los animales, etc.), actos impulsivos que no se ven en el TOC genuino.

En la enfermedad de Gilles de la Tourette, además de los múltiples tics motores y fonéticos (interjecciones explosivas de contenido coprolálico) se agregan, especialmente en los adultos, síntomas obsesivos y compulsivos de mayor o menor complejidad.

COMENTARIO

El TOC parece ocupar el centro de un área de la psicopatología a la que concurren además una serie de otras anormalidades con las que tiene más de un punto de contacto. En la sección I se vieron las semejanzas de la sintomatología obsesivo-compulsiva con la rumiación perseverativa, fobias, monomanías,

culpabilidad depresiva, recuerdos traumáticos; la descripción clínica con sentido fenomenológico intenta destacar sus diferencias.

Los contactos del TOC se extienden aún más allá; por un lado con manifestaciones presentes en sujetos sanos; y, por otra, con la sintomatología psicótica.

A. Manifestaciones no patológicas

En el sujeto sano son frecuentes ciertas obsesiones y compulsiones “benignas”, sin mayor significación clínica, lo que para ciertos autores permite pensar en un continuum entre lo sano y lo patológico: dudas ocasionales, pequeñas excentricidades, tendencia al orden y simetría mayor que el promedio y toda una serie de actos que se repiten rígidamente más allá de lo necesario pero que no incomodan mayormente a la persona.

Lo que puede ser una producción original encuentra un campo mucho más amplio de expresión colectiva en ciertas creencias y prácticas supersticiosas (tocar madera tres veces, etc.); en muchos de estos casos, aunque el sujeto no comparta la creencia no deja de hacerlo, “por si acaso”.

Laughlin ha descrito, como un mecanismo de defensa contra la angustia potencial, la pauta sotérica. El objeto sotérico (un talismán, un amuleto) sería la otra cara del objeto fóbico; en el primero, es su posesión lo que da seguridad, en el segundo es su alejamiento o evitación. El objeto sotérico no siempre es una cosa tangible (pata de conejo, ojo de cristal, etc.), también se extiende a todo lo que por repetitivo, rutinario, familiar, procura una sensación de estar a salvo (sótero = salvación). El niño no sólo quiere que le cuenten el mismo cuento, quiere que se lo cuenten con las mismas palabras. Para Laughlin la seguridad que da lo familiar por ser lo previsible, explica la angustia de un viejo con deterioro incipiente ante cualquier cambio en sus rutinas de vida.

El interés por examinar estas formas no patológicas de creencias y rituales, apunta al parentesco existencial que parecen tener con el TOC. Lo que se busca en todos estos casos es un defenderse contra el azar, lo imprevisible, el riesgo que implica lo nuevo y desconocido y que en algunos pacientes obsesivo-compulsivos alcanza una dimensión absoluta, una necesidad de seguridad cien por ciento. Con un sentido más metafísico, en una narración corta, “La construcción”, Kafka describe magistralmente esa misma urgencia por preverse de cualquier peligro que escape al control racional.

B. TOC y psicosis

Westphal hizo ver muchas semejanzas del TOC con la esquizofrenia y en algunos casos habló de “esquizofrenia abortada”. También Bleuler era partidario de ver la “neurosis obsesivo-compulsiva” que se mantenía crónicamente sin variación, como una forma de esquizofrenia, especialmente si habían antecedentes en el grupo familiar. Mayer-Gross exigía, en esos mismos casos, que se diera alguna forma de autismo.

Autores más recientes parecen coincidir que síntomas obsesivo-compulsivos son relativamente frecuentes como pródromos de la esquizofrenia; su aparición por primera vez (y en primer plano) en una esquizofrenia ya instalada, es mucho más rara (También Harry Stack Sullivan en su “interpretación de la esquizofrenia como culminación de una historia de vida”, basaba su enfoque psicodinámico en la frecuencia con que cuadros neuróticos –entre ellos la neurosis obsesivo compulsiva– precedían la irrupción de la esquizofrenia).

El problema así planteado no se limita a estudiar una simple concomitancia de síntomas obsesivo-compulsivos con síntomas esquizofrénicos; lo que aquí se plantea es cómo puede transformarse un TOC en una psicosis esquizofrénica. Entre otras hipótesis, se sugiere que el pensamiento obsesivo, vivido como propio pero resistido por el yo, por una especie de agotamiento de la capacidad de resistencia, empieza a experimentarse como ajeno al yo, como algo impuesto desde afuera por influencias extrañas. La experiencia nueva, ahora delirante, sale de los límites de la voluntad propia, deja de ser egodistónica y es aceptada pasivamente por el dominio que ejercen fuerzas exteriores, y no como algo patológico.

La idea de una transformación del TOC en esquizofrenia no es fácilmente aceptable, no así la existencia de síntomas obsesivo compulsivos en el pródromo y en la iniciación del cuadro.

Más importante parece ser el problema que se discute actualmente sobre la posible existencia de una psicosis obsesiva.

El TOC genuino, cuando es típico, se muestra con las tres características ya señaladas: egodistonía, resistencia, buen insight. Pero la experiencia clínica señala que son muchos los cuadros atípicos, en los que no queda claro hasta qué punto el paciente se da cuenta de lo absurdo de sus apreciaciones y las puede ver como francamente patológicas.

En estos casos el DSM-IV habla de un TOC con poca conciencia de enfermedad: cuadros en que no se reconoce –la mayor parte del tiempo mientras dure el episodio actual– que esos síntomas son excesivos o irracionales.

También se ha descrito la aparición de un cuadro delirante con carácter psicoreactivo y por lo general breve, en el curso de un TOC prolongado; el contenido de esas ideas puede ser paranoide (lo quieren contaminar, etc.) o depresivo (él puede contaminar a terceros).

De mayor interés clínico, algunos autores hablan de un TOC severamente atípico con ideas delirantes persistentes; las ideas son por lo general monotemáticas, no absurdas y defendidas con plena convicción; no se acompañan de otros síntomas psicóticos.

Así visto, parece ya superada la vieja afirmación que si un paciente con fenómenos obsesivos y actos compulsivos no enjuiciaba correctamente sus síntomas, no podía ser un trastorno específico y pasaba a ser otra cosa (lo más frecuente, verlo como una esquizofrenia). Del mismo modo que algunos pacientes de la enfermedad bipolar pueden alcanzar un nivel psicótico, también el TOC puede hacerlo (descartado, por supuesto, otra posibilidad clínica semiológicamente fundamentada).

LECTURAS RECOMENDADAS

1. BENEDETTI G. *El paciente psíquico y su mundo*. Ed. Morata, Madrid. 1ª ed., 1966. Parte 2, Cap. 1.
2. BERMAN I. Et al. *Comprehensive Psychiatry*. Vol. 36, Nº 1, 1995, pp. 6-10 (TOC y esquizofrenia).
3. INSEL TR, AKISKAL HS. *Am. J. Psychiatry* 143(12), 1986, pp. 1527-1533 (Psicosis obsesiva).
4. LAUGHLIN P. *The Neurosis*. Butterworths, Washington 1967. Cap. 11 (Defensa sotérica).
5. O'DWYER AM, MARKS I. *British Journal of Psychiatry*, 2000, 176, pp. 281-284 (TOC e ideas delirantes).
6. *Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press Oxford. 3ª edic. 1966. Cap. 7.
7. RENTERIA P. En: *Psiquiatría clínica*. Soc. Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Chile 2000. Sección II, Cap. 14.
8. VALLEJO J. En: *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias* (R. Luque y J.W. Villagrán, editores). Ed. Trota, Madrid, 2000. Sección II, Cap. 8.

Capítulo 5

SÍNDROME CATATÓNICO

I. DESCRIPCIÓN

Definido por la psiquiatría clásica como un trastorno primario de la psicomotilidad. (Primario significa aquí no comprensible a partir de una motivación psicológica claramente a la vista o de un estado de ánimo anormal, ni explicable por trastornos fisiopatológicos ligados a una enfermedad somática conocida. Aunque puede coexistir con alucinaciones o fenómenos delirantes, no deriva de éstos). Reúne un grupo bastante grande de manifestaciones, las que pueden darse todas juntas o en distintas combinaciones.

A. Agitación psicomotora. Tempestad de movimientos desordenados sin finalidad aparente (hipercinesia); pueden predominar impulsos auto o aloa-gresivos. Frecuentemente se acompaña de un impulso incontenible a hablar que puede mantenerse aunque nadie lo escuche (verborrea). La facies por lo general es rígida, poco expresiva. Poco receptivo a las exigencias del medio.

B. Hipocinesia y acinesia. Escasa o nula iniciativa para poner en marcha una conducta voluntaria. En su grado mayor y si se acompaña de mutismo, se habla de estupor: no hay comportamientos espontáneos, tampoco responde a las solicitudes externas y no muestra siquiera intenciones de responder (el frotamiento del esternón o pellizcamiento del borde superior del músculo trapecio no provoca movimientos de defensa). Paciente casi siempre en cama, puede adoptar posiciones incómodas (almohada psíquica). Tonus muscular aumentado; la hipertonia se incrementa si se trata de cambiar la posición de algún segmento corporal, especialmente si se hace con maniobras bruscas y no lentamente. La rigidez muscular hace difícil ponerlo de pie; si se consigue, permanece parado, inmóvil. Por lo general con los ojos abiertos, exhibe poca curiosidad por explorar el ambiente. Debe ser asistido en su alimentación y eliminación de excretas.

La psiquiatría clásica ha enfatizado la presencia de trastornos vegetativos: taquicardia, piel fría, sudor seboreico, manos y pies cianóticos.

El estupor, que sin tratamiento se mantiene, por lo general, muchos días, puede cesar en cualquier momento y, a veces, convertirse en agitación psicomotora.

C. Flexibilidad muscular patológica

1. Flexibilidad cérea: el paciente mantiene actitudes impuestas (catalepsia) por un tiempo inusualmente largo sin manifestaciones de fatiga. El tonus muscular exhibe una plasticidad especial como un tubo de plomo.

2. Pseudoflexibilidad cérea: la actitud impuesta no se mantiene mucho tiempo, hay señales de fatiga. Tonus muscular normal. En estos casos puede observarse el fenómeno de “imantación” (sin tocar al paciente, acercando una mano se puede inducir que adopte diversas posturas), y de “anticipación” (se adelanta a las maniobras del examinador), lo que sugiere que el paciente hace lo que supone que se quiere que él haga (algo que lo emparenta con los fenómenos de obediencia automática).

Para distinguir la flexibilidad cérea (entendido como un trastorno predominante muscular), de la pseudoflexibilidad cérea (más cerca de los movimientos voluntarios) Bleuler recomienda la maniobra de tomarle el pulso al paciente levantándole la mano y dejársela en alto; en la flexibilidad cérea va a persistir en esa posición por tiempo indefinido.

D. Obediencia automática. Puede surgir espontáneamente, sin que el entrevistador induzca u ordene realizar alguna acción: fenómenos de eco (ecopraxia, ecomimia, ecolalia) o bien, ante muy discretas sugerencias de acción (tocando suavemente con un dedo una extremidad se pueden obtener diferentes posturas). En este caso, lo automático de la conducta se muestra en el hecho que la contraorden verbal (“no mueva el brazo”) no logra imponerse al estímulo táctil (igualmente con otros ejemplos: se le insinúa darle la mano y se le ordena enérgicamente que no lo haga): fenómeno de “ir con” (mitgehen).

E. Negativismo. De carácter pasivo o activo (al pedirle que abra la boca, puede ignorar la orden o puede cerrarla con fuerza; al tenderle la mano puede no estrecharla o esconder su mano).

En el plano verbal se describen el mutismo (no acompañado de acinesia) y las respuestas aproximadas (no cualquier respuesta, sólo las que se acercan a

lo solicitado siguiendo un cierto patrón de error; por ejemplo: $3+3=7$, $4+4=9$, $6+6=13$) y las respuestas por lo contrario (color de la nieve = negra, color del carbón = blanco, etc.).

Se ha insistido en la caprichosidad del negativismo: puede suspenderse en cualquier momento, tener diferentes grados y formas según la persona con la que interactúa, no contestar cuando se le pregunta a él y sí cuando se le pregunta a otro paciente, o bien, después de haberse negado a responder empieza a hacerlo cuando el examinador se despide (“respuesta de último momento”).

F. Ambitendencia. Combinación de negativismo y obediencia automática (se puede observar en un titubeo muy prolongado al saludar con la mano). Bleuler señala algunos ejemplos muy curiosos, entre otros: si se levanta el brazo de un paciente, éste puede bajarlo y subir el otro brazo.

G. Estereotipias. Independientemente de la actividad principal que esté haciendo el paciente, en forma reiterada ejecuta un movimiento siempre igual que, aunque parezca voluntario, no cumple ninguna función útil, adaptativa. Estos pueden ser muy elementales: “monotipias” (descansar el peso del cuerpo en un pie y luego en el otro, por ejemplo) o más sofisticados (con un movimiento ampuloso y algo rebuscado, por ejemplo, llevarse la mano a la cabeza y luego darse tres golpes con los dedos). Los movimientos estereotipados no son bruscos ni demasiado vigorosos [un paciente esquizofrénico se rascaba con frecuencia la mejilla izquierda; por lo enérgico del rasquido se sospechó que no fuera una estereotipia sino un acto voluntario. Al ser preguntado contestó: izquierda en inglés se dice “left”, que también significa algo que se deja o abandona. Al rascarse él quería decirle a las “voces” que lo dejaran tranquilo].

Bleuler ha hecho ver la tendencia en pacientes esquizofrénicos a transformar en estereotipia cualquier acto psíquico, verbal o no verbal: gestos expresivos convertidos en rictus permanentes, posturas estatuarias (frecuente la postura de crucifixión), posicionamiento en un lugar fijo, caligrafía y arabescos en los dibujos, repetición de sílabas o palabras (“logoclonias” y “palilalias”). La tendencia a la estereotipia puede alcanzar también a ciertos contenidos del pensamiento: preocupaciones hipocondríacas, petición de deseos, quejas contra alguien, etc., que se repiten majaderamente siempre igual, sin esperar ninguna respuesta y sin que parezca corresponder a un fondo afectivo realmente sentido.

H. Extravagancias. Se describen actos rebuscados, amanerados, poco naturales, a veces francamente bizarros, muy fuera de lo común. Se observan frecuentemente en alguna postura espontánea, arreglos y vestimentas, manera de caminar, saludo de mano, acción de comer, en el habla (pronunciación, sintaxis, prosodia) y en los dibujos.

Muy rara vez el paciente da cuenta de sus motivaciones para tal o cual extravagancia. [El mismo paciente de “left” llegó un día con las cejas totalmente depiladas; lo explicó así: “ceja” viene de sé, saber y ja, sí en alemán; ceja quiere decir “yo sé”, y él, al depilarlas quería decirle a las voces que lo abrumaban con preguntas “que él no sabía”]. En este caso, si bien la extravagancia tenía una motivación clara, lo verdaderamente extravagante era la motivación.

I. Interceptaciones. Un acto en pleno desarrollo se interrumpe bruscamente, queda a medio camino y después es continuado con un acto diferente. Puede comprometer tanto la conducta verbal como no verbal.

II. DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO

El síndrome descrito corresponde a lo que se ve en la esquizofrenia catatónica. Cuando se dan todos, o la mayoría de los síntomas señalados, caben pocas dudas sobre el diagnóstico; los problemas surgen cuando aparecen algunos síntomas en forma aislada –cosa que también puede ocurrir en la esquizofrenia–. Una vez más, convendrá recordar el viejo principio clínico: el mismo síntoma no es el mismo en los diferentes contextos en que puede darse.

En el caso de la esquizofrenia, los síntomas catatónicos aparecen como algo primario (ya dicho) y, salvo algunas veces de agitación psicomotora, se dan con claridad de conciencia (aunque esta condición es compartida con otras patologías). Por otra parte, y según el síntoma que se esté considerando, suelen exhibir ciertos rasgos peculiares que contribuyen a orientar el diagnóstico en ese sentido.

El “sello” esquizofrénico se muestra aquí por lo excéntrico y fuera de lo común del síntoma, muchas veces bizarro (un grado mayor de rareza), voluble y caprichoso en su aparición y desaparición, por su carácter forzado, mecánico, artificioso o bien paradójico por la coexistencia de síntomas contradictorios.

En relación con el sello esquizofrénico se puede traer a colación lo que la psiquiatría clásica ha descrito como “le sentiment du praecox”, la respuesta afectiva que tiene el clínico frente a los pacientes esquizofrénicos –al menos un grupo importante de ellos– viendo en ese sentimiento un claro indicador

para el diagnóstico de la enfermedad. La psiquiatría moderna (Kaplan, entre otros) le resta toda validez y confiabilidad como criterio diagnóstico, considerándolo tan solo como un aspecto más de la relación contratransferencial. Estimamos que ese sentimiento sí existe en el encuentro interpersonal que se tiene con muchos pacientes esquizofrénicos, y que está dado especialmente por la sensación inmediata, no reflexiva, de estar enfrentando a una persona (dicho por ahora de una manera general) que “no es común y corriente”, y que es distinta también a otros pacientes psiquiátricos. Pero afinar ese sentimiento como para poder comunicarlo y convertirlo en una prueba de validez objetiva, tiene todas las limitaciones y distorsiones que se le reconocen al método introspectivo. Sin embargo, parecería recomendable que, en presencia de ese sentimiento, en vez de llevar la inspección hacia dentro, profundizando lo que experimenta el observador, la atención fuera puesta en el otro, exigiéndose precisar y delimitar qué cosa dijo o hizo, o en qué forma lo hizo o lo dijo, que es vivido en una relación directa con el surgir de ese sentimiento particular.

Las principales dudas diagnósticas suelen presentarse en relación con los siguientes síntomas:

A. Agitación psicomotora

A diferencia de la hipercinesia y verborrea, más propias de la agitación psicomotora, en la excitación maníaca predominan una hiperactividad y locuacidad que toman más en cuenta las exigencias del medio, dándose mejores posibilidades de contacto afectivo.

Agitación psicomotora, con trastorno de conciencia, se ve en algunas psicosis orgánicas agudas, en la epilepsia (como un estado crepuscular centrado en el sentimiento de furor) y en personas primitivas, inmaduras, ante situaciones estresantes.

B. Hipocinesia y acinesia

Pueden aparecer en cualquier cuadro psiquiátrico tratado con neurolépticos; en este caso se agregarán algunos signos extrapiramidales: actitud general de flexión, facies inexpresiva, escaso parpadeo, boca semiabierta, salivación, voz monótona sin inflexiones, escaso braceo en la marcha, rigidez en rueda dentada, temblor de reposo y postural, etc. (la rigidez y el temblor iatrogénico es bilateral y simétrico, a diferencia de la enfermedad de Parkinson que suele ser de comienzo unilateral).

Un cuadro parecido presentan los pacientes con lesiones de los ganglios basales (síndrome estriado): enfermedad de Parkinson, secuela de encefalitis, otras patologías. La dificultad diagnóstica con la esquizofrenia se da en los casos incipientes en que predomina la hipocinesia con escaso desarrollo de los otros signos extrapiramidales. Como criterio diferencial, Jaspers ha señalado que en estos pacientes, lo que no puede hacerse espontáneamente, por debilitamiento de los impulsos involuntarios, puede hacerse intencionalmente, apelando a la fuerza de voluntad o por estímulos venidos desde afuera (una orden enérgica, una situación de peligro).

En los cuadros depresivos, a la pobreza del impulso para iniciar un acto se agrega un enlentecimiento que acompaña todo el curso de la acción.

C. Estupor

El estupor depresivo nunca se presenta en el inicio del cuadro, va siempre precedido por otras manifestaciones de inhibición psicomotora (hipocinesia, escasa fluencia verbal, etc.). Por lo general no hay cambios importantes en el tono muscular ni vegetativos. La facies suele expresar una profunda tristeza. Poco receptivo a estímulos emocionales. Puede llegar al descontrol esfinteriano.

El estupor psicógeno suele aparecer bruscamente en relación con una situación de gran carga emocional. En cama, no adopta posiciones incómodas (almohada psíquica, por ejemplo); por lo general con los ojos cerrados, puede resistirse a su apertura; tendencia a la flaccidez muscular; controla esfínteres. Muy receptivo a estímulos emocionales: si se comenta delante del paciente la situación conflictiva que pareció desencadenar el estupor, se observarán claros cambios expresivos y vegetativos: rubor facial, taquicardia y taquipnea, alza presión arterial, llanto, a veces musitación ininteligible, puede salir incluso del estupor (cambios más discretos pueden observarse también en pacientes esquizofrénicos).

Estupor orgánico: la acinesia y mutismo que acompañan a una inconsciencia profunda corresponde a un estado de coma o semicoma y no debe llamarse estupor. Estupor orgánico, con claridad de conciencia, se ve en las lesiones de ganglios basales y en lesiones bilaterales del lóbulo frontal.

D. Flexibilidad anormal y obediencia automática

La flexibilidad cérea, explicada por un aumento simultáneo del tono de músculos agonistas y antagonistas, o bien por una exaltación de los reflejos

posturales, se da en las lesiones de los ganglios basales. En estos casos, no coexisten las manifestaciones de pseudoflexibilidad c6rea.

La pseudoflexibilidad c6rea puede acompa1ar a diversos cuadros psiquiátricos: esquizofrenia, trastornos afectivos, epilepsia, cuadros demenciales. Debe evaluarse el contexto cl6nico.

Los fen6menos de eco se observan, adem1s de la esquizofrenia, en retrasos mentales profundos y trastornos demenciales avanzados.

E. Negativismo

El negativismo sin motivaci6n aparente, debe diferenciarse del oposicionismo, comprensible a partir de un estado emocional. Se observa en cuadros psico-reactivos desencadenados por situaciones conflictivas. La conducta oposicionista, a veces s6lo manifestada como mutismo, suele ser selectiva (hacia algunas personas y no otras) y cambiante. El conjunto del juego expresivo delata una actitud taimada.

En cuadros depresivos con alg6n grado de inhibici6n ps6quica, ante exigencias del observador que requieren alguna respuesta verbal o no verbal, el oposicionismo se muestra m1s bien como un rehusar hacer alg6n esfuerzo; la expresividad apunta al deseo que lo dejen tranquilo.

Las respuestas aproximadas y respuestas en contrario forman parte del s6ndrome de Ganser; pueden observarse tanto en la esquizofrenia como en cuadros pseudodemenciales psic6genos.

F. Estereotipias

Las m1s elementales (monotipias) se dan en retrasos mentales profundos y cuadros demenciales avanzados. Las estereotipias complejas pueden confundirse con los movimientos coreicos: en ambos casos los movimientos pueden terminar con una acci6n que parece finalista. La brusquedad en el inicio y la persistencia id6ntica a lo largo del d6a apuntan a un movimiento coreico; la mayor variabilidad y un "plus" de amaneramiento, hablan m1s de estereotipia esquizofr6nica. Los antecedentes, examen neurol6gico, la coexistencia o no de otros s6ntomas psic6ticos, deciden el diagn6stico diferencial.

G. Extravagancias

Poses, ademanes, arreglo personal, modo de hablar, etc. ligeramente afectados y poco naturales se observan con cierta frecuencia en algunas personalidades anormales (inseguras de s6 mismas y especialmente histri6nicas).

Amaneramientos más llamativos se ven en cuadros maníacos y esquizofrénicos. Conductas francamente bizarras son propias de la esquizofrenia.

H. Interceptaciones

Además de la esquizofrenia se observan en sujetos deprimidos con inhibición psíquica importante y en cuadros demenciales. Con oscuridad de conciencia se puede dar en psicosis epilépticas y algunas psicosis orgánicas agudas que evolucionan con síndrome amencial.

COMENTARIO

La literatura psiquiátrica contemporánea coincide en la apreciación que la esquizofrenia catatónica –tal como fue descrita por la psiquiatría clásica– ahora es de rara presentación. Mahendra (citado por Sims) cree que los casos de catatonía tan abundantes en la primera mitad del siglo XX eran, en realidad, cuadros postencefalíticos que siguieron a la pandemia de gripe de los años 20; su asociación con la esquizofrenia habría sido un producto del azar.

En un libro reciente, Fink y Taylor critican el enfoque tradicional que hace ver a la catatonía exclusivamente como un subtipo de la esquizofrenia. Para ellos la catatonía es un síndrome que obedece a muchas patogenias, la esquizofrenia daría cuenta tan sólo de un 10% del total de casos. Patogenias más frecuentes tienen que ver con trastornos del ánimo, enfermedades médicas (infecciosas, tóxicas, metabólicas), uso de psicofármacos, histeria y cuadros neurológicos.

Responde a la realidad clínica ver la catatonía como un síndrome, como también ver que en las distintas patogenias la sintomatología, siendo semejante, no es idéntica. En este sentido puede ser conveniente distinguir síntomas catatónicos primarios (como se ve en la esquizofrenia) y síntomas catatoniformes (asociados a trastornos del ánimo, estresores psicosociales, trastornos de conciencia, daño orgánico cerebral, uso de neurolépticos). En la sección anterior se señalaron algunos criterios clínicos que apuntan a tal o cual diagnóstico diferencial.

Parte de la discusión tiene que ver con la forma como se entiende la catatonía. La mayoría de los autores clásicos la definieron como un trastorno de la psicomotilidad, diferente de aquellos síntomas puramente motores (tics, temblor, acatisia, corea, atetosis, convulsiones, etc.). El componente “psíquico”, en el que participa la voluntad, se veía como un conflicto entre representación y contrarepresentación del acto (Kraepelin), o entre una tendencia y

contratendencia a la acción (Bleuler). En los dos síntomas más conspicuos del síndrome catatónico (negativismo y obediencia automática), se podría especular con la idea de una hipertrofia excesiva de dos actitudes básicas de la existencia humana: la autoafirmación del yo, aquí elevada a un nivel absoluto que lleva a desentenderse de cualquier influencia externa que pusiera en riesgo su autonomía y, por otra parte, la necesidad de pertenencia, ahora exagerada hasta la sumisión a cualquier demanda de terceros, buscando su aprobación incondicional. Así visto, lo propiamente esquizofrénico sería la ambitendencia, la capacidad de responder simultáneamente con dos actitudes antagónicas.

Por otra parte, los avances de las neurociencias han hecho más borrosos los límites que separan la psicomotilidad de la motilidad, los actos voluntarios de los no voluntarios. En cualquier acto de cierta complejidad se integran acciones reflejas, acciones automatizadas y otras intencionales. El acto final es el resultado de la coordinación de diferentes sistemas neuronales, algunos relacionados con la intención de actuar, otros con la representación del acto y otros con su ejecución (J. I. Quezada).

Desde esa perspectiva Fink y Taylor definen la catatonía como un síndrome de desregulación motora que se traduce, en lo principal, como una inercia para iniciar o finalizar un acto, y una dificultad para dirigirlo hacia un objetivo y mantenerlo mientras tanto no se alcance ese objetivo. Parece clara la participación de las llamadas funciones ejecutivas, en este caso imaginar un acto, planificarlo, monitorear su progreso, corregirlo si la retroalimentación sensitiva informa de alguna desviación, terminarlo en el momento adecuado. Que el síndrome catatónico sea reversible, espontáneamente o con tratamiento, habla a favor de una desregulación funcional y no de lesiones permanentes.

Como hipótesis explicativa puede servir para entender cualquier síntoma catatónico, sea esquizofrénico o no. Quedaría pendiente la explicación del “sello” esquizofrénico: ¿qué lo hace tan excéntrico, bizarro, caprichoso, paradójico, etc., de alguna manera cualitativamente diferente del síntoma catatoniforme?

LECTURAS RECOMENDADAS

1. BARUK H. *Precis de Psychiatrie*. Mason Ed., Paris, 1950. Cap. 6 (Catatonía experimental).
2. BLEULER E. *Demencia precoz*. Ed. Lumen, Bs. As., 2ª edición, 1993. Cap. II (Síntomas catatónicos).
3. FINK M. TAYLOR MA. *Catatonía*. Cambridge Univ. Press, UK, 2003.
4. JASPERS K. *Psicopatología general*. Fondo de Cultura Económica. 2ª edición (español), 1996. Pág. 206-212, 542-544, 668-671.
5. QUEZADA J.I. En: *Psicopatología descriptiva, nuevas tendencias* (R. Luque y J.M. Villagrán, editores). Ed. Trota, Madrid, 2000. Cap. 13.

Capítulo 6

SÍNDROME DELIRANTE

I. DESCRIPCIÓN

En el discurso del paciente destacan algunas afirmaciones, en principio poco creíbles para el entrevistador, sostenidas con un grado variable de certidumbre interior. Lo más llamativo es la incoregibilidad de esas afirmaciones que se mantiene contra todas las pruebas que podrían refutarlas, sea por las contradicciones en que entra la idea delirante con la práctica (los hechos no logran verificar lo que el delirante da por cierto), sea por la desaprobación que encuentra en los otros (importante: incluso los de su mismo grupo cultural). La incorregibilidad de la idea delirante la distingue del simple error, también una afirmación falsa pero fácilmente corregible si se proporciona la información adecuada.

Incoregible no significa incurable. Un alto porcentaje de las ideas delirantes remiten, sea espontáneamente después de un tiempo variable, o siguiendo un tratamiento apropiado. La incorregibilidad es algo inherente al fenómeno delirante, se la puede entender como una incapacidad radical del delirante para cambiar su punto de vista, de mirar las cosas desde otro ángulo tomando en cuenta, especialmente, las opiniones de los otros. Conrad lo denomina incapacidad de “trascender”, salir de uno mismo, algo equivalente al concepto piagetiano de “descentramiento”.

Es poco más lo que puede agregarse a la descripción del síndrome delirante en general, una descripción que sea lo suficientemente amplia para que convenga a todos los pacientes en que se da el hecho delirante.

Más marcado que en cualquier otra manifestación psicopatológica, el trastorno delirante aparece acotado y matizado por una serie de parámetros (variables empíricas de naturaleza psicológica, psicopatológica, fisiopatológica, sociocultural, etc.), los que al combinarse en distintas formas dan lugar a los diferentes contextos clínicos en que se presenta el delirio. Entre las principales variables:

- ideas primarias – secundarias
- comprensibles – incomprensibles
- empatizables – no empatizables
- naturaleza vivencial – inferencial
- monotemática – politemática
- sistematizadas o no
- otras manifestaciones psicopatológicas concomitantes
- claridad – oscuridad de conciencia
- contenido posible – absurdo
- contenido temático
- afectividad congruente – no congruente
- conducta congruente – no congruente
- personalidad premórbida
- grado de certidumbre interior
- comunicación abierta – reticente – evasiva
- contacto afectivo: cercano – lejano
- curso: episódico – fásico – procesal – desarrollo
- edad de comienzo

Algunas precisiones:

Primario significa no derivado de otra anomalía. La comprensibilidad habla de hechos psíquicos que surgen de otros hechos psíquicos. En psicopatología interesan especialmente dos formas de comprender: comprensión directa, inmediata –no mediatizada por algún conocimiento previo o teoría, también llamada comprensión empática– y la comprensión indirecta, mediatizada. En el delirio el error puede estar en las inferencias con que se trata de interpretar alguna experiencia, o en la experiencia misma que aparece con un significado insólito. (Con un interés didáctico, puede resultar instructivo analizar sistemáticamente frente a diversos cuadros que contengan fenómenos delirantes, cómo se comportan los parámetros señalados).

II. DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO

A. Esquizofrenias

1. Esquizofrenia paranoide. Lo más propio en esta subforma de esquizofrenia son las vivencias delirantes primarias. Con esto se define su naturaleza vivencial (no inferencial) y primaria (no secundaria a otra psicopatología: estado

de ánimo anormal, pseudopercepciones, trastorno de conciencia. etc.). Entre estas vivencias primarias:

Percepción delirante

Kurt Schneider la define como una percepción real (algún “objeto” bien percibido) a la que se le asigna sin motivo comprensible racional o afectivo, una significación anormal, que tiende por lo general a tener una relación con el yo (egocéntrico). El objeto puede ser una cosa, palabras leídas o escuchadas, gestos o conductas de terceros, y más allá de objetos singulares, el conjunto de la situación concreta que está viviendo el paciente. El significado anormal se capta directamente en lo percibido, no es mediatizado por alguna forma de reflexión deductiva o un supuesto psicodinámico. El significado, casi siempre autorreferente, no es trivial, siempre apunta a algo de suma importancia para el paciente (amenaza, burla, anuncio de algo inminente que va a ocurrir en su vida). La esfera sensorial comprometida puede ser cualquiera, más frecuente la vista y el oído.

Conrad agrega que el objeto percibido (visto, escuchado, etc.) no es neutro, siempre es algo que destaca, que llama la atención, no tanto por sus propiedades sensoriales sino por sus propiedades expresivas, fisiognómicas. Una higuera en invierno, por ejemplo, puede ser percibida nada más que en sus cualidades sensoriales de forma, tamaño, color, etc., o bien por lo que “dice”: sugiere la idea de desamparo, desnudez, de algo triste o tétrico, etc. Para el paciente esquizofrénico, esas cualidades expresivas son las que están en primer plano, con la peculiaridad que no sólo dicen algo sino que lo aluden a él personalmente (lo amenazan con ahorcarlo, por ejemplo) y, más importante aún, todo aparece como no casual, sino puesto o preparado a propósito.

[Una paciente esquizofrénica, cuando veía neumáticos botados en la calle –podían ser otras cosas redondas– “sabía” que los habían colocado allí con la intención de burlarse de ella porque era muy gorda]. Otro ejemplo relativamente frecuente: algunos enfermos esquizofrénicos se sienten aludidos en la TV; los actores, de una manera indirecta, se están refiriendo a cosas de su vida pasada para desprestigiarlo. La significación anormal puede recaer directamente en una palabra aislada. [Cuando a una paciente esquizofrénica se le avisó que en la noche le iban a proporcionar lorazepan, en el momento de escucharlo sonrió furtivamente. Al preguntarle qué le había hecho gracia, al principio se negó a contestar pero luego confesó que ella había entendido perfectamente lo que habíamos querido decirle. Lorazepan: viene de lora

“estás hablando mucho” y sé Pam “tienes que ser como la Pamela” al parecer una amiga que hablaba poco].

Recuerdo delirante

No se trata de recuerdos distorsionados al ser evocados (ilusión de la memoria) ni de experimentar como recuerdo algo nunca vivido (alucinación de la memoria). Como experiencia delirante primaria, la alteración está en la significación nueva que se le da a un acontecimiento biográfico realmente vivido (es importante averiguar si la familia lo recuerda igual), un significado nunca trivial sino de vital importancia para el paciente.

[Un paciente esquizofrénico recuerda el momento en que un profesor del liceo lo felicitó delante de sus padres y lo estimuló a estudiar química; “ahora” sabe que lo hizo para involucrarlo en una red de narcotraficantes que lo anda persiguiendo].

Ocurrencia delirante

El paciente se da cuenta súbitamente por qué están ocurriendo ciertas cosas, una convicción que se le impone no apoyada en percepciones o recuerdos, ni como resultado de un razonamiento deductivo. [Un día, una paciente tuvo la corazonada que la persecución política a la izquierda chilena durante la dictadura militar –y que luego irradió a cualquier acontecimiento mundial– se debió a que ella había “roto la cadena” al no seguir la militancia política de su padre, un dirigente detenido desaparecido].

Como una variante, Jaspers llama cogniciones delirantes el saber de acontecimientos tremendos que están ocurriendo en otras partes sin relación autorreferente (guerras, catástrofes naturales), no el por qué de éstos sino solamente un conocimiento “inspirado” sin mayor información concreta que le sirva de base.

Con mucha frecuencia, el cuadro se acompaña de alucinaciones auditivas, provenientes tanto del campo externo como interno; con menor frecuencia, alucinaciones visuales y cenestésicas. (Bleuler describió una variante de la esquizofrenia paranoidea sin ideas delirantes pero con abundantes alucinaciones, especialmente auditivas, conservando el resto de la sintomatología esquizofrénica).

El grado de convicción con que el paciente con esquizofrenia paranoide vive el hecho delirante, es variable: desde la convicción absoluta que se expresa en juicios apodícticos hasta la duda interior (duda que en todo caso

no permite corregir el delirio). Bleuler ha destacado como lo más importante las oscilaciones y ambivalencia, la forma contradictoria y titubeante con que el propio paciente parece enjuiciar sus ideas delirantes y que para este autor sería una prueba más de la existencia de una perturbación fisiopatológica en la base, y no de algo psicoreactivo. En el mismo sentido, Roa ha destacado la relativización transitoria del fenómeno delirante en la esquizofrenia.

Emparentado con esto, la comunicación del delirio es también muy variable: abierta, buscando convencer (rara vez), reticente por desconfianza (más frecuente) y evasiva, desganaada, como sin interés porque lo entiendan (la más propia de la esquizofrenia).

El delirio suele ser politemático y predominan las ideas de autoreferencia, persecución, perjuicio, influencia exterior, a veces místico-religiosas. Las ideas tienden a ordenarse en un tema central, aunque sin la coherencia de otros cuadros.

El contacto afectivo con el paciente no es del todo bueno; por lo general se lo percibe distante, como alguien “no común ni corriente”, no necesariamente frío ni embotado afectivamente.

Tomado en conjunto el delirio en la esquizofrenia paranoide tiene, por lo general, algo de inabarcable, difícil de redondear; el observador se queda con la impresión que hay “algo más” que el paciente es incapaz de expresar.

2. Hebefrenia. En un contexto de pensamiento desorganizado, afectividad inapropiada (a veces con predominio depresivo o eufórico), conductas pueriles e imprevisibles, expresividad discordante con tendencia a la hilaridad, suelen darse ideas delirantes, por lo general acompañadas de alucinaciones auditivas. Predominan las ocurrencias delirantes politemáticas, con escasa tendencia a la sistematización. Lo más frecuente en estos casos lo da el hecho que las ocurrencias no tengan ese carácter de “corazonada” súbita que se refiere a cosas de vital importancia, sino más bien se dan como un juego de ocurrencias triviales y cambiantes, afectivamente neutras, dando lugar a un síntoma muy propio de la hebefrenia: el pensamiento ocurrencial.

La edad de comienzo, casi siempre antes de los 20 años, apoya el diagnóstico de hebefrenia.

3. Esquizofrenia crónica. Las ideas delirantes pueden aparecer como islotes en un pensar muy desorganizado, o bien más coherentes alrededor de un

tema central pero sin alcanzar la consistencia interior de un verdadero sistema delirante.

El tema predominante, por lo general, es de tipo persecutorio, que suele apoyarse en alucinaciones auditivas. Lo más característico en este caso –señalado por Logre– es la aceptación acrítica de una persecución que dura años; no se cuestiona el por qué de la tenacidad del o de los perseguidores, que todos los días, a toda hora, lo amenazan o lo insultan, enemigos que pasan a ser como una segunda sombra con quienes está obligado a convivir.

A diferencia de la esquizofrenia paranoide aguda hay una menor resonancia afectiva y una mayor incongruencia entre las ideas delirantes y la conducta. En la mayoría de estos casos, los signos negativos esquizofrénicos están en primer plano.

4. **Parafrenia.** Se discute si debe o no incluirse dentro de la “familia de las esquizofrenias”. Se han descrito cuatro subformas: sistemática, expansiva, confabulatoria, fantástica, las tres últimas de muy rara presentación actualmente. La parafrenia sistemática tiene varios puntos de contacto con la esquizofrenia paranoide crónica, pero también varias diferencias: ideas delirantes de persecución y, a veces, también de grandeza, acompañadas de abundantes alucinaciones (auditivas y cenestésicas), de curso progresivo, el todo ordenado en un sistema bastante coherente, con mejor conservación de la personalidad premórbida, buen contacto afectivo, sin disgregación del pensar (frecuentes neologismos y metonimias); el delirio suele encapsularse dando lugar a la “doble orientación”, una conducta distinta según se trate de la realidad cotidiana o de aquella parte de la realidad contaminada por el deliro.

La edad de comienzo, por lo general después de los treinta y cinco años, apunta al diagnóstico de parafrenia.

B. Psicosis reactiva breve

Corresponde a una de las formas de “reacción anormal a vivencias” descrita por K. Schneider: ideas delirantes claramente desencadenadas por situaciones de gran carga emocional y que habrían sido igualmente estresantes para el común de la gente; delirio vivencial, monotemático, comprensible a partir del significado de la situación desencadenante, puede acompañarse o no de alucinaciones. Buen contacto afectivo, comunicación abierta, busca que se le entienda lo que dice. No requiere personalidad anormal previa. De corta duración (menos de un mes), recuperación completa.

En los casos que la situación desencadenante no fue de una magnitud importante, y especialmente si el contenido delirante se aleja de la experiencia traumática –aunque dure menos de un mes con restitución ad integrum y buen enjuiciamiento del pasado psicótico– debe hacerse el diagnóstico de psicosis reactiva breve con muchas reservas: puede tratarse de un primer brote, fugaz, de esquizofrenia, diagnóstico que debe prevalecer si los antecedentes familiares apuntan en ese sentido.

C. Trastorno delirante

Las ideas delirantes son comprensibles a partir de una personalidad anormal y, con mucha frecuencia, de una experiencia traumática que incide en el punto de mayor vulnerabilidad de esa personalidad. (En el ejemplo más claro: una experiencia humillante en una personalidad sensitiva actúa como llave que pone en marcha al delirio sensitivo de autoreferencia descrito por Kretschmer).

El delirio es monotemático, no absurdo (de contenido posible), comunicado abiertamente con intención de convencer al interlocutor (salvo que juegue la reticencia por desconfianza). No se acompaña de pseudopercepciones (a lo más unas pocas alucinaciones auditivas catatímicas); el pensamiento es claro, coherente, fácil de seguir; la repercusión afectiva es coherente con el contenido del delirio. La duración puede ser breve (no menos de 1 mes) o hacerse crónica; mientras dure el delirio toda la vida del sujeto va a estar absorbida por éste, no hay encapsulamiento ni doble orientación.

El contenido temático va a depender del tipo de personalidad comprometida y guarda una clara relación de sentido con éstas. Entre otros:

1. Delirio de persecución en personalidad paranoide (la antigua “paranoia vera”). El delirio en estos casos es de naturaleza claramente inferencial, se construye a partir de inferencias antojadizas deducidas de hechos reales; los juicios no van contra la lógica, más bien la lógica alimenta el delirio: “locura razonante”.

El delirio sigue un curso progresivo, extendiéndose a otras áreas de la vida del sujeto; nada es casual (sabe leer “entre líneas”), todo parece confirmar sus ideas, las que se van organizando en un sistema con un grado de coherencia interna mayor que en cualquier otro cuadro. La certidumbre es absoluta, la que se expresa en juicios apodícticos (en caso de reticencia por desconfianza, el delirio puede quedar disimulado, algo distinto que encapsulado). Con

el tiempo pueden agregarse ideas megalomaniacas: ha sido elegido por Dios para una misión redentora, lo persiguen por su origen aristocrático, etc.

El curso más frecuente tiende a la cronicidad, por lo general con períodos alternados de exacerbación y atenuación del delirio. No hay deterioro de la personalidad. La psiquiatría clásica lo define como desarrollo de la personalidad: hipertrofia desusada de los rasgos de carácter previos, sin vuelta atrás (no es una oscilación de las disposiciones permanentes).

Un ejemplo de delirio paranoide en su inicio sería el siguiente caso:

[Paciente de 55 años -1992-, exonerado del Servicio de Correos por razones políticas en 1978. No tiene antecedentes psiquiátricos previos, buen funcionamiento cognitivo. Desde hace un tiempo nota cambios en el voltaje de las luces, la TV pierde la imagen con frecuencia. Está convencido que le han puesto micrófonos y cámaras fotográficas ocultas en su casa. Sospecha de su vecino que es técnico electricista; con él se llevaba bien pero hace tres meses tiene como alojado a un hermano de quien, por la manera de hablar y el corte de pelo, supone que es militar retirado. Lleva un registro por escrito de las horas en que se “nubla” la TV; cuando tenga más pruebas piensa recurrir a tribunales. La familia describe al paciente como desconfiado, quisquilloso, dominante, muy “apasionado” en sus convicciones políticas.

Visto 10 años más tarde, el delirio se mantiene y se ha extendido a otros presuntos perseguidores. En la casa detrás de la suya, de noche se guarda un vehículo de la locomoción colectiva, tiene anotado las horas en que llega y en que sale, le llama la atención lo irregular de los horarios. Se topa con frecuencia en la calle con militares vestidos de civil, a veces están parados en las esquinas sin hacer nada. Un furgón de Carabineros pasa a menudo frente a su casa, no se justifica porque se trata de una calle tranquila.

Está seguro que lo vigilan. Confiesa que durante la dictadura militar tuvo escondido en su casa a un dirigente político clandestino y que participó activamente en las jornadas de protesta.

La hija dice que “la locura” ha ido en aumento; no habla de otra cosa. Con frecuencia recorre la casa con una lámpara encendida para detectar posibles interferencias eléctricas.

No ha escuchado voces. El curso del pensar es fluido, fácil de seguir. Cuando se le dice que su hija no cree que haya una persecución, responde: “la tienen amedrentada”. Por presión de la familia ha iniciado varios tratamientos con neurolépticos, los abandona rápidamente].

2. Delirio pleitista en personalidad querulante. Frecuentemente desencadenado a partir de un fallo adverso en un juicio legal. Predominantemente inferencial.

3. Delirio sensitivo de autoreferencia. Diagnóstico siempre reservado: cualquier nota que salga de lo claramente comprensible obliga a descartar un proceso esquizofrénico.

4. Delirio hipocondríaco. En sujetos hipocondríacos (personalidades asténicas en su variante somatopática según la nomenclatura de K. Schneider) las preocupaciones por el funcionamiento corporal pueden alcanzar el nivel de un trastorno delirante: afirma la idea de padecer una enfermedad grave y de mal pronóstico (Ca., Sida, etc.), afirmación sostenida con plena convicción interior, incorregible ante las pruebas clínicas que podrían refutarla; repercusión afectiva congruente; monotemática; no se acompaña de otra sintomatología psicótica. Como una variante: idea delirante que se apoya en una supuesta, o mínima, anomalía en la apariencia corporal; el paciente está convencido que la gente advierte algo desagradable en su cuerpo (despide un mal olor, hay una parte de su físico que lo afea, etc.), motivo por el cual lo rehuyen o “lo miran en menos”. [Estudiante universitario, portador de un exoftalmo muy discreto; está convencido que su mirada “ofende” a los otros, les inspira miedo, evitan mirarlo; el problema lo absorbe la mayor parte del día, ha disminuido drásticamente su vida social; usa en forma permanente anteojos ahumados, incluso en espacios cerrados]. En estos casos, centrados en la desvaloración del cuerpo por su aspecto estético o en la reprobación social que provoca, es dable esperar (aunque no confirmada) una mayor prevalencia de personalidades histriónicas y narcisistas.

Los delirios hipocondríacos asociados a personalidad anormal son clínicamente distintos de los que se ven en otros cuadros clínicos:

- a) Esquizofrenia: más bizarros, originados a veces en sensaciones corporales anormales (el cuerpo es de vidrio o de corcho, en el cerebro siente gotear una vela de cera), o de influencias extrañas (con electricidad le controlan el funcionamiento intestinal o vesical), o a partir de alucinaciones de la memoria (cuando joven lo narcotizaron y le cambiaron su cuerpo por el de otro –en un paciente que lucía un marcado rinofima–). Se acompaña de otros síntomas propios de la esquizofrenia.

- b) Cuadros depresivos (de cualquier origen): el trastorno más característico es el delirio de negación del funcionamiento o de la existencia de ciertos órganos (síndrome de Cotard).

En el grupo de los trastornos somatomorfos se describe el trastorno hipocondríaco no delirante: el cuadro gira alrededor de la posibilidad de tener alguna enfermedad corporal grave; no está convencido, más bien se mueve en la duda, pide nuevas opiniones médicas y exámenes de laboratorio, los resultados favorables lo alivian sólo momentáneamente (no cree que lo engañen “pero siempre cabe un error de diagnóstico”). Se acompaña de un estado de ansiedad permanente, con una acentuada actitud de autoscopía corporal. Rumiación perseverativa en torno a sus temores que lo absorbe gran parte del día (a diferencia de la rumiación obsesiva, es egosintónica, no lucha por desprenderse de ellos). Como reacción psicológica comprensible puede surgir secundariamente una sintomatología depresiva. No siempre es fácil precisar la secuencia de los síntomas (¿preocupación hipocondríaca a la que sigue un cuadro depresivo o viceversa?), lo que origina problemas de diagnóstico con implicaciones en la terapia.

5. Delirio celotípico. En sujetos celosos, claramente inferencial. El delirio de celos es, seguramente, el que mejor comunica el deseo de convencer al interlocutor sobre la verdad de lo que se está afirmando.

[Entre otras pruebas de adulterio, un paciente adujo como ejemplo el día que vio salir a su mujer con un vestido que tenía un cinturón de seda, el lazo iba bien apretado; cuando volvió el lazo se había aflojado, por lo tanto... Como la mujer se defendiera diciendo que había viajado en un metro atestado, recibiendo muchos empujones y tironeos, él llevó a la consulta un cinturón de seda, se lo puso haciendo un lazo y trató de mostrar que la seda, a diferencia de otras telas, cuanto más se la tracciona más se aprieta el lazo].

Un caso especial: delirio erotomaníaco. Se ve en personas que viven una intensa dependencia afectiva de otra con mayor status social. En los casos descritos por Clérambault, se trata de solteronas que creen que el cura se ha enamorado de ellas. (Cuando son ellas las que se han enamorado en silencio y guardan el secreto de por vida, corresponde a otra patología descrita por Morrison). En el delirio erotomaníaco, las ideas son en parte vivenciales (los actos rituales de la misa son captados directamente como mensajes en clave)

y en parte inferenciales (la renuencia del cura a declararse abiertamente, es porque sus hermanas lo desaprobaban, por ejemplo).

D. Enfermedad bipolar

Ideas deliroides comprensibles y congruentes con el estado de ánimo anormal.

E. Trastornos orgánicos

1. Crónicos. Muchas demencias se acompañan de ideas paranoideas –en primer o segundo plano– en cuya patogenia parecen concurrir la personalidad previa, fallas mnésicas (lo que pierde lo atribuye a hurtos) y una eventual hipoacusia. Las ideas suelen ser cambiantes, no sistematizadas. El examen de las funciones cognitivas confirma el cuadro demencial.

En lesiones focales del SNC las ideas delirantes pueden variar según la localización.

- a) Lóbulo frontal, cara orbitaria: predominan ideas megalomaníacas muy absurdas, imposibles en su contenido; se acompaña de un estado afectivo maniaco, no contagioso, con tendencia al puerilismo y al chiste fácil (“moria”).
- b) Lóbulo parietal, hemisferio derecho con una eventual hemisomatagnosia del lado contrario. La mitad izquierda del cuerpo (total o parcialmente) se puede experimentar como que hubiese sido reemplazada por un animal vivo (culebra, perro, otra persona), sensación que puede ser permanente o accesional, y que el sujeto sostiene en forma delirante (síndrome de Antón-Babinski). [Tractorista de la Corfo, a los 40 años sufre TEC severo. Dos años después ingresa al Hospital Psiquiátrico, relata con mucha convicción que en la mitad izquierda de su cuerpo se le ha puesto un perro, lo siente moverse, la sensación es permanente pero se exagera a ratos, cree que todos se dan cuenta de lo que le pasa y se burlan de él, ha agredido a terceros por esta razón. El examen neurológico confirma daño del lóbulo parietal derecho: sensibilidad térmica, dolorosa y táctil superficial indemnes; sensibilidad táctil discriminativa y propioceptiva, muy perturbadas en hemicuerpo izquierdo].
- c) Lóbulo temporal, especialmente izquierdo (psicosis epiléptica). Se describen ideas paranoideas y alucinaciones auditivas, sobre un fondo de claridad de conciencia (“psicosis esquizofreniforme secundaria”). La forma más frecuente de delirio epiléptico tiene un contenido

místico religioso. A diferencia del mismo delirio cuando se da en una esquizofrenia, con el paciente epiléptico hay buen contacto afectivo, se le siente cercano, describe sus ideas con calor, si se apoya en lecturas de la Biblia lo hace con citas apropiadas, le interesa saber lo que piensa el entrevistador. Puede acompañarse de trastornos formales del pensar (neologismos, metonimias, disgregación por lo general no muy acentuada, predomina el detallismo y el discurso pedante). Suele durar semanas o meses, y repetir con iguales características, con remisiones que no exhiben los síntomas “negativos” de la esquizofrenia; más rara vez puede hacerse crónicamente irreversible. Para el diagnóstico de una psicosis epiléptica, debe exigirse el antecedente de otras manifestaciones accesorias previas (como el paciente, durante la psicosis, puede no estar en condiciones de reconocerlas, debe agotarse el estudio de antecedentes que puedan proporcionar terceras personas). El EEG puede no mostrar alteraciones en cerca de la mitad de los casos (“normalización forzada”).

2. Agudos. En el alcoholismo puede observarse una celotipia, al principio ideas pasajeras en relación con ingestas excesivas, y que luego pueden hacerse permanentes. Lo más característico es la actitud groseramente descalificatoria hacia la pareja, que puede llevar a conductas violentas de riesgo.

En la llamada alucinosis alcohólica las ideas delirantes de persecución no tienen mayor elaboración y son, más bien, una simple explicitación de las abundantes alucinaciones auditivas que están en su base. Se acompaña de intensa angustia, hiperestesia sensorial y tendencia a los sobresaltos.

En los cuadros agudos con trastornos de conciencia, las ideas son por lo general cambiantes, no sistematizadas; se acompañan de alucinaciones especialmente visuales; la conducta puede ser congruente con el contenido del delirio (“delirio ocupacional” en el delirium tremens, por ejemplo) o no congruente (síndrome amencial). Los criterios de comprensibilidad o incomprensibilidad no rigen en presencia de una conciencia vigil alterada.

COMENTARIO

Lo incomprensible en psicopatología. Una persona espera el resultado de exámenes que se hizo para descartar un cáncer y se siente angustiada. Otra persona, portadora de un bocio hipertiroideo, también siente angustia. En el primer caso la angustia aparece en relación con una situación de vida que tiene

el significado de amenaza; en el segundo, la angustia está relacionada con los cambios fisiológicos y químicos propios de la enfermedad somática.

El ejemplo muestra las dos clases de relaciones en que puede entrar un hecho psíquico (aquí, la emoción de angustia): relaciones comprensibles –lo psíquico “surge” de lo psíquico– y relaciones explicativas –lo psíquico “surge” de lo corporal–. Pero “lo psíquico que surge de lo psíquico” no se sustenta en sí mismo, y debe suponerse algún mecanismo subyacente que establezca la relación y la oriente. Jaspers los llama mecanismos extraconscientes: “subestructura de lo psíquico, sin cuyo funcionamiento intacto no pueden realizarse nunca relaciones comprensibles”, aunque no se sepa directamente nada de ellos. Los mecanismos extraconscientes, no vivenciables en sí mismos, solo se conocen a través de las manifestaciones psíquicas particulares y sus relaciones comprensibles, sean normales o anormales.

Dentro de las muchas formas de comprensión, Jaspers habla de una comprensión inmediata –no mediatizada por una teoría o algún supuesto teórico– y una comprensión mediatizada –a partir de un preconocimiento teórico–. En la primera se puede distinguir una comprensión directamente empatizable, basada en un criterio de plausibilidad: es admisible lo que experimenta un paciente porque cualquier persona “puesta en sus zapatos” sentiría lo mismo (por ej.: una reacción de duelo). De una manera más amplia, la comprensión es también empatizable cuando se presenta una clara relación de sentido entre diversos hechos psíquicos (por ejemplo: una experiencia ansiógena reciente, la personalidad previa, el inicio y el contenido de un fenómeno delirante), una conexión que se percibe directamente (con el “ojo interior” según Dilthey) como algo originario, evidente por sí mismo.

En la comprensibilidad indirecta, en cambio, la captación del sentido de alguna experiencia se hace con la mediación de alguna interpretación psicológica, cuya validez es aceptada “como si” estuviera operando el supuesto implícito en la interpretación. (Un sujeto joven que padece impotencia sexual crónica, por ejemplo, se comporta “como si” de niño hubiese experimentado inconscientemente la angustia de castración como amenaza por sus deseos edípicos).

Para Jaspers, lo incomprensible se refiere exclusivamente a la primera modalidad, la empática, de comprender. En psiquiatría clínica sigue siendo de la mayor importancia distinguir cuando un hecho psicopatológico es comprensible empáticamente o no (y en este caso, incomprensible) y cuando es comprensible a partir de una interpretación psicológica.

Un ejemplo puede ilustrar lo dicho: un paciente eufórico, pletórico de energía, locuaz y grandilocuente, comunica que está ideando un nuevo orden mundial del que será su primer director; el observador experimenta en forma directa e inmediata que las ideas megalománicas están intrínsecamente relacionadas con el ánimo del otro, puede empatizar con ellas. Otro paciente que lleva mucho tiempo en cama, vuelto a la pared y musitante, podría confesar las mismas ideas de grandeza, pero aquí el observador percibiría lo extraño y poco congruente de esas ideas. Ahora bien, lo que parecía empáticamente incomprensible podrá mostrar en la interpretación psicológica un sentido que estaba oculto: un freudiano quizás encuentre que el paciente está viviendo la omnipotencia del padre con quien se ha identificado inconscientemente; un adleriano argumentará que son formas de compensación a fuertes sentimientos de minusvalía; un lacaniano dirá otra cosa.

La interpretación psicológica –psicodinámica en este caso– válida dentro de sus propios supuestos y que tiene un gran valor heurístico para explorar las áreas más herméticas de la mente humana, puede, entonces, hacer comprensible lo que no era comprensible desde el punto de vista empático. Pero confundir y hacer equivalentes las dos modalidades de comprensión, entraña el riesgo de perder de vista el criterio de lo “incomprensible”, un criterio fundamental en el trabajo clínico como se puede ver, por ejemplo, en un caso muy decisivo de diagnóstico diferencial: distinguir un proceso esquizofrénico de psicosis reactivas que se le parecen.

Se ha objetado la supuesta incomprensibilidad de las ideas delirantes primarias en la esquizofrenia, haciendo ver que ellas van precedidas de un estado de ánimo especial, el humor delirante, que las haría directamente comprensibles. Ahora bien, el humor delirante, una mezcla de angustia, culpa, extrañeza, a veces una felicidad extática, no es comparable con otros estados de ánimo que un sujeto sano pueda compartir, el componente de extrañeza (“algo pasa, no sé qué”) lo hace difícilmente empatizable. Por otra parte, el contenido de las ideas delirantes que siguen a ese estado de ánimo no siempre guardan relación de sentido con el contenido de éste; tampoco hay siempre un humor delirante precediendo la irrupción del delirio y, casi de regla, el humor delirante desaparece aunque persistan y se sigan enriqueciendo las ideas delirantes.

Clasificación del fenómeno delirante

Con las definiciones dadas más arriba se puede proponer, como esquema, una clasificación práctica del fenómeno delirante.

1. Vivencias delirantes primarias (ej.: esquizofrenia paranoide)
2. Vivencias delirantes secundarias
 - a) Empatizables (ideas deliroides)
 - Experiencia traumática reciente (ej. Psicosis reactiva breve)
 - Estado de ánimo anormal (ej. Enfermedad bipolar)
 - Personalidad anormal (ej. Trastornos delirantes)
 - b) No empatizables
 - Trastorno de conciencia (“ideas deliriosas”)
 - Alucinaciones (ej. alucinosis alcohólica)
 - Interceptación (ej. robo de pensamiento)
 - Trastorno en la conciencia de la propia actividad del yo formal (ej: delirio de influencia)

Formas de curso. El fenómeno delirante se presenta en cuadros que tienen diferentes formas de curso. La psiquiatría alemana clásica distinguía cuatro formas. De una manera muy resumida y esquemática:

Ataque: comienzo y término bruscos, breve, con oscuridad de conciencia, tiende a repetir.

Fase: cambios de comienzo y término no tan bruscos, duración variable (semanas-meses), se deberían a la oscilación de disposiciones constitucionales permanentes, compromete especialmente la vida afectiva (estados de ánimo vitales), con claridad de conciencia, restitución ad-integrum, tiende a repetir.

Desarrollo: hipertrofia de rasgos de personalidad sin vuelta atrás; el aumento cuantitativo lleva a una cualidad nueva: fenómeno delirante.

Proceso: quiebre con la personalidad previa. El proceso puede ser psíquico, sin fundamento anátomo-patológico conocido (no se descarta su conocimiento a futuro) o bien orgánico (con fundamento anátomo-patológico conocido). En los procesos orgánicos la perturbación principal radica en las llamadas funciones “instrumentales”: conciencia vigil (alerta-atención), memoria, abstracción, que son necesarias para un buen conocimiento de la realidad exterior; en los procesos psíquicos, esas funciones están

indemnes o poco comprometidas (hoy día diríamos que sí están comprometidas pero de otra forma). En los procesos psíquicos hay momentos de agravamiento de la sintomatología (brotes), con restitución parcial.

Faltaría agregar la reacción a vivencias (ya descrita) y el curso episódico: comienzo y término no brusco, duración muy variable, restitución completa, puede repetir (corresponde a la psicosis epiléptica lúcida, que exige el antecedente de otras manifestaciones accesorias epilépticas).

Ideas delirantes e ideas sobrevaloradas

El concepto de idea sobrevalorada ha sido usado en psiquiatría clínica con distintas acepciones que parece importante clarificar.

Por una parte, como idea delirante comprensible (deliroide) a partir de un rasgo de personalidad anormal (corresponde a los trastornos delirantes ya vistos).

Por otra parte se llaman ideas sobrevaloradas algunas opiniones valorativas (que no se mueven en el eje verdadero-falso) compartidas por un amplio sector de personas sanas, las que en ciertas personalidades anormales (especialmente las fanáticas según la descripción de K. Schneider) adquieren un carácter de verdad absoluta, descalificando cualquier opinión contraria y, más importante aún, descalificando a las personas que las sustentan, las que pasan a ser sus enemigos. Como hecho psicosocial explica las fracciones fundamentalistas de partidos políticos, credos religiosos, vanguardias artísticas.

En la práctica psiquiátrica pueden verse ciertos contenidos temáticos que corresponden tanto a ideas delirantes como a ideas sobrevaloradas (en el segundo sentido señalado). El delirio pleitista, por ejemplo, que se ve en personalidades querulantes suele ser desencadenado por un fallo adverso en un trámite legal, fallo que es interpretado como una clara intención del juez de perjudicarlo personalmente; como sus reclamos no son atendidos, por una serie de "coincidencias" que él deduce que no son casuales, se empieza a dibujar una conjura en la que participan diversas autoridades, transformándose el delirio en una forma de vida que absorbe el mayor tiempo y las energías del paciente.

Como idea sobrevalorada, un sujeto con rasgos fanáticos puesto en esas mismas circunstancias, no se enfrascaría en una querrela judicial para exigir algún tipo de reparación personal; ahora el acento está puesto en "una cuestión de principios", que lo lleva a una lucha empeñada porque prevalezca la

Verdad o la Justicia en general. Bien mirado, más que un delirio pleitista aquí se trata de una conducta pleitista, igualmente absorbente para el conjunto de la vida del sujeto.

Dada la distinta significación clínica, parece aconsejable restringir el concepto de idea sobrevalorada para el segundo caso.

Ideas delirantes y creencias colectivas

Como problema clínico debe distinguirse la idea delirante –comprensible o no comprensible pero igualmente no validada por su grupo de referencia más cercano– de los “contenidos de fe de los pueblos”, creencias firmemente asentadas en determinados círculos culturales (Jaspers).

La distinción entre idea delirante (una producción personal) y creencia colectiva no siempre es fácil, especialmente cuando la primera se expresa en contenidos que apuntan a lo sobrenatural. En este punto debe enfatizarse que lo delirante no está en el contenido (que suele tener un trasfondo sociocultural) sino en el camino que llevó a esa afirmación falsa y, si no es falsa en sí misma –como se ve a veces en el delirio de celos– en los argumentos que se dan para probarla.

Sims ha señalado algunos criterios para distinguir la experiencia delirante en pacientes esquizofrénicos de la experiencia religiosa. Esta última se sostiene en la fe en una autoridad superior como fuente de su creencia, es experimentada como un impulso al crecimiento interior y a conductas que le dan un sentido a su vida; puede reconocer dudas y aceptar otras creencias en contrario y, como algo destacado, las creencias son tomadas como algo metafórico, una realidad espiritual y no física. Las experiencias delirantes que tienen algún contenido místico religioso, en cambio, no enriquecen al paciente, tienden a aislarlo, se acompaña de otras manifestaciones psicopatológicas, son defendidas como verdades absolutas y pueden tomar algunas citas de los libros religiosos al pie de la letra, confundiendo lo metafórico con la realidad concreta.

Otras veces, ideas delirantes (especialmente de perjuicio) se expresan con términos que corresponden a creencias supersticiosas (“mal de ojo”, sabe que lo están dañando porque le han tirado “tierra de cementerio” al tejado, le tienen una fotografía clavada con alfileres etc.). En estos casos, debe evaluarse cuidadosamente si la familia comparte o no esas creencias.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. CONRAD K. *La esquizofrenia incipiente*. Ed. Alambra, Madrid, 1963. I El tremor, II La fase apofánica.
2. HIRSCH, SR, WEINBERGER D. *Schizophrenia* Blackwell Science Ltd, Oxford, 1995. Cap. 5.
3. JASPERS K. *Psicopatología general*. Fondo de Cultura Económica, México, 2ª edición (español) 1993. Parte I, 1ª sección, Cap. 4.
4. SCHNEIDER K. *Psychopathologie clinique*. Ed. E. Nauwelaents. Lovaina, 1957. El delirio (pág. 111-123).
5. SIMS A. *Symptoms in the Mind*. Saunders Co, Londres. 2ª edición, 1995. Cap. 7 y Cap. 8 (Ideas delirantes y Creencias colectivas).
6. ROA A. *Formas del pensar psiquiátrico*. Ed. Universitaria, 1971 (Capítulo: Kretshmer).

Capítulo 7

SÍNDROME DE INFLUENCIA

Se le asocia con una perturbación en la vivencia del yo. En “el modo como el yo se hace consciente de sí mismo”, Jaspers distingue dos clases:

El yo formal (abstracto). Definido por las cualidades fenomenológicas, tal como son directamente experimentadas por un sujeto y que son iguales en todos los sujetos. Toda persona, alcanzada una cierta edad y con una mínima capacidad de introspección, se experimenta a sí misma como alguien que existe, autor de sus actos psíquicos, uno en cada momento, el mismo a lo largo del tiempo y que vive separado y en oposición a lo externo.

El yo personal (concreto). Cuando las características formales, abstractas, del yo, iguales para todos, se llenan de contenidos especialmente biográficos, diferentes en cada sujeto, se habla del yo personal. Ahora prevalecen las cualidades propias distintivas de cada uno (ser chileno, médico, casado, con sus preferencias y aversiones, intereses predominantes, etc.) y que tomadas en conjunto constituyen su identidad personal, única e irrepetible.

El síndrome de influencia se relaciona con una distorsión en la vivencia del yo formal, por lo que conviene revisar las distintas maneras en que puede darse esa distorsión:

1. Alteración en la conciencia de existir, se pierde el sentimiento del yo existiendo en el mundo (“no soy”, “estoy muerto”, “no existo ya”). En grados más atenuados, corresponde al fenómeno de despersonalización: los pacientes se sienten extraños a sí mismos, como “autómatas” o “máquinas” sin vida propia.

2. Alteración en la unidad del yo. En momentos de fatiga cualquier persona puede experimentar una especie de desdoblamiento: se sigue hablando automáticamente, se escucha a sí mismo desde afuera. No es desdoblamiento el verse afuera en la alucinación autoscópica ni el fenómeno de la conciencia alternante: dos personalidades que actúan en momentos separados y se ignoran mutuamente (un buen ejemplo de ficción: Dr. Jekyll y Mr. Hyde). En la

vivencia real de desdoblamiento se asiste a una verdadera escisión, como dos series de acontecimientos psíquicos que discurren paralelamente, pero percibiéndose ambos al mismo tiempo.

3. Alteración de la mismidad del yo. Algunos pacientes esquizofrénicos recuerdan su vida pasada como si hubiesen sido alguien distinto, refiriéndose a él en tercera persona [Una paciente esquizofrénica crónica, Virginia T., hablaba de “la niña Virginia que cayó en un pozo a los 15 años y no salió más”]. No corresponde a un cambio en la identidad personal sino a un hiato que se ha producido en la continuidad de su curso vital.

4. Alteración de la conciencia del yo en oposición a lo externo. En pacientes esquizofrénicos puede perderse el límite yo-no yo, algunos pueden identificarse con un objeto (o persona) percibido en ese momento, o bien experimentar que todo el mundo conoce sus propios pensamientos (difusión del pensamiento). Una fusión del sujeto con su medio externo suele experimentarse muy claramente en la intoxicación con sustancias psicodélicas.

5. Alteración en la conciencia de actividad propia del yo. En el sujeto sano, los actos psíquicos se experimentan como que son producidos a partir de un centro que es vivido como mi “yo” (yo percibo, yo recuerdo, yo pienso, yo actúo, etc.) o bien llegan a ese centro con la cualidad de ser “míos” (mi tristeza, mis impulsos, etc.). Su alteración se traduce en que el sujeto experimenta que los actos psíquicos no le pertenecen, fuerzas extrañas dominan su mente.

DESCRIPCIÓN

La perturbación en la conciencia de actividad propia del yo constituye el hecho central del síndrome de influencia, perturbación que se manifiesta en diferentes síntomas: lo hacen pensar contra su voluntad (pensamiento impuesto) o bien el pensamiento aparece ya hecho, como pensado por otra persona (inserción del pensamiento); los actos motores no son propios, se siente manejado como un títere; la misma sensación de estar dominado por un poder ajeno se experimenta con algunos sentimientos (“no son míos”), sensaciones corporales (lo excitan sexualmente, por ejemplo, hasta provocarle el orgasmo) y también con los sueños.

Lo primario, en este caso, es la experiencia de haber perdido la capacidad de ejecución de su propia actividad psíquica; secundariamente aparecen ideas

delirantes que tratan de explicar lo vivenciado: acción de terceros a través de fuerzas magnéticas, telepatía, hipnosis, radares, etc.

En el síndrome de influencia, la experiencia de ser dominado por fuerzas extrañas se acompaña de una cohorte de otros síntomas, de alguna manera relacionados con alteraciones en la vivencia del yo formal: extrañeza del propio pensar, difusión del pensamiento (la gente sabe lo que piensa sin que participen alucinaciones), pensamiento sonoro (el pensamiento se hace audible en el momento mismo de pensar), eco del pensamiento (una voz repite lo recién pensado), eco anticipado (una voz se adelanta a lo que va a pensar, lo que lleva a la idea de adivinación del pensamiento), voces que comentan en tercera persona lo que está haciendo o lo que intenta hacer, voces que repiten o comentan lo que está leyendo, y otros más.

Tomados en conjunto, parecen emparentados con la vieja idea de “automatismo mental” de Clérambault, una larga secuencia de síntomas ordenados según una cada vez mayor independencia del yo, que empezando por la extrañeza del propio pensar, sigue con distintas manifestaciones de pérdida de la conciencia de propia actividad, llegando a las alucinaciones, al principio referidas a alguna actividad mental (eco del pensamiento, por ej.) y luego totalmente ajenas al yo.

La mayoría de las manifestaciones del síndrome de influencia constituyen, para K. Schneider, “síntomas de primer rango” para el diagnóstico de esquizofrenia, propuesta que ha sido incorporada en las nomenclaturas internacionales actualmente en uso; su aplicación en el trabajo clínico peca, muchas veces, de una visión dogmática. El propio Schneider exige, para que su definición sea plenamente válida, que se cumplan ciertas condiciones: “allí donde se hallen francamente presentes” –en otro lugar agrega: “tan sólo se pueden estimar como válidos los datos absolutamente claros y unívocos” ... “y no se encuentren enfermedades somáticas básicas, hablamos clínicamente y con reservas, de esquizofrenia” (subrayado por Castilla del Pino).

Para Wyrsh la pérdida de la actividad de ejecución (de la actividad propia del yo y que este autor lo asimila al núcleo central de la persona), sería el trastorno fundamental de la esquizofrenia, del cual derivan los otros síntomas.

Diversos autores han señalado que muchos componentes del síndrome, además de algunas “enfermedades somáticas básicas”, pueden darse también en la epilepsia y enfermedad bipolar.

Un autor reciente, O’Grady, hace ver la necesidad de considerar los síntomas de primer rango en “sentido estricto” o en un “sentido amplio”. El pensamiento

impuesto (una fuerza externa lo obliga a pensar) es menos específico de esquizofrenia que el pensamiento hecho (alguien está pensando por él), y así con otros síntomas. Si se consideran solo los síntomas en sentido estricto, la correlación con la esquizofrenia es mucho mayor. En nuestra experiencia, cuando el pensamiento impuesto (o “inspirado”) es atribuido a una realidad trascendente (Dios o el Diablo según sean ideas buenas o malas), el síntoma pierde mucho peso como apoyo de una esquizofrenia.

COMENTARIO

El yo formal es una realidad fenomenológica. Todo sujeto puede experimentar directamente una serie de cualidades más o menos claramente palpables y que pueden ser descritas por el mismo sujeto con mayor o menor precisión. Ya dicho antes, esas mismas cualidades formales pueden experimentar diferentes alteraciones, las que pueden ser recogidas en el diálogo médico-paciente. Para que la descripción sea lo más fidedigna posible, el método exige que el explorador externo interrogue a partir de ningún conocimiento previo, o supuesto conocimiento, sobre los posibles factores que están condicionando la aparición y la forma de la vivencia. Una vez obtenida esa información “directa” e “inmediata” la psiquiatría clínica trabajará con hipótesis explicativas o interpretaciones psicológicas que puedan responder a esas interrogantes.

Como una excepción dentro de este libro –y a modo de ejemplo– se puede dar una mirada a lo que las neurociencias están avanzando en el estudio del tema de este capítulo. Para ello remitimos a los trabajos de Frith y Done (1998): la psicología cognitiva distingue las acciones que surgen de los propios planes y objetivos que se da un sujeto (conducta espontánea a partir de “intenciones deseadas”), de la actividad que surge como respuesta a estímulos del ambiente (conducta reactiva). Los síntomas positivos de la esquizofrenia expresarían una falla en el sistema de monitoreo interno que normalmente recibe información prospectiva (“feed forward”) sobre las intenciones deseadas y las compara con las acciones que realmente se están ejecutando (lo que permite modificar las metas de esas acciones o los planes de acción). En el paciente esquizofrénico fallaría el sistema de monitoreo de esa secuencia de acciones (o de pensamientos vistos como acciones internalizadas). Como consecuencia de ese quiebre en el monitoreo, el esquizofrénico puede experimentar que está realizando acciones sin tener conciencia de una intención para realizarlas. Para los autores la esquizofrenia –al menos en esta área– se puede ver como un trastorno de la autoconciencia (Jaspers precisaría que en la “conciencia de

la propia actividad del yo”), lo que se va a traducir en algunos síntomas positivos: ideas delirantes de ser controlado desde afuera, pensamiento impuesto (y podríamos agregar otros fenómenos del síndrome de influencia).

La corteza prefrontal es esencial en la planificación y puesta en marcha de una conducta dirigida a un objetivo; la falla en generar conducta a partir de intenciones deseadas podría representar una disfunción en alguna parte de las vías que conectan la corteza prefrontal con el striatum.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. FRITH y DONE. *British Journal of Psychiatry* 153; 437-443, 1998.
2. JASPERS K. *Psicopatología General*. Fondo de Cultura Económica, México, 2ª edición, 1993. Parte I, 1ª sección, Cap. 7.
3. O'GRADY. *British Journal of Psychiatry* 156; 496-500, 1990.
4. SCHNEIDER K. *Psychopathologie Clinique*. E. Nauwelaerts, Lovaina, 1957. Cap. VI (Les troubles de l'expérience du moi).
5. WYRSCH J. Simposio sobre la esquizofrenia. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (C.S.I.C.), Madrid, 1957. Cap. I y II.

Capítulo 8

LENGUAJE Y PSIQUIATRÍA CLÍNICA²

I. GENERALIDADES

Lo que caracteriza al ser humano, lo que lo distingue de cualquier otro ser vivo, es el lenguaje verbal, distinto del lenguaje expresivo que puede compartir con otros grupos de animales.

F. de Saussure definió el lenguaje verbal como un sistema de signos convencionales. Un sistema, un todo formado por partes (palabras) que se relacionan, se ordenan y combinan según reglas definidas. Las reglas de combinación pueden ser gramaticales (las partes variables de la oración se ajustan según el género, número, tiempo, modo, etc.) o sintácticas (orden lineal de las palabras dentro de una sentencia; orden de las sentencias dentro de una oración compleja). En este último tiempo, la investigación en el campo de la psiquiatría ha destacado la importancia de los enlaces cohesivos (pronombres, sinónimos, conjunciones), llamados a asegurar que la idea contenida en la primera sentencia continúe en la segunda. (Trabajos todavía no concluyentes muestran fallas importantes de los enlaces cohesivos en un grupo de pacientes esquizofrénicos).

El signo es la unidad de un significante con un significado. En el lenguaje verbal el significante puede ser oral (palabra dicha y escuchada) o gráfico (palabra escrita y leída). El signo es convencional, ha requerido de un consenso social para acordar lo que dicen las palabras y sus reglas de combinación.

La definición de Saussure se refiere al lenguaje verbal. En psiquiatría clínica son muy importantes algunas formas de lenguaje no verbal: el lenguaje gestual y el lenguaje expresivo.

Se puede decir “no” sin palabras de diferentes maneras, las más frecuentes son, sin duda, el movimiento horizontal de la cabeza y el movimiento, también

² La Facultad de Filosofía y el Departamento de Psiquiatría Campus Sur (Universidad de Chile) organizaron el año 2010 un Diplomado sobre Lenguaje y Psiquiatría Clínica, en el que participaron filósofos, neurofisiólogos, psico y sociolingüistas, escritores, psicólogos clínicos y psiquiatras (Coord. Prof. E. Durán). Este capítulo corresponde a las dos charlas dadas en esa ocasión

horizontal, de un dedo índice. El primero es un movimiento expresivo; el segundo, un movimiento gestual.

Darwin, en su libro “La expresión de las emociones en el hombre y los animales” entregó muchas y muy finas observaciones sobre el tema. El no “expresivo” lo encuentra en muchas clases de monos, cuando alcanzan la saciedad en el momento de lactar (con un sentido de rechazo) y se reproduce igual en los lactantes humanos. Según la ley de la antítesis formulada por Darwin, el “sí” se muestra en el movimiento opuesto de la cabeza, un movimiento en sentido vertical, ahora un movimiento gestual.

Los movimientos expresivos son naturales, vienen programados genéticamente, son universales y espontáneos (no requieren de la voluntad). Aunque son una forma de lenguaje no verbal, están presentes en éste en su componente prosódico: altura, intensidad, ritmo, timbre (la “música” de la voz). El componente prosódico se da tanto en el hablante (prosodia activa) como en el oyente (prosodia pasiva), ambos con localizaciones en el hemisferio derecho (Ejemplo de la clínica: aprosodia activa en la enfermedad de Parkinson, “canturreo” en algunos epilépticos de foco temporal).

El observador capta en forma directa, intuitiva, el significado del movimiento expresivo (La “cara de miedo”, por ejemplo, algo tan fácil de captar y tan difícil de describir los cambios corporales donde se muestra). En el trabajo clínico conviene tener presente que los movimientos expresivos, aunque espontáneos, pueden ser simulados voluntariamente.

Los movimientos gestuales (ej.: saludo militar, pedir silencio con un dedo cruzando los labios, gestos obscenos) son convencionales, se aprenden por imitación y se mantienen por la costumbre social; no son universales y exhiben muchas variantes regionales.

Una variedad de movimiento gestual –que dice algo por sí mismo– lo constituyen los ademanos que acompañan al discurso verbal, mimetizando, complementando o enfatizando lo que se quiere decir. Se dan también grandes variantes regionales. En psiquiatría es frecuente observar en los cuadros demenciales que, a medida que aumenta la amnesia nominativa, aumentan también los ademanes complementarios.

Si se toma en cuenta las tres formas de lenguaje reseñados, una definición más apropiada para el trabajo clínico sería ver el lenguaje como un conjunto de signos –convencionales y naturales– interactuantes. Al destacar la propiedad de interactuar se quiere señalar que, en el lenguaje verbal, las palabras se influyen mutuamente al entrar en una oración y, por otro lado, que las diferentes

clases de signos alcanzan su mayor poder comunicativo cuando son congruentes. La psiquiatría clínica conoce la discordancia ideo-afectiva mostrada en la incongruencia de los tres lenguajes, un síntoma muy relevante en el diagnóstico de esquizofrenia.

De todos modos, el mayor interés en el estudio del lenguaje sigue centrado en su forma verbal.

Para Chomsky (1975), el lenguaje verbal no es un fenómeno unitario, está formado básicamente por dos módulos, uno computacional (sintáctico-gramatical) que asegura que el discurso sea “competente” y otro conceptual (semántico) que permite un discurso “aceptable”. Los dos módulos se apoyarían en aparatos neuronales distintos aunque íntimamente relacionados.

Morris (1948), entre otros autores, señala un tercer componente, el aspecto pragmático, el discurso natural tal como se da en la práctica social. Para Morris, en el lenguaje verbal cada signo tiene un significado común a un cierto número de intérpretes: “el lenguaje es un sistema de familias de signos comunes”.

De una manera parecida, Schütz (1962), sociólogo, describe fenomenológicamente el discurso coloquial en el mundo de la vida cotidiana, donde prevalece la actitud del sentido común. Descansa especialmente en subentendidos, supuestos implícitos compartidos; viene a ser “lo que todos saben”, sin preguntarse cómo se llegó a ese saber ni la validez del mismo.

El aspecto pragmático destaca, como principal función del lenguaje verbal, la comunicación interpersonal: intercambio de mensajes que digan algo sobre algo. En este intercambio debe tomarse en cuenta la situación comunicativa: qué se habla, con quiénes, para qué, dónde, etc. (“Decir algo” es diferente que “decirle algo a alguien”, ha señalado Habermas). La relación interpersonal de los dialogantes es muy significativa: puede ser simétrica (entre pares) o asimétrica, y ésta, a su vez, puede ser complementaria (a partir de roles que se necesitan mutuamente) o no complementaria (a partir de un status social, económico, grado de erudición, etc., que pueden obviarse). La relación médico-paciente, por ejemplo –vale también para otros profesionales del equipo de salud– es asimétrica complementaria, cada uno espera algo del otro y sabe que el otro espera algo de uno, conductas esperables que son aceptadas y, más que eso, son exigidas por la comunidad de la que forman parte. (En el ejercicio de la psiquiatría Jaspers recomienda eliminar todos los factores de status que puedan llevar a un distanciamiento social: la relación debe ser horizontal, de

persona a persona, en un diálogo abierto, sin coerciones ni prohibiciones, que pueda llevar a un encuentro existencial).

En una situación comunicativa que busca llegar a un acuerdo (y también, a marcar los puntos de desacuerdo) Grice exige un principio de cooperación que lo expone en cuatro máximas conversacionales.

1. Cantidad (no pecar por exceso ni por escasez de palabras)
2. Calidad (decir lo que se estima verdadero, no engañar)
3. Relevancia (no incurrir en detalles innecesarios)
4. Manera (el estilo debe ser claro, no ambiguo, algo fácil de seguir)

En el modelo comunicacional hay un “emisor” y un “receptor” en una conversación de ida y vuelta; en ese aporte recíproco de signos verbales, los significados iniciales, a medida que avanza el diálogo, se van ampliando, modificando o corrigiendo (propiedades de circularidad y retroalimentación). Castilla del Pino (1978), describe tres niveles en los mensajes intercambiados: el denotativo (decir algo sobre algo, indica que algo existe y sus propiedades); el connotativo (al decir algo sobre algo, el hablante está diciendo algo sobre él mismo: sus predilecciones y aversiones, valores, opiniones, como también las intenciones –advertidas o no advertidas– que tuvo al emitir sus proposiciones); el actitudinal (la relación afectiva que guarda el emisor con su receptor). El mensaje explícito del nivel denotativo se acompaña siempre de metamensajes implícitos proporcionados por los niveles connotativo y actitudinal. Una lectura equivocada de los metamensajes está en la base de muchos fenómenos delirantes: con un matiz persecutorio y de perjuicio, en el paranoico; con matiz de burla o de reproche, en el delirio sensitivo de autoreferencia descrito por Kretschmer.

Roa (1968), destacó la importancia clínica de otro nivel de comunicación: el notificativo, no basta decirle algo a alguien, es importante asegurar que el otro entienda bien el mensaje. Se puede observar en el uso de ciertas frases: “¿está claro?”, “¿se entiende?”, “dicho con otras palabras”, etc., frases notificativas que sólo por excepción aparecen en el discurso esquizofrénico.

Wittgenstein (1930), plantea que para comprender qué es el lenguaje hay que preguntarse por los servicios (usos) que hacen las palabras. Los usos no pueden separarse de los intereses de los usuarios, corresponde a una praxis. Los usos se organizan alrededor de reglas compartidas que con el ejercicio se

hacen implícitas, conservando cierto grado de innovación (por este aspecto normado Wittgenstein los llama también “juegos”).

El juego descriptivo, decir algo sobre algo (función predicativa) y que tiene una dimensión asertiva (se mueve en el eje verdadero-falso), es solo un uso del lenguaje. Hay otros: prometer, pedir (incluye preguntar), declarar, exigir, comparar, valorar y muchos más, cada uno con sus reglas propias para que tengan validez.

El significado de una palabra no está en su referente empírico, sino en el significado de la oración de la que forma parte. (Como referente empírico “otoño” es la estación del año que sigue al verano y antecede al invierno, pero si decimos que tal persona se encuentra “en el otoño de su vida”, ese referente no nos dice nada). A su vez, el significado de la oración depende del tipo de uso que se esté empleando. (Decir en un momento: “la molécula de agua se compone de dos átomos de hidrógeno y uno de oxígeno”, y decir en otro momento: “el aparato psíquico se compone de yo-ello-súper yo”, en ambas proposiciones se repite el término “se compone”. En el primer caso tiene un uso descriptivo cuya verdad se puede confirmar en cualquier laboratorio que practique hidrólisis. En el segundo caso tiene un uso heurístico: propuesta de un concepto auxiliar (“aparato psíquico”) que sirve para pensar, desde una teoría dada, cómo funciona el psiquismo humano; no es verificable con métodos empíricos.

El estudio del lenguaje muestra toda su importancia en psiquiatría clínica en dos de sus áreas más relevantes: psicoterapia y semiología.

1. Psicoterapia. Con el lenguaje el ser humano no sólo denomina cosas y describe acontecimientos, también define la realidad tal como la puede entender en un momento dado. Según como defina la realidad (y aquí importa especialmente cómo defina el significado de la situación que está viviendo) se le van a abrir y cerrar posibilidades para su comportamiento a corto y largo plazo (propiedad generativa del lenguaje). Más importante aún, en cualquier momento el lenguaje puede volver sobre sí mismo y cambiar las definiciones que había hecho originalmente (propiedad recursiva): esta resignificación de la realidad derivará eventualmente en la apertura y cierre de otras posibilidades antes no vistas. La resignificación está en la base de muchas formas de psicoterapia.

2. Semiología. La perturbación del lenguaje da lugar a un gran número de síntomas de mucho peso en el momento de formular un diagnóstico. Es el tema de esta presentación.

II. SEMIOLOGÍA DEL LENGUAJE

Síntomas aislados de un lenguaje perturbado se dan en muchos cuadros psiquiátricos (esquizofrenia, trastorno bipolar, epilepsia, cuadros confusionales y demenciales). Cuando la perturbación invade todo el discurso es más propio de la esquizofrenia.

La revisión del tema en la literatura especializada muestra, por un lado, la extraordinaria heterogeneidad del trastorno y, por otro, la extraordinaria confusión terminológica.

Para lo primero se han propuesto diversos esquemas clasificatorios que apuntan a la subdivisión en grupos más homogéneos según donde parezca residir la falla principal: trastorno a nivel de la fonética, del léxico, de los gestos, de las reglas gramaticales y de la sintaxis, de la escritura (y dibujo), de la lectura, de la fluencia verbal, etc., o bien reagrupándolos en tres grandes categorías: trastorno del pensamiento, o del lenguaje, o de la comunicación. Este último intento, encomiable, ha dejado siempre una sensación de insatisfacción, en parte por la dificultad de ubicar un síntoma en casilleros cerrados (muchos síntomas parecieran ser ubicuos) y por la notoria dificultad que envuelve precisar las distinciones entre lenguaje, pensamiento y comunicación.

En cuanto al segundo problema, fue mérito de Nancy Andreasen (1979), desde una postura puramente descriptiva, ateórica, uniformar la terminología en uso y definir rigurosamente 18 ítems de anormalidad fácilmente reconocibles en el trabajo clínico y englobados, sin mayor distinción, como trastornos del pensamiento y/o del lenguaje y/o de la comunicación. La intención expresa de la autora fue alcanzar una mayor depuración terminológica: no un mismo término para diferentes síntomas, no diferentes términos para un mismo síntoma, proporcionando así una base más confiable para el intercambio de experiencias alrededor del tema en cuestión. En su trabajo original se acompaña de numerosos ejemplos y advertencias sobre el correcto empleo de cada término. (Ver Anexo II).

Patogenia de las perturbaciones del lenguaje

La heterogeneidad del síndrome de trastorno del lenguaje hace suponer que obedece a más de una perturbación subyacente. El enfoque puramente

descriptivo de Andreasen no pretendió teorizar sobre esas perturbaciones. Los avances en neurociencias y las investigaciones que se vienen haciendo con cada vez más elaboradas pruebas neuropsicológicas han dado lugar a distintas hipótesis explicativas.

Peter Mc Kenna (psiquiatra) y Tomasina Oh (lingüista) al cabo de una amplia revisión del tema han analizado las cuatro hipótesis que estiman que son las más plausibles:

1. Trastorno del pensamiento como disfasia. Kleist (1930) observa que los síntomas psicóticos, en general, son en esencia similares a los que se ven en lesiones focales. En el caso de la psicopatología del lenguaje presume que además de los centros de Broca (afasia de expresión) y de Wernicke (afasia de comprensión) debe haber un centro superior, a cargo del uso semántico de las palabras.
2. Trastorno en la competencia comunicativa. El lenguaje cumple su función más importante cuando se propone comunicar algo a alguien; requiere, entre otras cosas, que hablante y oyente conozcan los múltiples significados de las palabras más allá del significado puramente literal, condición previa para compartir el sentido de lo que se está diciendo. Corresponde al aspecto pragmático ya visto: el empleo del lenguaje natural tal como se usa en la práctica social.
3. Trastorno en la función ejecutiva. Según este constructo cognitivo, la falla principal residiría en el “sistema atencional superior” que controla la puesta en marcha y el desarrollo de cualquier actividad deliberativa (no rutinaria ni automatizada) que requiera de alguna forma de planificación consciente. Fallas en los distintos momentos de ese proceso se traducirían en una incapacidad para fijar un tópico de conversación; incapacidad para planificar una línea de asociaciones que lleve a la meta; incapacidad para filtrar pensamientos intrusos; incapacidad para monitorear errores (desviaciones de la meta o percibir la dificultad en el oyente para seguir el discurso); incapacidad para cambiar la dirección del discurso cuando ésta se hace necesario; incapacidad para poner término al discurso cuando se ha alcanzado la meta. La dificultad para captar lo que le pasa al oyente se ha querido explicar recurriendo a la teoría de la mente, un constructo ideado por la psiquiatría infantil para entender la falta de empatía en el espectro autista.

4. Trastorno en la memoria semántica. La memoria biográfica almacena “recuerdos” (experiencias vividas); la memoria semántica almacena “conocimientos” (no adquiridos en un episodio biográfico). Los conocimientos se conservan en un “stock” (caudal de conocimientos generales); entre ellos, las palabras y sus significaciones. Cuando se quiere expresar una palabra se activan subliminalmente otras palabras, especialmente las más cercanas semánticamente, y esto por unos pocos milisegundos (activación semántica o “priming”). En la esquizofrenia se daría una ampliación tanto en el número de palabras activadas (algunas ya muy distantes semánticamente) como en su duración (“hiperpriming”). La falla complicaría la decisión léxica, el momento cuando se tiene que elegir la palabra más apropiada.

De las cuatro hipótesis, los autores creen que las dos “cognitivas” (disfunción ejecutiva y disfunción semántica) son las que mejor dan cuenta de lo que ocurre en la esquizofrenia (que es donde la perturbación del lenguaje alcanza su máxima relevancia), precisando que no serían fallas que actúan por separado (una explicando algunas perturbaciones y otra para las restantes), sino ambas en una muy estrecha interacción: las fallas en la memoria léxico-semántica no podrán ser corregidas por las fallas en la función ejecutiva.

Los autores creen que las fallas en la competencia comunicativa es una explicación muy atractiva para entender esa cualidad de “difícil de seguir” del pensamiento esquizofrénico, pero hacen ver que en el aspecto pragmático están presentes aristas psico y sociolingüísticas, inviábiles a la investigación con pruebas neuropsicológicas. (En relación con este punto, Berrios, con justa razón, ha criticado la tendencia de la investigación norteamericana en psicopatología, muy centrada en el estudio de aspectos cuantitativos medibles con pruebas neuropsicológicas, dejando de lado, entre otros, los aspectos socioculturales participantes. Por nuestra parte pensamos que el enfoque pragmático del lenguaje podría ayudar a entender algunos aspectos poco estudiados en la esquizofrenia: el paciente no como hablante sino como oyente. En el lenguaje coloquial son frecuentes algunos usos que entran en oposición: “hablar en serio” versus “hablar en broma”, “lenguaje en sentido literal” –al pie de la letra– versus “en sentido figurado”. El paso de un juego a su opuesto, por lo general, no se señala con algún marcador explícito, y es el oyente el que tiene que saber interpretar sutiles mensajes implícitos en el contexto de la situación. Se puede observar en pacientes esquizofrénicos de buen nivel intelectual, en la fase de

estabilización sin síntomas psicóticos, la dificultad que tienen para “seguir el juego” y que puede limitarlos grandemente en su reinserción social y laboral).

III. UN CASO CLÍNICO³

J.B., 38 años, separado hace 1 año, una hija (7 años), 4° básico. Pensión asistencial. Vive con la madre. Ingresó a la Unidad Corta Estadía del Hospital Barros Luco-Trudeau en junio 2004. (Se transcriben fragmentos de entrevistas; citas textuales, la mayoría grabadas).

En la primera entrevista, al preguntarle por el motivo de ingreso responde:

- 1 “Por el estragio, ultrajio que tuvo ella en la cama, como nos ultrajamos
- 2 los dos, ella tenía mucha fiebre, ella es dueña y señora y esclava de mí
- 3 mismo; mi esclava porque yo soy su esclavo y ella es mi
- 4 esclava”.

[Estragio y ultrajio –asociación tipo “clang”– parecen ser deformaciones de palabras existentes (estrago, ultraje) por amaneramiento. En la línea 2 hay una falla sintáctica por mal uso del enlace cohesivo: en vez de la conjunción “y” encajaría mejor “aunque”].

(¡Qué es ultrajio?).

- 5 “El ultrajio, la fiebre. Yo me la inefable en mi interior, nos juntamos, nos
- 6 relacionamos, hicimos el amor, y ella descendió un poco. A mí me pasó
- 7 que me pilló la radioactividad del ser de los soles. En ese momento no
- 8 persistía. Lo inafabló, me dio un buen unguento. La radioactividad me
- 9 subía y me bajaba la savia. Es por turno, la savia sube y baja, yo la bajo
- 10 mientras conferia está arriba, vuelve a subir. Entonces la genealogía de
- 11 la savia la tengo que proclamar diariamente. Me preocupé en la casa de
- 12 estar arriba de la savia”.

[Línea 5: neologismo. Línea 6-7: metonimia: dentro del contexto en que se da, lo interpretamos como referido a la “excitación sexual”. Línea 8-9: metonimia: la interpretamos como la “potencia eréctil”. Línea 10: neologismo. Línea 10-11 metonimia: el deseo sexual lo tengo que manifestar diariamente (?)].

Informe de la Asistente Social. Su ex pareja ha presentado una querrela por violación sexual. Cada vez que va a ver a la hija de ambos, la fuerza

³ En el estudio del paciente, las grabaciones, selección y edición de las entrevistas, participó muy activamente la médica becada Erika Quintanilla (2004).

a tener relaciones sexuales, incluso en presencia de la hija o cuando ella está menstruando.

- 13 “Guardé una fiesta solemne, en dedicatoria a ella, no participando, la
14 amé con amor platónico pero en segundo grado porque el primer grado
15 es el amor ágape, tercer grado filial”.

[Todo el párrafo lo interpretamos como una metonimia referida a un período en que se mantuvo con abstinencia sexual].

(¿Qué es amor platónico?)

- 16 “Es un homenaje, una ciudad, como servirse un plato con todos los ancestros que puedan servírselo”.

[Línea 16: metonimia de interpretación dudosa, seguida de un juego de palabras]

- 17 “Si me dan autorización a tomar la fisonomía de mi carnalidad según el
18 permiso de mi designio, no sólo somos abogero, salamero, cantinero”.

[Línea 17-18: metonimia de alta calidad; la interpretamos como: “Si me permiten ser como yo soy”, que se ve reforzada por la negación de otros modos de ser. Línea 18: ¿neologismos? Asociación de tipo clang].

(¿Qué es la fisonomía de J.B.?).

- 19 “La estructura, se refiere a mi cabeza y a mi ascua, la cual me llevará al
20 cuerpo que yo amo”

[Línea 19: metonimia; la interpretamos como pasión, deseo sexual. Para asegurarnos se le pregunta qué es ascua].

- 21 “Ascua puede ser una tercera dimensión, yo fui heraldo de mi mismo. Se
22 me sueltan todos los ancestros de mis amígdalas. Yo atropello la
23 enfermedad de mi mujer de volverme nuevamente a mi cabalidad. No
24 por el consistir de la edad se me refleja la criatura”

[Línea 21: se puede especular como una intuición existencialista. Línea 22: suponemos que amígdalas va por glándulas referidas a las glándulas sexuales. La línea 22-23: metonimia referida a las relaciones sexuales que tiene con su pareja durante la menstruación de ella cuando vuelve a ser él mismo. Línea 23-24: metonimia, “no por estar más viejo” seguido de una falla sintáctica].

(¿Qué es criatura?).

- 25 “Criatura es lo divino, el ser divino, ser la criatura humana”

(¿Cómo está?)

26 “Estoy bien pero aún no me han florecido mis ascuas. Se vio con actitud,
27 pero el camino no es tan ancho, tenemos que pasar pero no podemos
28 pasar con mochila”.

(Qué camino?)

29 “El camino eterno”.

[Suponemos que las líneas 27-28 se refieren a la “puerta estrecha”]

(¿Cómo se llama su hija?)

30 “Maria Lisabet tercera”.

(¿Por qué tercera?)

31 “Porque mamá, mona y los simios”

[La interpretamos como una alusión a los ancestros darwinianos]

(¿Cómo está Juan?)

32 “Estoy refurgiendo, el tema de la mujer entraña antiguo, por ejemplo
33 decían (empieza a cantar); ¡Oh, Señor! Tú me librarás, y los otros decían

34 ¡Oh, Jehová! Tú me librarás ¡Oh, Dios! Tú me librarás de qué poder

35 extraño, el aceite que destilan, esos paladares que devoran a los

36 hombres, mi voz, muchas de sus fuentes postradas han caído ante ella...

37 ¡Oh, Dios! ¡Oh, Jehová! Tú me librarás” (lo canta con cierta solemnidad)

[Línea 32: refurgiendo por resurgiendo sería una falla a nivel del fonema

(unidad mínima de sonido que distingue una palabra de otra)

Línea 32: metonimia de interpretación dudosa seguida por un himno religioso contaminado por varios descarrilamientos].

(Pero, ¿qué le pregunté yo, Juan?)

38 “Es que cambié de AM a FM”

(¿Qué le pregunté cuando empezamos?)

38 bis “No, cambio de FM a AM” (empieza a cantar de nuevo).

[Línea 38 y 38 bis: respuestas tangenciales]

39 “Yo le proferí que para hacer el amor no es necesario sacarnos la ropa;

40 sigo pensando lo mismo porque para el sexo tiene que ser una esclava,

41 tiene que calzar la cosa porque si no calza no hay un vínculo yaculado”

[Línea 39: metonimia de palabra (“proferir” es sinónimo de “decir” pero tiene una connotación de hostilidad: se profieren insultos o amenazas).

Línea 41: metonimia por eyaculación]

42 “La justicia me incitó a darle libertad a mi hogar. La libertad se la

- 43 prolonga; pienso yo la Ceci me viniera a ver ¿cuánto podría dejar para
 44 mi niña? Para despojarse quiere un estudio, un cúmulo, una ración
 [Todo el párrafo parece referido al trámite de separación legal y al acuerdo sobre la pensión alimenticia. Línea 44: falla a nivel de fonema (despojarse) aunque, en el caso de J.B. puede ser una metonimia. Línea 44: ¿metonimias?, se le pide que los aclare]
- 45 “Estudio: lo que me hace respirar después de haber sido sabio. Cúlmino:
 46 lo que deja el oxígeno al pasar, rocío. Razón: lo que se junta en mi
 47 raciocinio por no poder explayarme ante las redes que lanzan al mar”
 [metonimias de interpretación dudosa].
- 48 “Deferí la angustia”
 (¿Qué es deferí?)
- 49 “Señorita, yo creo que en otra ocasión podemos ver un diccionario,
 50 porque yo soy casado y cansado y mi tiempo se agota”
 [Línea 50: descarrilamiento seguido por asociación de tipo “clang”]
 (¿No le molesta que esté la grabadora aquí?)
- 51 “No sé si será permitido al objetivo de mi comando”
 [Lo interpretamos como “no sé si me conviene o no”]
 (¿Qué palabras se le vienen a la mente si yo le digo “calendario”?)
- 52 “Raúl... Alejandra... Acuarina”
 (¿Por qué se le vienen esas palabras?)
- 53 “Porque son onomásticos”
 [Respuesta concreta]
 (Qué es un calendario?)
- 54 “Algo que vigile una mujer para no atravesar el lindero antiguo que a
 55 veces lo tenemos que cuidar igualmente”
 [Línea 54-55: oración metonímica, parece aludir a la preocupación de una mujer si se atrasa la menstruación] Se le pregunta qué es lindero.
- 56 “Es que para cada cosa hay un lindero y su tope pero como el alma,
 57 la sangre, como el demonio, el antimonio”
 [Respuesta ininteligible. Línea 57: asociación “clang”]
 (¿Qué quiere decir eso del antimonio y el demonio?)
- 58 “Algo que se llega a fundir con tanta calor existente bajo el sol y en la
 59 tierra, sobre todo en la tierra árida... así como castigaron a los profetas y
 60 les gritan que siguieran a Abraham”
 (Todavía no me queda claro eso del antimonio).

61 “Tenían que llevar el antimonio al oro porque no ve que juntaron todo el
 62 oro para fundirlo y luego derretirlo y irritarlo más encima y se lo dieron a
 63 todos los semitas y a los judíos, al pueblo israelita, los judíos y también los
 64 semi... semiegipcios”

[Líneas 58-64 respuestas tangenciales, descarrilamientos, asociaciones “clang”, metonimias: en conjunto un discurso disgregado].

(Se le pide que escriba algo, cualquier cosa. Escribe una misiva a su mujer, la entrega abierta).

“Maria Cecilia al yegar esta nota espero tu salud y nuestra salud nos acompañe porque de otra forma no logro aserlo Gracias por dejarme en esta clínica pero tu as echo más delo que te epedido espero que tengas en cuenta los propósitos que emos optado en nuestras relaciones y quiero saber cual es el perquance de no poder ser felices Yo sigo siendo tu viktima y no puedo korrer en una carrera sabiendo que tu no eres la meta.

Quida al fruto de nuestro Amor No me olvides por favor.

Te quiero Juan”

[Errores de puntuación y ortográficos en clara desproporción con la riqueza de vocabulario que ha exhibido JB (¿Bizarrerías?). En comparación con el lenguaje oral no se ven síntomas de un pensamiento desorganizado]

(¿Cuánto es 3x3?)

65 “¿Tres por nueve? ya no me conuerda la multiplicación, tengo que reem-
 66 plazar mi fisonomía para poder sacar el cálculo de las cifras”.

[Línea 65: respuesta aproximada, J.B. parece conocer la respuesta correcta pero la disimula al hacer una pregunta. Lo que sigue es una oración metonímica, suponemos que quiere decir “tendría que volver a ser niño para recordar las tablas de multiplicación”]

(¿Qué quiere decir: Pájaro en mano...?)

67 “¿Que mil volando? Quiere decir ojos para qué te quiero, algo así”

(¿Cómo?)

68 “Ojos para qué te quiero, de que si mi mirada no es benigna hacia mi

69 madre el ángel de la callada o el ave de la callada sacará mis ojos”.

[En el lenguaje popular “la callada” es la muerte y el ave de la callada es el “cuervo”; el discurso de J.B. a partir de la palabra “pájaro”, responde tangencialmente con otro proverbio: “cría cuervos y te sacarán los ojos”]

(Se le cuenta el viejo chiste del señor que va a comprar un automóvil nuevo; el vendedor, después de destacar todas las ventajas del auto que le está ofreciendo, le dice: “Mire, Ud. se lleva el auto de aquí y antes de una hora está en Valparaíso”, a lo que el cliente contesta: “Entonces no me sirve, no tengo nada que hacer en Valparaíso”. En la primera mitad el vendedor habla en sentido literal; en la segunda mitad lo hace en un sentido figurado: usa un ejemplo sin decir que es un ejemplo).

70 “Eso tiene que ver conmigo, yo tengo una pensión en Valparaíso, eso me saca a mí”.

[Respuesta autorreferente]

A los 20 días de iniciado tratamiento con Clozapina el discurso de J.B. empieza a normalizarse. Diez días después se da de alta. Últimas entrevistas.

(¿Hasta qué curso estudió Ud.?)

“Hasta cuarto, cuarto básico. Después empecé a estudiar en vespertino y tampoco terminé”.

(¿Alcanzó a terminar algún curso?)

“No, no alcancé a terminar 5° y 6°”

(¿Por qué?)

“Me agarró pa la talla el profesor así que no fui más, me fugaba”.

(¿Qué le decía?)

“Me decía ‘estai pasao al güisqui, Juan Baustista’ y de tanto que me decía yo no fui más”.

(Bueno Juan, ¿cómo se siente Ud.?)

“En general me siento bien porque la terapia del medicamento se ha dado bien, estoy dado de alta y no he tenido mayores complicaciones”.

(Si se compara con cuando recién llegó acá, ¿qué cambio cree Ud. que ha habido?).

“Un cambio en los efectos secundarios de los medicamentos, antes me mareaba y tenía temblores, ahora no”.

(¿Qué otros cambios?)

“Un cambio de actitud de novia, cambié de novia, de actitud”.

(¿Cómo es eso?)

“Porque siempre cuando había una relación así como estrecha siempre quedaba yo como un perro, como un perro con la lengua afuera esperando por su hueso”.

(¿Tiene novia ahora? ¿Es la vecina que dijo el otro día?)

“Claro, la Rosita”

(Y Cecilia, ¿qué es de ella?)

“Ahí está en su casa..., ella sigue fiel a sus cuatro paredes”.

(Y Elizabeth, ¿la ha ido a ver?)

“Sí, sí la he ido a ver”.

(Cambió de novia dice Ud.; ése es un cambio, ¿qué otro cambio ha notado?).

“También un cambio mental”.

(Se leen algunas citas de su primer tiempo de hospitalización. Se ríe: “cosas que se me venían a la cabeza”, luego agrega: “¿Y por qué no?”).

A. Contexto clínico

A primera vista, lo que más llama la atención es la extremada dificultad para seguir el discurso de J.B., sin que el paciente dé ninguna señal para facilitarlo. No hay frases notificativas. Ante muchos requerimientos para que aclare algún término, responde con términos tanto o más vagos. Abundan los descarrilamientos y respuestas tangenciales. También presentes: neologismos, deformación de palabras por amaneramiento, palabras stock (fisonomía, actitud), respuestas aproximadas, asociaciones “clang”, fallas sintácticas. El síntoma más llamativo reside en las metonimias, algunas extraordinariamente sofisticadas. En las primeras entrevistas el discurso se mostró claramente perseverante y autorreferente (no delirante); el tema, repetido, hablaba de la exacerbación sexual de J.B. y los problemas que esto traía con su ex pareja.

El trastorno del lenguaje discurre en un contexto de claridad de conciencia; el paciente, atento a las preguntas, una vez contestadas volvía a guardar silencio; no hay taquilalia.

La afectividad, ligeramente expansiva, podía tener momentos de malhumor. Lenguaje expresivo y gestual congruente con el verbal.

La actitud hacia los médicos, por lo general respetuosa, a veces parecía divertirse con nuestra dificultad para seguirlo (registrado en un brillo malicioso de la mirada).

Funciones cognitivas superiores, clínicamente dentro del promedio. No hay fallas afásicas.

Tomado en conjunto, lo que predomina ampliamente en el lenguaje de J.B. es su tendencia a las bufonadas (entendidas como payasadas en el plano verbal: respuestas inmediatas, sin periodo de latencia, con una clara intención de parecer ingeniosas), que impregnan todo el discurso tiñéndolo de un cierto colorido lúdico.

B. Historial médico

Antecedentes proporcionados por la madre: nació de término, poco peso, desarrollo psicomotor normal. El padre, alcohólico, abandona a la familia cuando J.B. tenía 7 años. Es el segundo de 4 hermanos. La madre lo describe como irritable, pendenciero, nunca hizo vida de familia, tendencia a vagabundear. Mal alumno, cursó hasta 4º básico. Inició consumo de sustancias a los 9 años: neoprén, marihuana, después alcohol, anfetaminas, pasta base. Ha trabajado en diversos oficios: aseo, pioneta, vendedor ambulante, dura poco por sus recaídas.

Los hermanos tienen educación media completa o incompleta, ninguno consume sustancias, han ascendido socialmente. Familia evangélica (Testigos de Jehová), una hermana es líder en su comunidad religiosa. Hasta la adolescencia, J.B. fue un asiduo lector de la Biblia. La madre, cuando tenía 40 años, estuvo internada en clínica psiquiátrica, se le diagnosticó una psicosis psicógena. No hay otros antecedentes psiquiátricos en la familia.

Tiene múltiples hospitalizaciones en diferentes centros asistenciales. La primera hospitalización, a los 15 años (Hospital E. González C.) con diagnóstico de Esquizofrenia primer brote y abuso de sustancias. En el Hospital El Peral tiene 10 hospitalizaciones. Las recaídas se deben por lo general al abandono del tratamiento. Ingresa casi siempre con un cuadro de agitación psicomotora; a medida que pasa la agitación se hacen más patentes los trastornos del lenguaje: neologismos, metonimias, disgregación. También se describen humor heboide, tendencia a las payasadas, pensamiento ocurrencial. A veces se ha presentado con vestimentas extravagantes y haciéndose llamar con otros nombres: Osama Juafir Alomabir, Osama Bin Warren. En todos los ingresos se confirma abuso de sustancias; el consumo es irregular, con ninguna ha manifestado signos de adicción.

Los últimos diagnósticos señalan una patología dual: Esquizofrenia forma hebefrénica y policonsumo de sustancias.

C. Problema terminológico

El trastorno del lenguaje que exhibe J.B., por su grado de originalidad y extravagancia, correspondería a lo que Harrow (1977) denominó “pensamiento bizarro-idiosincrático” (ver Anexo II).

La psiquiatría clásica también se ocupó de esos trastornos del lenguaje que invaden todo el discurso y relegan a un segundo plano otras manifestaciones psicóticas.

Kraepelin (1913), en su tarea de sistematizar la demencia precoz, en algún momento describió una quinta forma: “confusional speech dementia” (discurso enredado asociado a la demencia precoz), descrito como un discurso fluente, completamente ininteligible, con descarrilamientos y neologismos frecuentes; hizo notar la desproporción entre el trastorno descrito y el resto de la conducta, mucho más ajustada; también observó que el paciente solía mostrar cierta satisfacción en su discurso. A menudo cursa con ataques breves, recurrentes.

Más tarde, y ya no como una quinta forma, recibió otros nombres: esquizofasia (lenguaje propio de la esquizofrenia); con el nombre de catafasia Leonhard la incluye entre las formas de esquizofrenias no sistemáticas.

IV. UNA INTERPRETACIÓN POSIBLE

En sus investigaciones sobre diferentes usos de lenguaje, Wittgenstein (1930) utilizó un método comparativo, describiendo fenomenológicamente en qué eran semejantes y en qué eran diferentes.

Con el trastorno del pensamiento de J.B. también cabe la pregunta: ¿a qué se parece? A primera vista, y sin mayor rigor metodológico, aparecen como muy sugerentes algunas formas de lenguaje literario y las variedades de lenguaje usadas en ciertos subgrupos sociales.

Con frecuencia se citan las últimas novelas de Joyce –*Ulises* y *Finnegan's Wake*– como ejemplos de textos literarios que pueden confundirse con el pensamiento disgregado de la esquizofrenia. (En un estudio hecho por N. Andreasen con 42 miembros de su equipo de psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales, proporcionándoles escritos en prosa de pacientes esquizofrénicos, maníacos y del *Finnegan's Wake* –citado por P. Mc Kenna y T. Oh–, muchos diagnosticaron en el texto de Joyce un trastorno del pensamiento, y la mitad sospechó una esquizofrenia). También se han citado otros novelistas y poetas simbolistas o surrealistas.

Los formalistas rusos (Roman Jakobson y su escuela –1915–) van más allá. En la literatura, nos dicen, “se violenta organizadamente el lenguaje natural”.

En cualquier producción literaria, poesía o prosa, lo que importa no es el contenido (el tema) si no la forma cómo se expresa ese tema. Para que la forma sea verdaderamente literaria tiene que apartarse del lenguaje que se usa en la práctica social corriente: la palabra literaria debe decir algo distinto, o algo más, que la palabra usada en la vida cotidiana.

Por otra parte se ha estudiado la creatividad poética en algunos pacientes esquizofrénicos. El caso más conocido es, seguramente, Hölderlin (con la salvedad que éste, antes de enfermar de esquizofrenia, ya era un poeta consagrado). Durante los 17 años que duró la psicosis, Hölderlin siguió escribiendo poesía; sobre la naturaleza y la calidad de esta última, las opiniones están divididas. Wilhelm Lange, psiquiatra (1909), califica la producción del poeta trastornado en los siguientes términos: “Rigidez y restricción, lenguaje afectado, neologismos y manierismos en el lenguaje y un tono infantil son sus denominadores comunes, junto con voces expletivas e interpolaciones triviales: el poeta ha perdido todo sentido de diferencia entre el lenguaje de la poesía y el del habla cotidiana...” para concluir que se trata de “una forma catatónica de la imbecilidad” (suponemos que se refiere a la esquizofrenia). Otros psiquiatras opinan que esa poesía tardía no es producto de la esquizofrenia y que mantiene su calidad literaria a pesar de ésta. El mismo Jakobson ve también en la producción de la última etapa una manifestación del genio de Hölderlin. Al reconocer que la comunicación interpersonal había desaparecido del habla cotidiana del poeta –se sabe que durante la psicosis, éste mantenía conversaciones consigo mismo día y noche, en voz alta– hace un distinguo entre monólogo y diálogo: “El lenguaje de Hölderlin constituye claramente un ejemplo clásico de una competencia dialógica destruida junto a una maestría incomparable y hasta aumentada en lo estrictamente monológico”, y luego agrega: “los monólogos puros y verdaderos son los poemas creados en la edad avanzada del poeta”.

En el Hospital Psiquiátrico, por los años 60, fue muy estudiada Virginia T, una paciente esquizofrénica crónica sin antecedentes de creatividad literaria previa a la enfermedad. Su discurso elegante, cadencioso, adornado con metonimias –algunas de gran belleza poética–, causó el asombro incluso de poetas y críticos literarios que fueron invitados a conocerla. Algunos ejemplos (tomados del libro de Sergio Peña y Lillo “El enigma de lo poético”).

“Porque se volvió loca de niña y vinieron muchas señoras de damas aquí, se volvió loca una niña que tenía a su cargo las puestas de sol, noches

de luna; se volvió loca, se cayó al suelo, enviaron a los revisores y del club de damas enviaron a una serie de señoras a sostener. En el conjunto de número de damas he venido yo, que estoy bajo techo en mi departamento, habitación, palacio, clausura, papel, palacio, vitraux, jardín. Una niña Virginia T., se cayó al suelo, le sacaron el cerebro y tenemos terror que le pongan cortinajes de hidrofobia". A propósito del departamento donde se encuentra dice: "Hay mucho tráfico de europeos aquí: muchos insanos europeos vinieron a restablecer su salud. También ellos ayudan a extender el chilenismo interno de las naciones, ciudades, países". Sobre el otro mundo: "Parece que es un mundo enteramente distinto; no lo podemos imaginar. Lirio morado... muy oscuro... Hay hospitales donde se cuidan los que mueren. Hay puestas de sol y noches de luna a través de los lirios morados. Los lirios blancos hacen más linda la vida".

Desde un área muy diferente, la socio-lingüística habla de Variedades en el uso del lenguaje: uso particular de la lengua en una determinada comunidad humana. Entre otros ejemplos, se cita el lenguaje de algunas pandillas de adolescentes y el "coa" entre delincuentes.

(De los apuntes entregados por el Prof. Lagos en su clase de Sociolingüística, extraemos dos ejemplos).

Caso 1

Variedad: Subestándar, habla juvenil estigmatizada de personas de estrato bajo.

Contexto: Parados en una esquina.

Participantes: Juan (18) y Carlos (20).

Tópicos: Infidelidad juvenil; pedido de confidencialidad.

Juan: -Entonces qué, parece. ¿Bien o qué?-

Carlos: -No, pelao: pailas-.

Juan: -¡Uy! Zonas. Lo veo muy mal. ¿Qué le pasó?-

Carlos: -No, pues, que pillé a la hembra parchada con otro man-.

Juan: -¡Uy! ¿Cómo? Le salió faltona el hembrón-.

Carlos: -Pero conmigo no...; que se abra-.

Juan: -Sí, parece. Záfese esa gonorrea-.

Carlos: -Pero ¿sabe qué?, le pido un catorce: callullis, ¿sí? Pilas con contarle a alguien que quedo como un cachón-.

Juan: -No, frescotas, que yo soy una tumba-.

Carlos: –Así se aguanta–.

Juan: –Claro, usted sabe. Pero ¿sabe qué parece?... te veo–.

Carlos: –¡Ah! Suerte–.

Caso 2

Variedad: Altamente estigmatizada de personas marginadas, que utilizan argot del hampa.

Contexto: Comentario que hace un joven a su “parcero” de la misma extracción sociocultural.

Participantes: Juan (18), Carlos (21).

Tópico: Vida del marginado

Juan: –Es que en la aldea donde existen parces, debido a la situación tan trincada por el filo del populacho salen a rebuscarse la vida de quieto, para conseguir la liga a costa de cargar tierra con el pecho o chupar gladiolo y sus bicicletas los sorprenden en el ruedo y quedan preciosos por Roberto–.

Carlos: –Bacano–.

Mirados en conjunto, se puede observar que el lenguaje psicótico de J.B., como el lenguaje literario y el lenguaje de ciertos subgrupos sociales, se parecen en el hecho de apartarse del lenguaje natural, tal como se emplea en la práctica social cotidiana. La principal diferencia radica en que tanto para el escritor como para cualquier miembro de los grupos sociales mencionados, se mantiene la intencionalidad comunicativa y el discurso es perfectamente inteligible en aquellos sectores a los cuales va dirigido. Por otra parte, en cualquier momento pueden retomar el lenguaje natural.

En el caso de J.B., no se aprecia una intencionalidad comunicativa, su discurso no sería inteligible incluso para otros pacientes con trastorno de lenguaje.

Como conjetura, se podría pensar que la pérdida de la competencia comunicativa, “decir algo a alguien”, no anula la capacidad de “decir algo”, la que queda abierta a nuevos usos, uno de los cuales podría ser el uso lúdico del lenguaje.

Piro (1967), ha estudiado extensamente el lenguaje lúdico, que puede encontrarse en niños (en la etapa que Piaget llama “de la ecolalia”) y también en aquellos adultos sanos que “hablan por el placer de hablar”, adornando el discurso con juegos de palabras y otras ocurrencias del momento. Entre las psicosis, se ve especialmente en la esquizofrenia; aquí según el grado en que se comprometa la intencionalidad comunicativa, puede darse parcialmente,

coexistiendo con el lenguaje corriente o, con menor frecuencia, dominando todo el discurso. En este último caso, en que el uso lúdico del lenguaje excluye el uso propiamente lingüístico, Piro describe en la esquizofrenia “que es mundo privado y autístico, que es soledad y dificultad de comunicación, la emergencia del uso lúdico del lenguaje que con toda probabilidad se vuelve uno de los constituyentes necesarios de un mundo diverso y fuertemente personalizado” y cita a Binswanger en su análisis del amaneramiento: “... una existencia, más bien, que se resuelve en el ‘desinterés’ o, en términos positivos, exactamente en el ‘juego’, en lo ‘lúdico’. Ciertamente este elemento lúdico es un rasgo característico de aquello que nosotros llamamos ‘autismo’ esquizofrénico...”.

Autismo no es solo distanciamiento o un contacto poco flexible con la realidad exterior. Es también preferencia por el mundo privado, una vuelta al egocentrismo infantil perdido.

Podría concluirse que en J.B., el lenguaje, desentendiéndose de los otros, le permite seguir mostrando con su originalidad y sus bufonadas, algo que le sea verdaderamente propio.

Algunas metonimias parecían insinuar el interés de J.B. por ser realmente él mismo (“volver a mi cabalidad”, “haber sido el heraldo de mí mismo”), interés que queda magistralmente expresado cuando dice: “si me dan autorización a tomar la fisonomía de mi carnalidad según el permiso de mi designio” (si me permiten ser como yo soy). Mientras dure el brote psicótico J.B., exiliado del mundo de la vida cotidiana, puede darle todavía un sentido a la vida.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. ANDREASEN NJ. Thought, language and communications disorders. Archives of General Psychiatry, 36 (pág. 1315-1321 y 1325-1330), 1979.
2. HARROW M, PROSEN M. Schizophrenic thought disorders: Bizarre associations and intermingling. Am J Psychiatry 136:3, march 1979.
3. KASANIN JS (editor). Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia. Ed. Hormé, Bs As. (varios autores: N. Lewis, K. Goldstein, N. Cameron, E. von Domarus, A. Angyal), 1939.
4. MCKENNA P, OH T. Schizophrenic speech. Cambridge University Press, UK, 2005.
5. PIRO S. El lenguaje esquizofrénico. Fondo de Cultura Económica. México 1987. Parte V, Cap. 21.
6. SIMS A. (editor). Speech and language disorders in psychiatry. Gaskell, Londres, 1995 (varios autores: G. Berrios, E. Chacra, A.R. Lecours, A. Sims).

Capítulo 9

ALCOHOLISMO

I. COMPLICACIONES CLÍNICAS DEL BEBER ANORMAL

Dos hechos caracterizan las repercusiones clínicas del consumo de exceso de alcohol, mucho más notorias que las observadas con el consumo de otras sustancias.

1. El alcohol afecta prácticamente a todos los sistemas del organismo, exhibiendo en cada uno de ellos una gran variedad de manifestaciones clínicas.
2. A la larga lista de complicaciones neurológicas, digestivas, endocrínicas, metabólicas, cardiovasculares, hematológicas, etc., debe agregarse la extraordinaria riqueza de las perturbaciones psicopatológicas que se observan en los bebedores problema.

Estos dos hechos están relacionados y será una primera exigencia de la psiquiatría clínica averiguar qué aspecto fisiopatológico está condicionando la aparición o la evolución del trastorno psicopatológico en estudio. (El síndrome de mala absorción, por ejemplo, que acompaña a muchos bebedores crónicos, por su contribución al déficit de algunas vitaminas o minerales, puede favorecer la instalación de algunas encefalopatías o agravar el curso de otros trastornos).

Los cuadros psiquiátricos derivados del consumo anormal de alcohol son bien conocidos y están descritos con todo detalle en la literatura especializada. Sólo queremos insistir en algunos aspectos puntuales.

A. Síndrome de privación. Conviene distinguir:

1. Síndrome de privación de inicio precoz (dentro de las 24 horas de abstinencia o reducción importante de la ingesta de alcohol): signos de hiperactividad adrenérgica, temblor leve o de mediana intensidad,

ansiedad, insomnio, trastorno de conciencia leve, ilusiones o alucinaciones visuales aisladas. Curso benigno.

2. Síndrome de privación tardía (entre las 48-72 horas): las mismas alteraciones mucho más acentuadas a las que se pueden agregar ataques convulsivos y, con alguna frecuencia, las manifestaciones clínicas propias del delirium tremens. Pronóstico grave. Los ataques convulsivos son, por lo general, de tipo tónico-clónico generalizados; en la mayoría de los casos, después del primer ataque se van a observar uno o varios ataques más dentro de las seis horas siguientes. Si se prolongan por varios días, o hay mal epiléptico, o son focales, deben buscarse otras etiologías: antecedentes de epilepsia de otro origen, hematomas epi o subdurales recientes, hipoglicemia, hipomagnasemia, hiponatremia (Lishman [11]).

B. Delirium Tremens. Las alucinaciones especialmente visuales toman, a veces, un carácter escenográfico, como ráfagas de sueño que se imponen por momentos (vivencias oníricas); el temblor muy intenso (“tremens”), el insomnio rebelde, la fácil sugestionabilidad, un estado de ánimo entre angustiado y chancero (“humor patibulario”) y el compromiso del estado general, completan el cuadro. Deberán siempre pesquisarse otros factores que pudieran ser los precipitantes del delirium o ser factores concomitantes que agravan la psicosis: infecciones intercurrentes (especialmente neumopatías), hematomas epi o subdurales (por traumatismo encéfalo-craneano o traumatismo craneano simple, recientes), hemorragias digestivas, pancreatitis aguda, insuficiencia hepática, o algunas deficiencias (vit. B1, ácido nicotínico, B12, ácido fólico, magnesio).

También se da una forma benigna de delirium tremens (“sub delirium”); en ésta, el trastorno de conciencia y la productividad alucinatoria aparecen sólo al caer la noche.

C. Trastorno psicótico inducido por el alcohol (“alucinosis alcohólica”). Puede aparecer tanto durante una intoxicación alcohólica prolongada como en los días siguientes de abstinencia. Predominio de alucinaciones auditivas, con poca elaboración delirante (más bien limitada a comentar las “voces”). Se acompaña de angustia intensa, insomnio con pesadillas, sentimiento de ser perseguido, reacciones de sobresalto frecuentes.

D. Celotipia alcohólica. Al principio coincide con los excesos alcohólicos. En algunos bebedores se independiza de los excesos y sigue un curso crónico (posible factor de personalidad celotípica asociado). Lo más llamativo: su carácter absurdo, extremoso y de contenido poco plausible.

E. Intoxicación alcohólica idiosincrásica (“embriaguez patológica”). Confusión mental agitada al ingerir pequeñas dosis de alcohol; se da especialmente en portadores de algún daño orgánico cerebral. El hecho que no se repita siempre con las mismas dosis hace pensar en la necesidad de un factor emocional agregado. Otras veces, la ingesta mínima parece desencadenar algunas formas de epilepsia parcial compleja.

F. Automatismos psicomotores (“blackouts”): a diferencia del síndrome anterior, se da en el curso de ingestiones excesivas. Se ha considerado como una manifestación precursora de la dependencia física, aunque también se observa en personas que se exceden muy ocasionalmente (¿epilepsia parcial compleja?).

G. Síndrome fetal alcohólico. En EE.UU. se señala como la principal causa de retraso mental (en el 35% de las mujeres que beben durante el embarazo se observaría alguna forma de embriopatía). En Chile, dada la alta prevalencia de retraso mental de tipo familiar cultural, el déficit mental provocado por el alcohol pasa a segundo plano, aunque de todos modos llama la atención la poca publicidad con sentido educativo para prevenirlo.

H. Encefalopatía hepática. En su aparición participan la presencia de una falla hepática (hepatitis alcohólica o de otra etiología) y de un factor desencadenante: cualquier tipo de infección, uremia elevada (por hemorragia gastrointestinal, deshidratación, sobrecarga en la ingestión de proteínas), uso de algunos fármacos (hipnóticos, neurolépticos, ansiolíticos, analgésicos, anestésicos, diuréticos). El tratamiento, en primer lugar, debe tomar las medidas necesarias para corregir o prevenir la acción de esos factores precipitantes. Los casos más graves se acompañan de trastornos de conciencia que puede llegar al coma; en los casos más leves, sobre un fondo asténico hiperestésico-emocional (“neurastenia orgánica”) pueden destacar alteraciones del ánimo (síndromes subdepresivo o submaníaco). Aunque no patognomónico, como muy característico se dan los asterixis.

I. Encefalopatía de Wernicke-Korsakov. Además de una depleción crónica de tiamina (por dietas carenciadas, síndrome de mala absorción, falla en almacenamiento y utilización de vitamina B1 a nivel del hígado), se requiere un factor agregado que haga más crítica la deficiencia vitamínica (disminución importante del aporte, aumento brusco de los requerimientos –por enfermedades infecciosas u otras–).

La encefalopatía de Wernicke y la enfermedad de Korsakov son dos formas de las mismas lesiones anatómo-patológicas. En el curso más frecuente (84% de los casos –Lishman–), a medida que se va despejando el trastorno de conciencia de la primera (entre dos semanas y dos meses) van apareciendo las manifestaciones amnésico-confabulatorias de la segunda; éstas se recuperan totalmente en un 25%, parcialmente en un 50% y no mejoran en el 25% restante.

Los signos oculares son fugaces y pueden haber desaparecido cuando se hace la consulta médica; si el paciente está en condiciones de dar información confiable, es importante averiguar si acusó diplopia en los días anteriores.

En el tratamiento, la dieta rica en hidratos de carbono debe iniciarse una vez restablecidos los niveles de tiamina (en caso contrario puede empeorarse el cuadro). Si con dosis altas de vitamina B1 no se obtiene ningún grado de mejoría en el trastorno de conciencia, debe sospecharse que la encefalopatía obedece a otro tipo de deficiencia vitamínica.

J. Encefalopatía por carencia de ácido nicotínico (Jolliffe). Más rara que la anterior, puede dar un cuadro muy parecido, con la diferencia que no mejora con la administración de tiamina y cede rápidamente con dosis altas de ácido nicotínico. En el diagnóstico diferencial ayuda la presencia de signos extrapiramidales (rueda dentada en las cuatro extremidades), hipertonía oposicional, perseveraciones acentuadas, disartria, hiperreflexia, trastornos de la marcha. Debe sospecharse en todo bebedor anormal que presente diarrea sin otra causa imputable y signos cutáneos (por lo general, discretos) de pelagra.

K. Demencia alcohólica. Es discutible en el sentido clásico de demencia. Hoy día se la reconoce como un “deterioro cognitivo reversible de origen alcohólico”, haciendo la reserva que la reversibilidad no siempre es completa. A diferencia de las otras encefalopatías, el deterioro cognitivo es global, con predominio de manifestaciones que indican un compromiso de lóbulo frontal (el que es confirmado por imágenes obtenidas en el TAC).

Factor indispensable para su recuperación es la abstinencia total y permanente. Las lesiones histológicas (especialmente marcadas en la arborización y morfología de las dendritas a nivel del lóbulo frontal) empiezan a hacerse reversibles al cabo de un año de abstinencia.

II. SENTIDO ANTROPOLÓGICO DE LA EBRIEDAD

El consumo de bebidas alcohólicas ha acompañado al hombre prácticamente en todo tiempo y en todo lugar. En aquellas pocas sociedades que parecen escapar a esa universalidad, la atracción por el alcohol sigue presente en las severas disposiciones morales y legales que lo prohíben.

También desde siempre se ha visto que algunas formas de beber traían aparejadas una serie de problemas, tanto para el bebedor como para su sociedad. Con distintas palabras y con distintas líneas divisorias se ha tratado de separar la forma “normal” de la “anormal” en la ingesta alcohólica. Castilla del Pino [1], por ejemplo, habla de una “alcohofilia” –se bebe por el placer de gustar una bebida agradable– y de una “alcohomanía” –se bebe para cambiar de alguna manera la situación que está viviendo ese sujeto–.

El beber anormal (que es el que más interesa a la psiquiatría) está asociado a esa búsqueda de un cambio. Sea en la forma de una ceremonia ritual colectiva, sea en forma solitaria, sea en ciertas situaciones sociales, el hombre encuentra el cambio buscado cuando la ingesta lo lleva a un cierto grado de intoxicación alcohólica. Ahora bien, una intoxicación es una agresión al SNC, una perturbación de las capacidades más finas y diferenciadas que ha ido desarrollando el psiquismo humano, un rebajamiento de su óptimo funcional. Que el hombre voluntariamente se autoagreda, se rebaje y suspenda, aunque sea por un momento, su condición de ser pensante y atento a lo que ocurre a su alrededor, es un sin sentido para la razón. Dada la altísima frecuencia que tiene la conducta de beber anormal, aparece como un camino válido buscar el sentido de ella no en la esfera racional, sino en las necesidades más profundas de la humanidad, con lo que queda planteada la pregunta por el sentido antropológico de la intoxicación alcohólica: ¿qué es lo que verdaderamente se busca en el estado de ebriedad?

La conocida exhortación de Baudelaire: “¡Embriagaos! ¡De vino, de amor o de poesía, pero embriagaos!”, puede ser una respuesta. Baudelaire se está refiriendo al “gusto del infinito”, la aspiración siempre latente de alcanzar los límites de la experiencia humana y sobrepasarlos. Esa aspiración parece realizarse en ciertos momentos de excepción, vividos como un estado de intensa

exaltación espiritual y de los sentidos, estados que el poeta llama “paradisíacos”. La pasión amorosa, la pasión creativa (se podrían agregar otras pasiones igualmente exultantes), pueden conducir, en ocasiones muy especiales, a ese paraíso. Pero cuando esos caminos están cerrados, o no están a la vista, cabe la posibilidad de crearse “paraísos artificiales” recurriendo a las drogas y, entre ellas, la más difundida, el alcohol.

Por supuesto, caben otras respuestas. La más abarcativa parece ser la de cambiar un estado subjetivo displacentero por otro más placentero o, al menos, neutro. Se consume alcohol para contrarrestar sentimientos de tristeza, ansiedad, aburrimiento, ira y otros más, apelando al efecto de fármaco que puede tener la bebida; se bebe también para vencer la inseguridad que provoca enfrentar un público o la inhibición que algunas personas experimentan en ciertas ocasiones sociales.

Otras veces, en cambio, lo que se busca es intensificar un estado placentero preexistente, una necesidad orgiástica de llevar la alegría (en ciertas celebraciones, por ejemplo) al límite y fundirse en un estado de exaltación compartido.

Castilla del Pino ha puesto el acento en el sentido que puede tener la intoxicación alcohólica como una forma de huida de la realidad pero que, a diferencia de otras formas de huída (fantasías, por ejemplo) permite al bebedor comunicar algo: las conocidas “confesiones de borracho” en un estado de desinhibición que lo exime de asumir la responsabilidad por lo que comunica; la misma desinhibición puede facilitar la liberación de impulsos reprimidos (homosexuales, agresivos, otros) sin verse obligado tampoco a responder por ellos.

De una manera más deliberada puede jugar el gusto por lo prohibido, la transgresión de la ley o de una norma social que reprueba ciertas conductas “inmorales”, y que ha sido imputado a la naturaleza esencialmente contradictoria que constituye al ser humano. Como un aspecto de ese carácter contradictorio del hombre se ha señalado la tensión dialéctica que se da entre su parte “angelical” y su parte “demoníaca”, un par de contrarios que desde siempre ha intrigado a filósofos, poetas y psicólogos. Ligado estrechamente a nuestro tema, podemos recordar algunos proverbios escritos por Blake en “El matrimonio del cielo y el infierno” donde se exalta muy claramente la segunda parte, habitualmente negada, del ser humano: “La Prudencia es una vieja solterona y fea cortejada por la Incapacidad”. “Aquél que desea pero no obra engendra peste”. “Nunca sabrás lo que es suficiente a condición de que sepas lo que es más que suficiente”. Buscando la ebriedad, la persona parecería estar negando la negación y permitiendo que se afirme la faceta prohibida de su ser.

Pero también la ingesta excesiva puede obedecer a la necesidad de cumplir con las normas sociales –y, con ello, reforzar el sentimiento de pertenencia– sean éstas exigidas por la sociedad mayor en la celebración de ciertas fiestas rituales, o por las reglas y lealtades que impone algún grupo de adscripción (el conocido “pago de piso” con el primer sueldo en los obreros de la construcción).

La intoxicación alcohólica puede experimentarse como la posibilidad de recuperar una actitud contemplativa, no activa, frente al mundo. Estar despierto, lúcido, significa “tener que” hacer algo con las cosas que se ofrecen a la vista. La ebriedad, por el contrario, conlleva una borrosidad perceptiva, un desdibujamiento de los objetos que no incita a la acción práctica y otorga una especie de recreo en el ajeteo de la vida cotidiana tan centrada –sobre todo en las sociedades modernas– en las exigencias de rendir alto y ser productivo.

Algunas veces, no es el inicio de la ingesta alcohólica sino la incapacidad para detenerla, lo que parece obedecer a experiencias muy arcaicas del ser humano. Más de un bebedor ha sentido, después de varios días de excesos, que no podrá dejar la bebida si no cae en “lo más bajo” de su autoestima, si no se deja arrastrar por más y más excesos hasta tocar fondo en el abismo de su propia degradación. Solo alcanzando ese momento cree posible encontrar el impulso que lo devuelva a “lo más alto”, a una vida plena garantizada por la abstinencia, “esta vez” para siempre. De alguna manera ese bebedor parece estar reviviendo el mito del eterno retorno, común en muchas sociedades primitivas (Mircea Eliade [2]) donde se expresa el deseo de destruir todo lo viejo, gastado por el tiempo y enfermo para que, a partir de cero, pueda renacer lo nuevo con las mismas energías que tuvo en los tiempos primigenios.

Cualquiera que sea el sentido antropológico invocado, parece razonable aceptar que ninguno de ellos, por separado, puede dar cuenta de todas las necesidades humanas que buscan satisfacerse con la intoxicación alcohólica. Así considerado, el consumo de alcohol, y los problemas derivados de este consumo deben verse necesariamente desde una perspectiva multidimensional.

III. MULTICAUSALIDAD

Con mayor claridad y de una manera más rotunda que en cualquier otro problema que estudie la psiquiatría, el consumo de alcohol muestra el interjuego de múltiples factores condicionantes, ya en los primeros contactos con la bebida y con mucha mayor complejidad si el consumo lleva a las formas anormales de beber.

En un primer esquema para explicar cómo se llega a ser un bebedor anormal, Jellinek señalaba la participación de dos factores: (a+b), en que (a) corresponde a trastornos de personalidad y conflictos psicológicos (conscientes o inconscientes), y (b) se identifica con una actitud cultural de aprobación –más allá de una simple aceptación– del consumo excesivo. Estos dos factores se encuentran en una relación de serie complementaria: cuanto más importante uno, menos se necesita del concurso del otro, lo que para Jellinek ayuda a entender que en aquellos sectores sociales en que la actitud cultural no es de aprobación sino de reprobación (mujeres, varones con estudios universitarios, por ejemplo) el consumo excesivo se ve asociado de preferencia a personalidades inmaduras que no saben encarar sus problemas.

Bales agregó un tercer factor (c) que podía, en cierto modo, contrarrestar la tendencia al beber excesivo: la participación en alguna actividad religiosa que por la cohesión de grupo y la devoción a valores trascendentes que ella implica, permite canalizar los conflictos personales a través de una vía alternativa al uso de bebidas alcohólicas. Bales estudió diversos grupos que seguían la religión judía en EE.UU. (una religión que, a diferencia de la islámica, no prohíbe el consumo de alcohol) y vio que cuanto más ortodoxo era el grupo, mayor era el efecto alternativo.

La fórmula propuesta por Bales, $(a+b)/(c)$, podría hacerse más abarcativa si en (a), además de las características de personalidad y problemas conflictivos que empujan al consumo excesivo, se agregan las situaciones de condiciones de vida desventajosas; si en la actitud cultural que se tiene frente a la ingestión excesiva se distinguen dos posiciones diferentes, una de aprobación (+b) y otra de reprobación (-b), y si el factor de alternativa (c) lo ampliamos a la participación en otras actividades además de la religiosa: actividades sociales, gremiales, políticas, artísticas, deportivas, formas sanas de esparcimiento y, más corto, cualquier actividad que estimule el desarrollo de la persona o le dé un sentido a la vida. La nueva fórmula $(a\pm b)/(c)$ puede facilitar, en programas de prevención intracomunitaria, tener una visión cualitativa de aquellas poblaciones más expuestas al riesgo de desarrollar formas anormales de consumo de alcohol: cuanto más graves sean las carencias y frustraciones que acumule la población en estudio, y tanto más coercitivas sean las normas de grupo que aprueban y estimulan la ingestión excesiva –por una parte– y cuanto menos oportunidades se ofrezcan para participar en actividades alternativas –por otra parte– tanto más esperable será que esa población exhiba una alta tasa de prevalencia de bebedores anormales.

El papel que juegan las actitudes culturales de aprobación o reprobación, muestra la relación que tiene el problema del consumo anormal con factores macrosociales (normas y valores de la sociedad global frente a la conducta alcohólica), o factores mesosociales (normas y valores de un subgrupo social de referencia). Tanto o más importante son los factores microsociales, representados especialmente por el grupo familiar. Son de sobra conocidos los estudios que, desde un punto de vista sistémico, muestran a la familia –y especialmente a la pareja– como otro factor de riesgo en la mantención y progreso de la conducta alcohólica y, otras veces, como un factor potencialmente protector.

La multicausalidad que opera en el beber anormal no se agota en las dimensiones psicológicas, psicosociales, socioculturales y socioeconómicas examinadas. Tarde o temprano aparecen también factores biológicos, si es que no ha estado presente antes del inicio de las primeras ingestas excesivas en la forma de una predisposición genética.

Desde los pioneros trabajos de J. Mardones Restat, por los años 60, quien logró aislar cepas de ratones que preferían ingerir agua mezclada con alcohol a beber agua pura, hasta los más recientes de U. Heberlein en *Drosophila* (que ha logrado aislar y mutar un gen que las hace más sensibles a intoxicarse precozmente con el alcohol), se ha acumulado mucha evidencia que demuestra la influencia genética en la apetencia por el alcohol.

La mayoría de los estudios de genética poblacional realizados en diferentes países coinciden en señalar que el factor hereditario juega cierto papel en la mayor prevalencia del beber-problema en algunas familias: diferencias significativas cuando se comparan gemelos univitelinos con gemelos bivitelinos o el estudio de hijos de alcohólicos adoptados por familias no alcohólicas, parecen demostrarlo. Incluso se habla de “familias alcohólicas”, con un número alto de parientes que se convierten en bebedores anormales, describiéndose en ellos un inicio más precoz, complicaciones más graves de la dependencia y un resultado más pobre en el tratamiento, sin que jueguen otros elementos de comorbilidad psiquiátrica. En Chile, dado el alto peso que tiene en algunos sectores populares la pauta cultural “beber con amigos (varones) hasta la embriaguez”, parece razonable ser más cautos en esta imputación a causas hereditarias de lo que bien podría ser una conducta aprendida en el seno familiar. (En apoyo de un eventual factor genético podría servir, quizás, el antecedente de mujeres alcohólicas en la familia).

Como conducta aprendida juega el mecanismo de condicionamiento operante: el efecto que pueden tener los primeros excesos alcohólicos (el más

frecuente: cambiar un estado subjetivo displacentero por otro más placentero o, al menos, neutro) actúa como refuerzo positivo para favorecer la repetición de la misma conducta.

La neurofisiología experimental ha descrito el “aprendizaje dependiente del estado”: la información almacenada en un estado de intoxicación con diferentes sustancias (entre ellas, el alcohol) no está disponible en la conciencia del animal de experimentación cuando sale de ese estado. Se ha querido ver en este mecanismo la explicación para la amnesia lacunar (“blackout”) que se observa en ciertos bebedores: la conducta tenida durante la ingesta excesiva, que es olvidada en el estado de sobriedad, vuelve a recordarse en la próxima ingesta. El mismo mecanismo, ahora en sentido inverso, podría jugar como factor de mantención de la conducta alcohólica: todo lo aprendido en estado de sobriedad (los daños y peligros que encierra el consumo excesivo del alcohol, las ventajas y oportunidades que ofrece dejar la bebida, etc.) es olvidado cuando se inicia una nueva intoxicación, por leve que ésta sea.

Aunque menos claro que con las drogas psicoestimulantes (cocaína, anfetaminas), también el alcohol tiene efectos sobre ciertos neurotransmisores (dopamina, serotonina, otros) que actúan sobre las llamadas áreas recompensantes del SNC; la estimulación de estas áreas se acompaña de sensaciones de placer o de distensión y podría estar en la base de la lacerante avidez por el consumo de aquellas drogas que encierran la promesa de revivir momentos placenteros.

En el correr de un número variable de años, más o menos un cuarto de los bebedores excesivos se convierten en adictos, caracterizados por la aparición de fenómenos propios de una dependencia física: mayor tolerancia hacia el alcohol y las conocidas manifestaciones de la privación. Esta dependencia física se explica por cambios metabólicos cuyo estudio sigue en curso.

Más adelante se pueden agregar otros factores relacionados con algún grado de daño orgánico cerebral; los más frecuentes y los más severos se ven a nivel del lóbulo frontal, daño que podría contribuir a una mayor pérdida del control de los impulsos y a una menor capacidad para percibir los problemas que está causando la conducta alcohólica.

El concepto de multicausalidad en psiquiatría debe entenderse en un triple sentido: multiplicidad de factores en juego, distinta naturaleza de éstos (biológicos, psicológicos, sociales, etc.) y distintas maneras de actuar de estos mismos factores. En este último sentido deben reconocerse factores patogénicos directos (su presencia es necesaria, aunque no siempre suficiente, para la

aparición de un determinado efecto), factores predisponentes lejanos y cercanos (gatillantes), factores agravadores y mantenedores de una alteración dada, factores patoplásticos (que le dan un colorido especial al cuadro en cuestión). Al lado de esos diversos agentes que tienen que ver con la aparición, evolución, gravedad y forma que adquiere un cuadro clínico, debe reconocerse también la participación de factores protectores, que pueden impedir o atenuar la acción mórbida de los otros. Tomados en conjunto se puede hablar de una “estructura de factores condicionantes” que, en una interacción muy dinámica de refuerzos e inhibiciones mutuas, dan cuenta del cuadro clínico en un momento dado de su evolución.

En el caso particular del alcoholismo, tiene especial importancia complementar el concepto de multicausalidad con el otro de proceso. A medida que se prolonga la conducta de beber excesivo pueden aparecer nuevos agentes que modifican el valor de posición que tenían los primeros factores condicionantes dentro de la estructura. A modo de ejemplo: la gratificación de beber con amigos hasta la ebriedad, cumpliendo con las normas sociales de un grupo y el acogedor sentimiento de pertenencia que trae aparejado, puede ser, en un momento dado, el factor patogénico directo que da cuenta del beber excesivo; los cambios bioquímicos que trae la repetición de esos excesos lleva, en ocasiones, a relegar a ese factor a un segundo plano: el factor patogénico puede ser ahora la necesidad de evitar la aparición de los síntomas de privación.

IV. EL ALCOHOLISMO COMO PROCESO

Un curso típico de ese proceso –aunque no el único– ha sido descrito por W.K. van Dijk: a los primeros contactos con bebidas alcohólicas (tenidos a distintas edades, por distintas motivaciones personales y en distintos contextos sociales, todos factores que pueden ser decisivos para el curso ulterior) sigue una fase exploratoria en que se prueba diferentes bebidas en diferentes dosis, lo que permite registrar los efectos producidos y el límite de tolerancia que no llevan al estado de intoxicación. La exploración se consolida en una pauta personal de ingestión aceptada socialmente, por lo general en la forma de un bebedor moderado. Algunos excesos ocasionales demuestran el efecto que pueden tener la intoxicación alcohólica sobre estados subjetivos displacenteros, lo que induce a una parte de los bebedores moderados a buscar cada vez con más frecuencia el “efecto de fármaco” del estado de embriaguez. (Al lado de ese efecto de fármaco citado por el autor, se pueden colocar las otras necesidades humanas contenidas en lo que más arriba se llamó el sentido

antropológico de la intoxicación alcohólica). Sea como fuere, la pauta de beber moderado es abandonada en esos sujetos por otra de beber excesivo; demasiado alcohol es ingerido demasiado a menudo, algo que después de un tiempo puede llevar a la etapa de adicción. Esta se caracteriza por la pérdida de libertad para controlar sea el inicio o la detención de la ingesta alcohólica, promovida por los cambios químicos propios de la dependencia física.

Todo esto es de sobra conocido, pero el autor insiste en un punto que merece ser destacado. Es el paso de la pauta de bebedor moderado a la de bebedor excesivo el que marca, en rigor, el comienzo de un proceso con alcances médicosociales. A partir de ese momento empiezan a jugar una serie de servomecanismos (algunos efectos “negativos” producidos por ingestas excesivas buscan ser contrarrestados con nuevos excesos) que explican la automantenimiento y, eventualmente, la progresión de la conducta de beber anormal. En la etapa de bebedor excesivo esos servomecanismos (o “círculos viciosos” como los llama el autor) se dan de preferencia en el plano psicológico: aparición de nuevas experiencias subjetivas displacenteras provocadas por los mismos excesos (culpa, vergüenza, baja en la autoestima, etc.) que necesitan ser reducidas con más alcohol, y en el plano social (conflictos intrafamiliares, baja en el rendimiento laboral, estigmatización social, etc.), que igualmente tratan de paliarse recurriendo a nuevas ingestas excesivas. En la etapa de adicción se añaden otros círculos viciosos, ahora en el plano farmacológico: necesidad de evitar o suprimir las manifestaciones de la privación, y en el plano de un daño cerebral: pérdida progresiva en el control de los impulsos, debilitamiento de la voluntad, menos conciencia de enfermedad, etc., con lo que desaparecen las últimas barreras que podrían frenar el proceso autodestructivo. Estos servomecanismos, está claro, no actuarán por separado y su tendencia natural los llevará a combinarse y reforzarse mutuamente.

Si se mira el curso de las distintas pautas de beber a partir de los primeros contactos, puede observarse en cualquier punto de ese desarrollo una interrupción del uso del alcohol (una vuelta a la condición previa de abstinencia), una estabilización en alguna pauta dada, una regresión a una etapa anterior o bien una progresión a la etapa siguiente. Una vez alcanzada la pauta de beber excesivo, los servomecanismos descritos hacen cada vez más difícil las remisiones espontáneas; si se vuelve al estado de abstemio (más probable con algún tipo de ayuda terapéutica) debe aceptarse que una porción importante – más de 50%– de los bebedores anormales tienden a las recaídas.

Las causas de recaídas son múltiples, pero en cada bebedor suele haber una como la más predisponente. Con un sentido terapéutico convendrá revisar con el paciente qué es lo que busca realmente con la ebriedad, ubicándolo en algunos de los sentidos “antropológicos” comentados más arriba.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. C. CASTILLA DEL PINO, *Vieja y Nueva Psiquiatría*. Alianza Ed., Madrid, 1976. Pág. 193-208.
2. MIRCEA ELIADE, *Mito y realidad*. Ed. Labor, Barcelona, 1992.
3. W.K. VAN DIJK, Alcoholismo: a multidisciplinary aproach, en *Simposium on alcoholismo*. Adv. Biol. Psychiatry, Vol. 3, Karger, Basel, 1979.
4. E. BERNE, *Juegos en que participamos*. Ed. Diana, México, 1966.

Capítulo 10

TRASTORNOS ORGÁNICOS

Desde el punto de vista de su patogenia, la psiquiatría clásica clasificaba los trastornos mentales en tres grandes categorías: exógenos, endógenos y psicógenos. Dentro de los cuadros exógenos, atribuidos a factores ajenos a las disposiciones hereditarias y constitucionales de la persona (factores endógenos), y a los estresores psicosociales (factores psicógenos), se distinguían los cuadros orgánicos de los sintomáticos. Los primeros, producidos por enfermedades o lesiones primarias del cerebro (SNC), considerado como el “órgano” donde asienta la vida psíquica; los segundos, producidos por enfermedades de otros sistemas que afectan secundariamente al cerebro y donde el trastorno psicopatológico es visto como un “síntoma” más de la enfermedad general. De acuerdo con su evolución los cuadros exógenos se subdividían en agudos y crónicos y como regla clínica –válida para la mayoría de los casos pero no todos– se hacía observar que los cuadros de evolución aguda cursaban con alguna forma de trastorno de conciencia y que aquéllos de evolución prolongada, en cambio, se centraban de preferencia en un déficit de la memoria y de las funciones cognitivas superiores.

El concepto exógeno, tal como fue definido más arriba, ha sido superado. En la actualidad se entienden como trastornos orgánicos todos aquéllos que aparecen asociados a una enfermedad o disfunción corporal –intra o extra cerebral– conocida y verificable.

Las clasificaciones internacionales modernas los subdividen en Trastornos orgánicos específicos (en su forma típica sólo obedecen a una patogenia orgánica) y Trastornos inespecíficos (pueden darse también con patogenias no orgánicas).

I. CON SINTOMATOLOGÍA ESPECÍFICA

A. Síndromes orgánicos agudos

1. Confusión mental simple. Corresponde a un trastorno cuantitativo de la conciencia vigil. Según la profundidad del trastorno de conciencia se pueden describir cinco grados:

- a) Presopor (a veces llamado obnubilación). Paciente con ojos abiertos, mirada somnolienta o perpleja. No siempre en cama. Si deambula lo hace en forma lenta, titubeante, torpeza en los giros. Diálogo posible, responde a las preguntas con latencia aumentada; tiende al laconismo, se fatiga fácilmente. Puede no estar bien orientado en la fecha y lugar; bien en su filiación personal. El nivel de alerta oscila durante el día, tiende a agravarse hacia la noche.
- b) Sopor leve. En cama, parece dormido; se le puede “despertar” con estímulos poco intensos; puede exhibir cierta iniciativa motora (acomodar la almohada, cambio de posición, etc.); al cesar la estimulación vuelve el sopor. A este grado de confusión se lo denomina también “somnolencia” pero debe quedar en claro que ésta no es igual a la que exhibe el sujeto sano –a medio camino entre el estar despierto y dormido–. En el caso del sopor leve hay por lo general un cierto malestar físico, las respuestas son algo retardadas y, como muy característico, hay una clara perturbación en la conciencia del transcurso del tiempo: el paciente no sabe si es de mañana o de tarde y puede creerse que pasó al día siguiente. Una vez pasado el cuadro confusional, tendrá un recuerdo algo borroso de lo que ocurrió en esos días.
- c) Sopor moderado. Se necesita una estimulación más intensa para obtener alguna respuesta, la que muestra una mayor latencia, suele ser incompleta y no siempre bien atingente. Escasa iniciativa motora y verbal. Recae rápidamente en el sopor.
- d) Sopor intenso. No responde a los estímulos verbales, sí a los dolorosos (pellizcamiento borde superior del trapecio, frotamiento del esternón); mutista; permanece con los ojos cerrados, se opone sin mucho vigor a que sean abiertos; la mirada puede seguir por un rato corto el movimiento de estímulos visuales, no explora el ambiente; acinético, sin ninguna iniciativa motora.

(La nula iniciativa motora y verbal ha hecho que a este grado de sopor se lo denomine también como “estupor orgánico”. Parece preferible

reservar el nombre de estupor a los casos de mutismo acinético con claridad de conciencia).

- e) Coma. No responde a ningún estímulo externo, incluso los dolorosos (Ante la eventualidad que en su patogenia participe una lesión medular con anestesia de tronco y extremidades, se aconseja comprimir intensamente el ángulo mandibular para observar una posible respuesta); reflejos corneal, faríngeo ausentes; ojos cerrados, no se opone a que sean abiertos, la mirada no sigue el movimiento del estímulo visual. El examen pupilar tiene gran importancia pronóstica: a) pupilas iguales reactivas a la luz habla de causas metabólicas (hipo-hiperglicemia), mejor pronóstico b) midriasis unilateral indica un lóbulo temporal herniado, requiere intervención quirúrgica inmediata; c) pupilas puntiformes bilateral hablan de hemorragia intrapontina, mal pronóstico (descartar que el paciente haya recibido gotas de pilocarpina por glaucoma).

El coma se debe a un compromiso del sistema reticular activador ascendente (SRAA) que se origina en el tronco del encéfalo, y que constituye la porción caudal del circuito que regula el ciclo vigilia-sueño. Lesiones de las partes más altas de ese circuito (tálamo óptico, corteza cerebral) pero que dejan indemne a la formación reticular producen cuadros parecidos al coma (coma-like states). Entre ellos: coma vigil, estado apático (por decorticación), estado vegetativo permanente. En el “encastillamiento” (locked-in syndrome) no hay propiamente un trastorno de conciencia; por un defecto en las vías eferentes que comprometen la musculatura de las cuatro extremidades, tronco y cabeza, el paciente sólo se puede comunicar con movimientos oculares. (La exploración del nivel de vigilancia se expone en el Anexo III: Evaluación clínica de las funciones cognitivas).

2. Síndrome delirioso. De una manera figurada, se puede decir que el síndrome confusional simple remeda al sujeto que duerme; el síndrome delirioso, al sujeto que sueña.

Paciente intranquilo, ansioso. Exhibe grados variables de rebajamiento del nivel de vigilia.

El sujeto puede mantener un diálogo pero con discurso más bien fragmentado, muchas preguntas quedan sin contestar, a ratos se desentiende del observador y se queda musitando.

Llaman la atención las abundantes alucinaciones visuales que se delatan por la brusca desviación de la mirada hacia un punto fijo; al ser preguntado, reconoce ver figuras en alguna parte del dormitorio, al lado y junto con otros objetos realmente existentes; las figuras son, por lo general, de algo en movimiento (especialmente animales), tienden a dirigirse hacia el paciente, aparecen y desaparecen rápidamente. Suelen coexistir ilusiones visuales (un objeto a la vista es tomado por otro), pareidolias a partir de manchas en la pared y dismorfopsias (un objeto, reconocido como tal, es visto deformado, con frecuencia moviéndose y retorciéndose en formas grotescas).

El curso del pensamiento se desvía a menudo por las vivencias anormales que lo invaden y no tanto por estímulos que lo atraigan desde afuera. (La distraibilidad –en estos casos– obedece a que el sujeto está más absorbido por su mundo interno que por la realidad externa, a diferencia de la distraibilidad del sujeto maníaco).

Lo más característico, aunque no siempre captable, consiste en la irrupción de vivencias oníricas: bruscamente, y por espacio de segundos o pocos minutos, todo el espacio externo se transforma en un nuevo escenario donde ocurren hechos familiares para el paciente –en su casa con la parentela, en su lugar de trabajo, en un bar con amigos, etc.–. En esos momentos, quienes lo rodean (médicos, enfermeros) pasan a ser sus conocidos y, en la medida que no esté contenido, su conducta será claramente congruente con el contenido de la vivencia. La vivencia onírica se puede entender como una ráfaga de sueño muy fugaz que el paciente asiste con los ojos abiertos y participando activamente en su puesta en escena.

Diagnóstico nosológico: el síndrome delirioso se da de preferencia en sujetos alcohólicos, por lo general a partir de las 72 horas de abstinencia (“delirium tremens”, véase capítulo Alcoholismo). Se da también en cuadros infecciosos agudos, en intoxicaciones con anfetaminas y, especialmente, con sustancias psicodélicas. Como muy frecuente, aunque sin el dramatismo del delirium tremens, se observa en personas de tercera edad por sobredosis de fármacos anticolinérgicos y, a veces, con dosis terapéuticas de atropina; en estos casos, al examen destaca midriasis acentuada (con riesgo de descompensar un glaucoma latente), piel roja y caliente, mucosas secas.

3. Síndrome amencial. Lo característico de este síndrome es la extrema fragmentación de la vida psíquica sobre un fondo de oscuridad de conciencia –rasgo capital para distinguirlo de una esquizofrenia–.

Como señala Jaspers, parece haber en estos pacientes una imposibilidad absoluta para sintetizar acciones parciales –en el plano cognitivo, afectivo, psicomotor– en un acto psíquico complejo. Como a través de un caleidoscopio, la vida psíquica se muestra en esbozos inacabados, inestables y cambiantes sin dejar huellas. Aquí es donde el discurso alcanza el grado mayor de incoherencia: el curso de las ideas es saltígrado, sin puente de paso entre las ideas más próximas (a diferencia de la fuga de ideas). Incapacidad absoluta para sostener un diálogo con sentido, abundan respuestas tangenciales, perseveraciones y ecolalias.

Ideas delirantes de cualquier contenido, cambiantes, no alcanza a darse un tema predominante. Alucinaciones visuales y auditivas, ilusiones sensoriales, dismorfopsias, etc., igualmente erráticas.

Los afectos, también fugaces, pueden mostrar una tendencia a la lamentación quejumbrosa.

Alternan momentos de actividad motora excesiva con otros de gran pasividad. En el primer caso los actos quedan a medio camino y no son retomados posteriormente. Frecuente el descontrol de impulsos, especialmente auto y aloagresivos.

Falsos reconocimientos y desconocimiento de personas familiares, triviales, sin significación delirante.

En momentos de menor compromiso de conciencia aparece, en forma destacada, expresión de perplejidad y una vaga conciencia de enfermedad (“¿dónde estoy?”, “¿qué pasó?”).

A la exploración: funciones de alerta y atención muy alteradas. Desorientación en todo sentido, incluso con los datos de filiación personal. Incapacidad de procesar información nueva. El resto de las funciones cognitivas imposible de explorar por las fallas de concentración.

Diagnóstico nosológico: el síndrome amencial parece el menos inespecífico de las formas de reacción orgánica aguda. Descrito por Meynert en la sepsis puerperal, puede verse también en otros cuadros infecciosos severos. (Con los progresos en la antibioterapia, el síndrome amencial es ahora de rara ocurrencia. Los dos casos que hemos visto en los últimos años correspondían a pacientes con restos de aborto séptico).

4. **Síndrome alucinósico.** Caracterizado por abundantes alucinaciones auditivas en segunda o tercera persona que amenazan, insultan o se burlan del paciente. (En el síndrome alucinósico las pseudopercepciones son alucinaciones

verdaderas, proyectadas al espacio externo y sin juicio de realidad. En semiología se usa también el término “alucinosis” para definir alucinaciones, de cualquier esfera sensorial, bien enjuiciado por el paciente como algo anormal. Parece importante diferenciar ambos usos).

Sobre esa base alucinatoria el sujeto manifiesta ideas delirantes (de persecución, autorreferencia, condenación, etc.) sin mayor elaboración y que, en el fondo, no pasan de ser una explicitación del contenido de las “voces”.

El estado de ánimo corresponde, casi siempre, a una ansiedad paranoide que el paciente mismo describe como sentirse “perseguido”. No hay desconfianza hacia el entrevistador. La expresividad y la conducta son congruentes con su momento afectivo.

No hay embotamiento de la conciencia vigil (salvo excepcionales momentos muy fugaces, especialmente de noche). Se describe, por el contrario, una condición de hipervigilancia, con hiperestesia sensorial y frecuentes reacciones de sobresalto.

En la primera entrevista, reconoce estar padeciendo insomnio de conciliación importante, con dormir entrecortado y pesadillas.

Diagnóstico nosológico: el síndrome alucinósico más florido se ve en sujetos adictos alcohólicos (se lo ha llamado “psicosis inducida por el alcohol”), no está claro el mecanismo de acción: puede aparecer durante una crisis de ingesta de varios días como en períodos de abstinencia. Aunque no es lo frecuente, el paciente puede negar su hábito alcohólico; conviene, entonces, explorar los llamados “estigmas” de alcoholismo: telangiectasias en el territorio de la cava superior, eritema palmar, piel delgada y húmeda, a veces desdiferenciación de los caracteres sexuales secundarios (Conviene señalar que la duración de la alucinosis alcohólica es variable: días, semanas, algunos meses y, más raro, hacerse crónica; en este caso se discute su relación con la esquizofrenia: ¿psicosis exógena esquizofreniforme? ¿esquizofrenia desencadenada por hábito alcohólico?).

El cuadro alucinósico se observa también con la ingesta excesiva de otras sustancias (anfetaminas, cocaína, ácido lisérgico, etc.).

En lesiones circunscritas del cerebro se dan fenómenos alucinatorios (especialmente visuales y auditivas) que pueden ser o no bien enjuiciados. Como muy característico, el síndrome alucinósico peduncular: alucinaciones visuales complejas, especialmente al atardecer, con alteración importante del ritmo vigilia-sueño.

Aunque poco frecuente, se puede observar en la descompensación severa de un hipotiroidismo (en este caso predomina la apatía o depresión sobre la ansiedad). [Mujer alrededor de 60 años, residente en un pueblo de provincia, ingresó al Hospital Psiquiátrico en tres inviernos consecutivos (1962-1964) con signos físicos de hipotiroidismo muy acentuados. Confesaba alucinaciones auditivas verdaderas muy abundantes y nítidas, en segunda persona. Portadora de una insuficiencia cardíaca severa, obligaba a instalar una terapia hormonal de progresión muy lenta, lo que permitía observar como desaparecía gradualmente el cuadro alucinatorio. Lo más llamativo, al comienzo de la mejoría, era no la disminución en la frecuencia de las “voces” sino en su intensidad, haciéndose cada vez más lejanas hasta desaparecer del todo].

5. Síndrome asténico-hiperestésico emocional (“neurastenia orgánica”). Se apoya en una diada muy característica: cansancio acusado combinado con una irritabilidad explosiva. El cansancio se expresa en una gran fatigabilidad somática ante cualquier esfuerzo o tarea física; el paciente se queja de “falta de fuerzas” que se va acentuando con el correr del día (no hay propiamente baja del ánimo, desinterés ni anhedonia). Sobre un fondo de irritabilidad permanente, ésta se exagera violentamente ante contrariedades menores, descargándose en conductas que consumen un gran gasto de energía, claramente en contraste con la astenia concomitante; la explosión de rabia puede traducirse en impulsos aloagresivos (castigar a un hijo, por ejemplo) que posteriormente es reconocida como “una pérdida de control” y vivida con una penosa sensación de culpabilidad.

Se acompaña de una serie de síntomas que, tomados en conjunto, le dan al cuadro una cierta especificidad: hiperemotividad, hiperestesia sensorial, labilidad vegetativa, sueño no reparador, reacciones de sobresalto, fenómenos de extrañeza corporal y de irrealidad, cefalea en cintillo, dificultad de concentración y, como algo muy acusado, incapacidad para desprenderse de un recuerdo parásito (a diferencia del fenómeno obsesivo, aquí el paciente se queda “pegado” en el recuerdo de una experiencia más o menos reciente, una melodía por ejemplo).

Diagnóstico nosológico: se ve especialmente después de TEC de cierta importancia, en la convalecencia de enfermedades debilitantes, en cuadros carenciales y anemias diversas. Suele darse también al inicio de cuadros demenciales.

Puede confundirse con cuadros de ansiedad o depresivo-ansioso; el conjunto de la sintomatología obliga a estudiar un fundamento corporal.

COMENTARIO

Mirados en conjunto los síndromes orgánicos agudos son, por lo general, episodios breves, desconectados de la existencia real del sujeto; no hay continuidad biográfica, no tienen relación con el mundo real en que todavía se mueven, son como un cuerpo extraño injertado provisoriamente en su existencia. Al remitir, se recuerdan vagamente –especialmente aquellos con trastornos de conciencia– borrosidad que puede servir, retrospectivamente, para confirmar un diagnóstico dudoso.

En su etiopatogenia destaca la inespecificidad de los agentes causales que pueden producirlos: agentes infecciosos, tóxicos, metabólicos, carenciales, tumorales, isquémicos, traumáticos, etc., especialmente notoria en la confusión mental simple (Bonhoeffer).

B. Síndromes orgánicos crónicos

1. Síndrome demencial. Al síndrome demencial se le exigen ciertas características clínicas que deben ser tomadas en cuenta al examinar distintas posibilidades diagnósticas:

- Naturaleza siempre orgánica, etiología múltiple (diversas patogenias), daño cerebral difuso o multifocal (como excepción, un solo foco).
- Fallas mnésicas más otras fallas cognitivas.
- Deterioro en relación al nivel previo de funcionamiento laboral y social.
- Repercusión en la vida cotidiana (hábitos de aseo, tareas domésticas, manejo de dinero, uso del tiempo libre).
- Cambios en la personalidad: acentuación de rasgos previos o aparición de rasgos diferentes.
- Tendencia a la cronicidad y curso de deterioro progresivo.
(En relación con el último punto, cabe señalar que actualmente, con tratamientos específicos, puede observarse reversibilidad –o detención– en cerca de un 10% de los casos).

Diagnóstico nosológico

Según etiología:

- a) Demencias degenerativas. La más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, con una forma precoz (aparición antes de los 65 años) y otra tardía (pequeñas diferencias anátomo-patológicas). En su evolución pueden distinguirse tres etapas: la primera se inicia con fallas de memoria (de corto plazo y biográfica especialmente para hechos recientes); fallas nominativas (olvida los nombres de personas cercanas); desorientación alopsíquica; torpeza en la ejecución de tareas cotidianas; cambios afectivos: perplejidad, intranquilidad, más rara la apatía. Después de dos o tres años, en la segunda etapa: acentuación fallas de la memoria, a las que se suman otras fallas cognitivas; la dificultad nominativa se extiende a la denominación de objetos; no reconoce a personas familiares; se pierde en lugares conocidos. En esta etapa aparecen signos focales: disfasia, apraxia, agnosia, acalculia; en cerca de la mitad de los casos, por compromiso bilateral del lóbulo temporal, se observan algunas manifestaciones del síndrome de Klüver-Bucy (ver Miscelánea). A menudo: signos piramidales y extrapiramidales. Pueden darse síntomas psicóticos. La última etapa (terminal) muestra a un sujeto postrado en cama, doble incontinencia, profundamente apático, desorientación alo y autopsíquica, la iniciativa verbal se va reduciendo progresivamente, no reconoce a nadie. Reflejos de liberación positivos. Pueden aparecer ataques convulsivos. Llama la atención el enflaquecimiento acompañado de buen apetito.

Otras demencias degenerativas: Enfermedad de Pick de comienzo con manifestaciones de tipo frontal antes que fallas en la memoria o cognitivas superiores: desinhibido, faltos de tacto, actos delictivos ajenos a su personalidad previa (estafas, pedofilia, etc.), euforia vacía, moria. Incontinencia urinaria precoz. Al aparecer las fallas cognitivas, destacan un discurso perseverativo, reducción del vocabulario, repetición estereotipada de pequeñas frases. Con frecuencia, y precozmente, se verá compromiso del lóbulo temporal, bilateral (síndrome de Klüver-Bucy). Demencia con cuerpos de Lewy: se inicia con trastorno de conciencia fluctuante, alucinaciones visuales, síncope no explicables. Memoria poco perturbada al comienzo, deterioro cognitivo global

- progresivo. Como muy característico: signos parkinsonianos espontáneos o con dosis muy baja de neurolépticos.
- b) Demencias vasculares (Enfermedad de Alzheimer y demencias vasculares, sumadas o combinadas, cubren cerca del 90% del total de cuadros demenciales). Antecedentes de hipertensión arterial, arterioesclerosis, diabetes, hiperlipidemia. Inicio por lo general brusco en relación con un accidente vascular encefálico (trombosis, embolia, hemorragia); al remitir el trastorno de conciencia aparecen fallas cognitivas que resisten en el tiempo; otras veces el comienzo es insidioso: los cambios de personalidad y afectivos –como algo destacado, la labilidad emocional– preceden a las fallas de memoria. Los déficit psicológicos son desiguales: personalidad mejor conservada; la capacidad de abstracción puede mantenerse por bastante tiempo; en las etapas iniciales hay buen insight (lo que explica reacciones de ansiedad o depresivas). El curso es “escalonado” en relación con nuevos accidentes vasculares (AVE o trastornos isquémicos transitorios). La acumulación de déficit neurológicos puede culminar en una parálisis pseudobulbar: disartria, disfagia, risa y llanto espasmódicos, bradiquinesia, marcha a pequeños pasos.
- c) Otras patologías (tóxicas, metabólicas, carenciales, inflamatorias, etc.). Entre ellas figura el grupo de demencias reversibles (o, al menos, detentables) con alguna forma de tratamiento específico: demencia asociada a lúes, SIDA, alcoholismo, déficit vitamina B12, hipotiroidismo, hidrocefalo normotensivo y otras.

El diagnóstico diferencial más importante del cuadro demencial lo constituyen las llamadas pseudodemencias.

Pseudodemencia depresiva

Se plantean varias interrogantes: ¿se trata de una depresión del estado de ánimo que, por vía de la inhibición psíquica, imita los déficit cognitivos orgánicos? ¿se trata de una demencia (más bien incipiente) que por su repercusión en el conjunto de la existencia de esa persona, condiciona una reacción depresiva? ¿existe una base neuroquímica común en la depresión y la enfermedad demencial?

En respuesta de la tercera pregunta se ha visto que en depresiones crónicas, después de muchos meses de evolución refractaria a los tratamientos

antidepresivos, empieza a desarrollarse un cuadro demencial. Otros trabajos señalan que más o menos un tercio de sujetos depresivos sin fallas cognitivas, después de mejorados empiezan a manifestarlas, y que en un seguimiento de hasta 18 meses, un alto porcentaje de ellos hizo una demencia franca. Se ha planteado, como hipótesis explicativa, que en ambos cuadros se observan cambios en el nivel de monoaminas del SNC.

Las tres interrogantes no deben verse como mutuamente excluyentes. La primera, la que propiamente puede llamarse pseudodemencia depresiva, es una realidad clínica. En un porcentaje importante de pacientes depresivos están en primer plano las fallas mnésicas, dificultades de concentración, enlentecimiento psíquico y motor, reducción del círculo de intereses, abandono de hábitos de aseo, etc., síntomas que hacen pensar en un cuadro demencial, especialmente de tipo vascular subcortical. Para el diagnóstico diferencial apoya la idea de una depresión el hecho que la memoria de corto plazo esté menos comprometida que la de largo plazo, y que en ésta, las fallas de memoria son, por lo general, igualmente afectadas la memoria episódica de hechos recientes y hechos remotos; también la mayor conciencia de malestar subjetivo (quejas hipocondríacas a veces expresadas en forma majadera), la ansiedad concomitante (en las demencias vasculares predomina la labilidad emocional) y el despertar precoz. Pero seguramente el hecho clínico más decidor es la poca disposición a cooperar que muestra con mucha frecuencia el sujeto deprimido: ante algunas tareas sencillas de rendimiento cognitivo, responde con un “no sé”, “no me acuerdo”, que por el tono de voz y el conjunto del juego expresivo (apuntan a un sentimiento de fastidio) el observador lo entiende como una petición que lo dejen tranquilo. Esa poca disposición no es rígida y puede explicar las grandes variaciones que en el estudio de rendimientos cognitivos exhibe el depresivo de un día a otro, mucho mayor que en sujetos demenciados.

El examen neurológico (reflejos de liberación, signos piramidales, extrapiramidales, etc.) apuntan claramente hacia un cuadro demencial. Lishman le da mucha importancia a la prueba cara-mano para diferenciar la demencia de cuadros parecidos no orgánicos: si se estimula al paciente (ojos cerrados) tocando simultáneamente la piel de la cara y la mano del mismo lado, en la demencia orgánica no se percibe el estímulo de uno de ellos (por lo general, la mano). A diferencia de los cuadros parietales en que el fenómeno de extinción afecta el lado contralateral al hemisferio comprometido, aquí la no respuesta

se observa en ambos lados. Los exámenes complementarios (neuroimágenes, EEG, pruebas neuropsicológicas, etc.) ayudan al diagnóstico diferencial.

Con todo, el diagnóstico diferencial es, muchas veces, muy difícil de precisar, especialmente en sujetos de edad avanzada sin antecedentes de episodios depresivos previos. Un tratamiento con psicofármacos antidepresivos, en dosis y por el tiempo adecuados, puede ser el que mejor resuelva la duda diagnóstica. (En el Hospital de Maudsley, Londres, un 8% de sujetos ingresados con diagnóstico de demencia, fueron dados de alta mejorados después de un tratamiento antidepresivo).

Pseudodemencia psicógena

Corresponde a la pseudodemencia histérica descrita por Wernicke: claridad de conciencia; respuestas aproximadas (semejantes a las que se ven en el síndrome de Ganser que cursa con oscuridad de conciencia); fallas mnésicas extremas (compromete todas las formas de memoria, no sabe nada de su vida pasada, no conserva ningún recuerdo escolar); conductas muy desajustadas, a veces puerilismo; dispraxia, disgrafia, dislexia, acalculia no convincentes.

No es una simulación planificada deliberadamente. Se ve en sujetos encarcelados, o en espera de un fallo judicial.

Pseudodemencia simulada

Producción de síntomas intencionadamente, reproduce las manifestaciones que el imaginario popular tiene de un demente: no sabe nada, mal empleo de objetos de uso cotidiano, groseras transgresiones en los hábitos de aseo. El diagnóstico no siempre es fácil, ayuda recoger antecedentes sobre el inicio del cuadro. Para Bumke el mejor criterio lo da la observación del sujeto cuando éste no se crea observado.

COMENTARIO

El cuadro demencial toca con aspectos muy sensibles de la existencia humana, los que deben ser cuidadosamente estudiados.

Memoria y demencia

Desde el punto de vista de los rendimientos cognitivos la falla central en las demencias reside en la memoria. Ahora bien, la memoria no es una función unitaria del cerebro: está constituida por varios procesos que dependen de estructuras neurales anátomo-funcionales distintas aunque íntimamente

relacionadas entre sí (Bermejo del Ser). De una manera esquemática, se pueden distinguir:

- Memoria inmediata: retención por pocos segundos de un número limitado de datos; si esos datos no se integran a otros engramas, desaparecen sin dejar ninguna huella
- Memoria a corto plazo: fijación de datos recién percibidos que pueden integrarse con otros datos. Permite el aprendizaje de información nueva que tenga algún sentido, la que se consolida en engramas permanentes.
- Memoria a largo plazo: conjunto de engramas permanentes que pueden ser recuperados. Según la naturaleza de lo adquirido, se subdivide en:
 - a) Memoria episódica (biográfica): acontecimientos vividos que pueden ser evocados en un tiempo y un lugar más o menos preciso. Se distinguen, a su vez, en memoria episódica de hechos recientes y otra de hechos remotos.
 - b) Memoria léxico-semántica: datos adquiridos no en eventos biográficos puntuales (no se evocan en un tiempo y lugar) y que constituyen el fondo general de conocimientos y vocabulario (más o menos amplio) del que dispone cada persona.
 - a) y b) forman la memoria declarativa (explícita), requieren un esfuerzo activo para su evocación.
 - c) Memoria procedural (implícita): información que dice “como hacer” algo, diversas habilidades, o conductas automatizadas, hábitos no sólo motores (por ejemplo: reglas aritméticas) etc. que están a la mano, no exigen un esfuerzo activo para disponer de ellos.

Las distintas formas como puede perturbarse la memoria y el momento de su aparición en el cuadro clínico, son indicadores muy valiosos en el diagnóstico diferencial de las demencias.

Senilidad y demencia

En la senilidad pueden o no haber fallas mnésicas, las que si se acompañan de otras perturbaciones (cognitivas, vida cotidiana, etc.) constituyen un cuadro demencial. Así, se puede describir un continuum:

Memoria indemne – fallas “fisiológicas” (leves, ocasionales y sin relevancia clínica) – fallas más frecuentes y más acentuadas (“olvido benigno de la senescencia”) – fallas mnésicas más notorias y asociadas a otros déficit cognitivos (demencia).

El problema clínico más importante lo constituye el llamado “olvido benigno de los senescentes”, que puede ser tomado, a veces, como una demencia incipiente. Como criterio diferencial sirve que las fallas mnésicas (memoria de corto plazo y episódica de hechos recientes) pueden corregirse –en parte, por lo menos– ayudando con palabras claves (para este punto está indicado especialmente el test de palabras asociadas: ver Anexo III); el hecho que en el senil no demente hay clara conciencia (a veces exagerada) del menoscabo mnésico; la ausencia de otros deterioros cognitivos; la no repercusión en la vida cotidiana ni cambios de personalidad importantes. El déficit mnésico es estacionario y tiende a no ser progresivo (aunque estudios longitudinales muestran que un porcentaje menor de ellos –después de varios años– puede llegar a la demencia). El examen neurológico puede ser engañoso; en el viejo sano –o no demente– suelen existir signos de alteración sin mayor significación clínica: pupilas desiguales, reflejos a la luz perezosos; disminución de fuerzas; exaltación y asimetría de los reflejos tendinosos; esbozo de Babinski y Mayer; discreta hipertensión en segmentos proximales extremidades y reflejos de liberación positivos (aunque sin la intensidad que pueden alcanzar en cuadros orgánicos avanzados).

Cuando la falla mnésica que corresponde al “olvido benigno” se mide con ciertas pruebas psicométricas y alcanza 1 desviación estándar de la media de sujetos jóvenes y normales, se expresa con el concepto de AAMI (*Age Associated Memory Impairment*).

Demencia y persona

K. Goldstein ha insistido que en los cuadros orgánicos la sintomatología exhibida no se debe sólo al daño estructural (sea focal o difuso) sino también –y esto vale especialmente para los cuadros de cierta duración– a la manera como la persona enferma reacciona y se adapta a ese daño. Actitudes tales como evitar situaciones nuevas o ambiguas, tendencia exagerada al orden y la puntualidad, terquedad y rigidez para oponerse a un punto de vista diferente, la necesidad de mantenerse ocupado, soslayar algunas preguntas difíciles con bromas o desviando la atención, el moverse de preferencia en la realidad concreta inmediata y rehuir hacer planes a futuro (a lo “mero posible”), etc., no son efectos

directos del daño orgánico sino el resultado de una necesidad psicológica no consciente de defenderse de todo aquello que se siente como amenaza a una capacidad de respuesta deteriorada, amenaza que puede desembocar en la llamada “reacción catastrófica” (explosión de angustia o rabia).

Diagnóstico de demencia

Psiquiatras y neurólogos que se han especializado en este tema coinciden en afirmar que el diagnóstico de demencia es, esencialmente, clínico. Los exámenes complementarios (neuroimágenes, EEG, bioquímicos, etc.) son coadyuvantes necesarios pero por sí solos no hacen el diagnóstico.

Las pruebas neuropsicológicas juegan un papel especial: pueden ser un excelente instrumento para seguir la evolución del cuadro demencial y pueden usarse eficazmente en investigaciones epidemiológicas en grupos de población. Para el diagnóstico de un caso individual, Zarranz –entre otros autores– señala que los tests “breves” (tipo MMSE) no son muy confiables: hay muchos falsos positivos y falsos negativos, y no discriminan los factores extracognitivos que pueden interferir con la evaluación. Las baterías de tests más sofisticadas (Luria-Nebraska, Goldstein, otros) tienen mayor validez pero son engorrosos, demandan mucho tiempo y requieren profesionales especializados en su uso. Para estudios epidemiológicos, algunos autores prefieren el SPMSQ (Short portable mental state questionnaire) sobre el MMSE.

Un buen test para averiguar sobre el inicio de un cuadro demencial y su diferenciación de las fallas de la senilidad es un cuestionario que debe llenar alguien que haya vivido con la persona-problema los últimos 5 años: Cuestionario al informante sobre el deterioro cognitivo en el anciano (IQCODE por sus iniciales en inglés).

2. Enfermedad de Wernicke-Korsakov

Asociada a carencia importante de tiamina, generalmente en sujetos alcohólicos, por lesiones a nivel del tercer ventrículo (hipotálamo-diencefálicas) y zonas próximas (las lesiones del circuito límbico producen un síndrome amnésico sin fabulaciones).

Suele darse en dos etapas: la primera, confusional (encefalopatía de Wernicke), de comienzo brusco, con trastorno de conciencia (por lo general presopor o sopor leve, más raro un síndrome delirioso), más signos neurológicos: parálisis 6° par con estrabismo convergente (casi siempre fugaz), ataxia y nistagmus. A medida que mejora la lucidez de conciencia (entre dos semanas

y dos meses) aparecen las fallas de memoria (encefalopatía de Korsakov): desorientación alopsíquica importante, bien orientado en su filiación personal; memoria inmediata conservada; memoria de corto plazo muy alterada, no es capaz de aprender información nueva; memoria de largo plazo: muy perturbada la memoria episódica de hechos recientes, no tanto la de hechos remotos.

Lo más característico son las fabulaciones ante preguntas por el pasado reciente: el sujeto no reconoce que lo ha olvidado, de inmediato responde con datos claramente falsos. Las fabulaciones de la memoria son triviales, parecen corresponder a hechos realmente ocurridos pero mal ubicados en el marco témporo-espacial, no tienen una significación especial (a diferencia del recuerdo delirante). Pueden ser modificadas fácilmente con sugerencias que haga el observador (“¿no fue su cumpleaños ayer?”). Las fabulaciones se observan en la memoria episódica y no en la léxico-semántica. (Si se le pide que hable del Combate Naval de Iquique, entrega pocos datos concretos –menos de cinco– pero no aparecen datos inventados ni aunque se le sugieran). La trivialidad de las invenciones sin un mayor despliegue de la fantasía, las distingue de las fabulaciones “fantásticas” que se observan en cuadros parafrénicos. Muy frecuente los falsos reconocimientos de personas, también triviales y cambiantes. El resto de las funciones cognitivas está indemne o levemente comprometido, en clara desproporción con las fallas mnésicas. No hay conciencia de enfermedad. La afectividad más bien aplanada, aunque ante algunas exigencias se irrita explosivamente (reacción catastrófal).

3. Cambios de personalidad

Entre las más importantes:

a) **Síndrome del lóbulo frontal**

En forma muy resumida y esquemática se puede decir que lesiones de la cara orbitaria del lóbulo frontal producen cambios permanentes en la personalidad que giran alrededor de un grado mayor o menor de desinhibición psíquica: falta de tacto en las relaciones interpersonales, pérdida del pudor, poco control de los impulsos (especialmente sexuales y agresivos), poca consideración por los sentimientos ajenos, transgresión de normas éticas con tendencia a conductas delictuales, glotonería, etc., y como telón de fondo un estado maniaco persistente: euforia vacía, poco contagiosa; irritabilidad y cambios bruscos de humor; tendencia al puerilismo y chiste fácil (moria); locuacidad con frecuentes juegos de palabras y alusiones en doble sentido.

En las lesiones de la cara medial los cambios de personalidad apuntan principalmente a la falla de iniciativa, tendencia al aislamiento social, apatía, escasa curiosidad por explorar el ambiente, abulia. Lesiones bilaterales de la cara medial pueden llevar al estupor.

Si las lesiones comprometen la cara dorsolateral (convexidad) la falla principal se observa en el área cognitiva, especialmente en las funciones ejecutivas: dificultad para iniciar tareas dirigidas a un objetivo y en la supresión de conductas automatizadas desencadenadas por algún estímulo externo (conductas de mirar y tocar, utilización forzada de objetos).

Las lesiones son rara vez muy circunscritas, lo que se traduce en distintas combinaciones de los síntomas señalados. Los trastornos de la micción son precoces y pueden anteceder en muchos meses la aparición de otros signos frontales.

b) Síndrome del lóbulo temporal

La psiquiatría clásica describió la “personalidad epiléptica”, en la que concurrían no menos de 25 rasgos caracterológicos (algunos contradictorios entre sí y otros que podían atribuirse a una prolongada estadía en asilos psiquiátricos).

En la década de los setenta, varios autores llevaron la atención a la epilepsia del foco temporal, viendo en ella algunos cambios permanentes de personalidad que no se ven en otras formas de epilepsia y que suelen aparecer alrededor de dos años después que se inician los ataques.

En ese “síndrome de personalidad del lóbulo temporal” se destacaron tres componentes: i) circunstancialidad (detallismo) a la que se agrega viscosidad del pensamiento, perseveraciones y, a veces, hipergrafía; ii) hiposexualidad a veces asociada a desviaciones sexuales y, más rara vez, hipersexualidad; iii) cambios emocionales: labilidad del ánimo, inestabilidad, disforia, ansiedad, actitudes paranoideas y otros rasgos más ambiguos (religiosidad, vida emocional más profunda, sentido del destino personal exacerbado).

En un cuestionario ad-hoc dirigido a ponderar 18 de esos ítems, Bear y Fedio compararon pacientes con epilepsia de lóbulo temporal y controles sanos: encontraron diferencias muy significativas en la circunstancialidad y viscosidad del pensamiento, un poco menos en la hiperemotividad y religiosidad y muy poca diferencia en cuanto a hipergrafía y alteraciones sexuales.

Por otra parte, Lishman cuestiona que esos cambios adquiridos de personalidad sean específicos del lóbulo temporal y los estima comunes a cualquier daño cerebral.

II. CON SINTOMATOLOGÍA INESPECÍFICA

Los trastornos orgánicos, además de los síndromes ya descritos, suelen presentar síndromes inespecíficos que pueden darse con otras patogenias. Dada su inespecificidad, para que cualquiera de estos síndromes sea rotulado como “orgánico”, debe cumplir ciertas exigencias definidas:

- Presencia probada (o al menos una presunción fuertemente apoyada en datos clínicos) de alguno de los factores que se sabe pueden producir trastornos orgánicos;
- Relación temporal entre enfermedad subyacente y la aparición y eventual remisión del cuadro orgánico (aunque se puede aceptar un desfase de varios meses como, por ejemplo, en las psicosis esquizofreniformes que siguen al abuso de cocaína, anfetamina y otras sustancias);
- Ausencia de factores patogénicos que pudieran dar cuenta del mismo síndrome (antecedentes familiares muy cargados en la dirección de una enfermedad bipolar o esquizofrenia, estresores psicosociales inusitadamente graves).

En los síndromes inespecíficos el déficit de las funciones cognitivas debe estar ausente o, al menos, en clara desproporción con el resto de la sintomatología. Si el déficit cognitivo es más intenso, el síndrome inespecífico deberá verse tan solo como un componente patoplástico que le confiere un colorido especial al trastorno específico. Ejemplo: demencia con predominio de síntomas depresivos.

Por su importancia clínica, nos limitaremos a algunas endocrinopatías.

A. Hipotiroidismo. Con frecuencia asociado a un cuadro depresivo. Desde el punto de vista subjetivo: intolerancia extrema al frío. Al examen: cara edematosa, pálida (a veces de color “azapallado”), párpados bolsudos; cabellera raleada, seca y lacia; cejas depiladas; voz ronca; dermatografismo y piloerectio retardados; la percusión del músculo deltoides provoca un pseudo rodete miotónico. Como algo muy peculiar: el saludo de mano al comienzo es laxo, sin fuerzas y luego se hace más vigoroso. Para algunos, el reflejo aquiliano es patognomónico: contracción (extensión del pie) rápida seguida de una decontracción muy lenta. Si el hipotiroidismo se acompaña de baja de peso importante y pérdida del vello axilar y púbico, debe pensarse en un hipotiroidismo secundario a insuficiencia hipofisaria.

B. Hipertiroidismo. Puede manifestarse con un trastorno de angustia y, con menos frecuencia, un cuadro maniaco. Como manifestaciones corporales concomitantes: bocio, baja de peso, sudoración, manos calientes, temblor fino, taquicardia. Muy notorio: exoftalmo con signo de Graeffe positivo (levantar la mirada, luego bajarla: el párpado superior no acompaña al globo ocular dejando al descubierto una gran franja de esclerótica). Lishman señala que un aumento del apetito (frecuente) lo distingue de otras formas de ansiedad.

C. Enfermedad de Cushing (aumento de la actividad córtico suprarrenal). Suele acompañarse de un síndrome maníaco, a veces indistinguible de la manía endógena. Al examen, y como muy característicos: cara de luna (redonda y rubicunda), joroba de búfalo, estrías rojizas especialmente en abdomen y muslos. Además: obesidad, hirsutismo, hipertensión arterial severa.

D. Enfermedad de Addison (insuficiencia de la corteza suprarrenal). Lo más frecuente: síndrome depresivo con astenia y fatigabilidad intensas. Desde el punto de vista corporal: pigmentación de la piel especialmente en zonas descubiertas, a veces solo detectables en encías y a nivel de cicatrices. (Se describe también un Addison “blanco”). Hipotensión arterial marcada, temperatura subnormal.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. BERMEJO F, DEL SER T, *Demencias. Conceptos actuales*. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1993. Cap. 1 y 3.
2. CUMMINGS J.L. *Clinical Neuropsychiatry*. Grune and Stratton Inc., Nueva York, 1985. Cap. 8.
3. GOLDSTEIN K. *La naturaleza humana a la luz de la Psicopatología*. Ed. Paidos, Bs. As., 1961. Cap. 4.
4. LISHMAN WA. *Organic Psychiatry*. Blackwell Scientific Publ Oxford, 2ª edición, 1987. Cap. 10.
5. MAYER GROSS W, SLATER E., ROTH M. *Psiquiatría clínica*. Ed. Paidos, Bs. As., 2ª edición, 1974. Cap. 5.
6. ZARRANZ J.J. *Neurología*. Elsevier, España, 3ª edición, 2003. Cap. 26.
7. ROA A. *Formas del pensar psiquiátrico*. Ed. Universitaria. 1971. Cap.: Bonhoeffer.

Capítulo 11

MISCELÁNEA

Se describirán, sin mucho detalle, algunos síndromes que no son de alta prevalencia en una Unidad de Corta Estadía. Algunos de ellos forman parte de un síndrome mayor.

I. SÍNDROME DISOCIATIVO

Incluye una serie de manifestaciones corporales y psíquicas de aparición y desaparición relativamente bruscas, de corta duración, por lo general desencadenados por factores estresantes, con frecuencia asociados a rasgos de personalidad inmadura, “infantil” o histriónica; suelen tener una finalidad ganancial (escape de una situación amenazante, no enfrentar algo desagradable). Su patogenia es claramente psicológica.

Se acostumbra dividirlos en trastornos conversivos (el conflicto emocional se “convierte” en alguna perturbación neurológica) y trastornos disociativos (el conflicto emocional se “disocia” de la conciencia del sujeto).

A. Trastornos conversivos

Déficit de una función neurológica no explicable fisiopatológicamente: motora (parálisis, mutismo, astasia-abasia); sensitiva (anestias, parestias); sensorial (ceguera, sordera).

Incluye a las crisis pseudoepilépticas: pérdida brusca de la conciencia, casi siempre ante terceros (nunca sobrevienen durante el dormir), caída al suelo protegida, contracciones musculares desordenadas que no siguen la secuencia tonicoclónica típica del ataque convulsivo mayor; puede acompañarse de gestualidad expresiva (miedo, rabia), no hay mordedura de la lengua (salvo ocasionales rasmilladuras de la punta), sin cianosis, excepcionalmente incontinencia de orina. El ataque puede terminar con una crisis de llanto. Durante la crisis: reflejo corneal conservado; reflejo plantar en flexión-EEG normal. No hay aumento de la prolactina.

B. Trastornos disociativos

1. Estado crepuscular psicógeno

(A veces llamado “dreamy-like state” o sonambulismo psicógeno, distinto que el automatismo ambulatorio que puede interrumpir el dormir fisiológico).

Bruscamente el sujeto se desconecta del mundo exterior; parece sumido en ensoñaciones, fantasías, alucinaciones especialmente visuales; la conducta y la expresividad es congruente con algún afecto exacerbado (miedo, rabia, éxtasis). No responde a las sollicitaciones del ambiente; si habla lo hace en forma poco inteligible, atropellada. Duración de minutos a pocas horas (excepcionalmente algunos días), término brusco, amnesia lacunar del episodio.

Diagnóstico diferencial

Estado crepuscular epiléptico: comienzo brusco, sin factor desencadenante. Sintomatología muy parecida al cuadro psicógeno, salvo un grado mayor de enlentecimiento, torpeza motora, perseveraciones; suele predominar la irritabilidad. EEG anormal durante el episodio. Puede terminar con ataque convulsivo mayor.

2. Amnesia psicógena

Puede seguir a una experiencia traumática. El sujeto no puede recordar (y se da cuenta de ello) un período de tiempo más o menos prolongado o todo lo relacionado con un tema biográfico (matrimonio, muerte de un ser cercano, etc.). La selectividad compromete de preferencia la memoria biográfica: como excepción, la memoria semántica. [Un ejemplo de esto último: mujer joven, casada, profesora de francés en liceo; el cónyuge, empleado público no profesional, no habla francés. Matrimonio desavenido, frecuentes discusiones, a veces violentas; en una de ellas la mujer pierde el conocimiento, al recuperarlo ha olvidado totalmente el castellano, sólo puede expresarse en francés].

Diagnóstico diferencial

La selectividad de la amnesia, su comienzo brusco, el sentido ganancial de sacar de la conciencia algo perturbador o displacentero, la duración breve, etc., distingue claramente la amnesia psicógena de la amnesia orgánica.

Un caso especial lo constituye la Amnesia Global Transitoria: bruscamente el sujeto pierde totalmente la capacidad de procesar nueva información (aprendizaje), con amnesia retrógrada que puede extenderse a un período más o menos largo de tiempo pero que por lo general no compromete el pasado

más remoto. No hay trastorno de conciencia, el sujeto está atento, se puede conversar sobre lo que ocurre en ese momento, experimenta con una mezcla de perplejidad y ansiedad su falla de memoria (“¿cómo llegué aquí?”). No hay fabulaciones. Identidad personal conservada. Puede durar horas o pocos días. Examen neurológico suele ser normal durante el episodio, a veces asimetría de algunos reflejos (más frecuentes las molestias subjetivas: cefalea, mareos, tinitus, parestesias) EEG. normal Se discute su patogenia: ¿accidente isquémico transitorio?

3. Fugas psicógenas

Viajes intempestivos, de comienzo brusco, frecuentemente desencadenado por experiencias de gran carga emocional (suele verse después de catástrofes naturales). Durante el vagabundeo, el paciente puede verse algo perplejo, no tiene conciencia de quién es (puede o no adquirir otra identidad) ni de su pasado. La conducta, bien coordinada, permite realizar tareas más o menos complejas (compra de pasajes, alojamiento en hoteles, etc.); duración de horas a pocos días; aunque sea prolongada, no hay compromiso del estado nutritivo ni desorden del arreglo personal. Término brusco (“¿dónde estoy?”), amnesia total del episodio. EEG: normal.

Diagnóstico diferencial

- a) Fugas epilépticas. Aparición brusca, sin motivación comprensible; a veces sigue a otra manifestación accesional; por lo general, conducta menos coordinada, enlentecida y perseverativa. Suelen ser cortas; si son más prolongadas (días) Lishman sugiere la posibilidad que sean inicialmente un acceso epiléptico psicomotor; el trastorno de conciencia podría liberar mecanismos histéricos de evasión. Historia de otras manifestaciones epilépticas. EEG anormal, por lo general con foco eléctrico temporal.
- b) Automatismos psicomotores alcohólicos (“blackouts”). Aparecen en el curso de ingestas excesivas; si se da con ingestas moderadas se discute si son accesos de epilepsia parcial compleja desencadenados por el alcohol
- c) Dromomanía. Impulso incoercible a caminar, sin trastorno de conciencia, casi siempre precedido por un cambio brusco de humor de contenido disfórico (distimia depresiva o ansiosa) que lo acompaña durante todo el episodio. Puede durar varios días; al término predomina sensación

de agotamiento físico; con cierta frecuencia se le verá sucio, enflaquecido. Tiende a repetir con las mismas características. EEG: normal.

II. SÍNDROME DE GANSER

Lo más característico de este síndrome son las respuestas aproximadas (o “respuestas pasadas de punto”), que Ganser (1898) las definió así: “En la elección de respuestas el paciente parece pasar por alto deliberadamente la respuesta correcta y selecciona una falsa, lo que cualquier niño reconocería como tal”.

El error suele ser sistemático, como siguiendo una cierta lógica: $2+2=5$; $4+4=9$; $9+9=19$. La mitad de $8=2$; la mitad de $10=21/2$. Si se le pregunta por la capital de Argentina y responde Lima, por ejemplo, puede ser un error; si luego contesta que la capital de Perú es Buenos Aires, lo más probable es que sea una respuesta aproximada. Algunas veces la respuesta es el antónimo del adjetivo correcto: color de la nieve = negra, color del carbón = blanco.

El síndrome de Ganser se da sobre un fondo de oscuridad de conciencia de comienzo y término brusco, con amnesia lacunar posterior (lo que descarta una simulación consciente). Lo completan otros síntomas; alucinaciones, especialmente visuales; signos conversivos; a veces se asocia a manifestaciones de pseudodemencia (errores groseros en los conocimientos más elementales) y de puerilismo.

Se describió originalmente como una forma de psicosis carcelaria, con un sentido claramente ganancial, pero también se ha visto en cuadros post TEC y algunos cuadros infecciosos agudos.

El síntoma de las respuestas aproximadas se puede presentar aislado, fuera del síndrome de Ganser: esquizofrenia especialmente catatónica, cuadros orgánicos de distintas naturaleza.

Desde un punto de vista terminológico, conviene distinguir las “respuestas aproximadas” de las “respuestas tangenciales”, las que tampoco van al centro de lo preguntado pero no tienen ese carácter de un error que suena a falso (un error que induce a pensar que se tenía la respuesta correcta a la mano). El término “pararespuestas” se ha empleado en los dos sentidos y conviene precisar su uso.

III. SÍNDROME DE COTARD

Destaca en primer plano la presencia de ideas de negación. La negación puede alcanzar a ciertas actividades fisiológicas (“la sangre no circula”, “el aire no

llega a los pulmones”, “el intestino está paralizado”, etc.) o a la existencia de algunos órganos (“no tengo cerebro”, por ejemplo, o “corazón”, o “vejiga”), o a la existencia de sí mismo (“no existo”, “estoy muerto”), nihilismo que puede extenderse al mundo entero (“nada existe”, distinto que nada es real).

En la descripción que hizo Cotard en 1882 (citada por Sims), a las ideas propiamente nihilistas se agrega una actitud negativista, especialmente como respuesta a preguntas (¿Cuándo nació? “no he nacido”, ¿nombre de su esposa? “no tengo esposa”, ¿cuántos hijos tiene? “no tengo hijos”, en un paciente que se sabe está casado y con hijos).

Como de regla se acompaña de una vivencia de tiempo detenido (“el tiempo no corre”, “está en un punto muerto”).

Para algunos autores lo más característico del síndrome son las flagrantes contradicciones en que incurre el paciente, absolutamente refractarias a cualquier contrargumentación racional: “no tengo cerebro”, por ejemplo, sin embargo puede discutir con el médico. Y otra aún más absurda: “estoy muerto” seguido de la afirmación: “soy inmortal”.

Por lo general, forma parte de cuadros delirantes hipocondríacos, de cualquier naturaleza: depresión endógena, esquizofrenia, trastornos orgánicos crónicos.

No es fácil la interpretación del síndrome de Cotard. En su patogenia parecen participar perturbaciones en la vivencia de existir del yo, trastornos cenestésicos profundos, actitud de negativismo (¿oposicionismo?), y se puede especular sobre el papel que le cabe a la vivencia de transcurso del tiempo: la vida es cambio, un suceder continuo, incesante; si el tiempo se experimenta como detenido, no hay vida (“estoy muerto”) pero también sin futuro (“no puedo morir”).

IV. SÍNDROME DE CAPGRAS

El paciente está convencido que un pariente cercano (y que vive bajo el mismo techo) ha sido reemplazado por un impostor. La convicción no se apoya en una percepción distorsionada (ha sido malamente llamado “ilusión de Socias”) sino en un falso reconocimiento de personas con características delirantes (un caso especial de percepción delirante).

Se ha señalado que el paciente, antes que aparezca el fenómeno delirante, mantenía por lo general una relación ambivalente con la persona que cree suplantada, una mezcla de hostilidad, miedo y, por otra parte, de afecto y dependencia.

El impostor es una persona de carne y hueso, siempre anónimo. Si la impostura se atribuye a seres sobrenaturales (“los enfermeros son demonios que se hacen pasar por enfermeros”) el cuadro pierde su carácter de falso reconocimiento.

Debe diferenciarse de los falsos reconocimientos triviales, cambiantes, sin significación de perjuicio, que pueden observarse en cuadros confusionales, demencias incipientes y cuadros de Korsakov.

Emparentado con el síndrome de Capgras se dan otros errores de identificación delirantes: el síndrome de Fregoli (alguien bien conocido se presenta con la apariencia de distintas personas) y el síndrome de intermetamorfosis (una persona conocida y otra desconocida con sus mismas características psíquicas y corporales se presentan alternadamente).

Por lo general en estos pacientes no se ve una conducta propiamente delirante: no busca confirmar sus sospechas, no se defiende del perseguidor ni hace denuncias a la policía; el trastorno parece autolimitarse a constatar los cambios de identidad de la persona y temer un posible daño, sin enfrentarlo o hacer algo para evitarlo (muy claro en el síndrome de Capgras).

Se describe de preferencia en trastornos esquizofrénicos (por lo general junto con otros fenómenos delirantes), en la epilepsia y otros cuadros orgánicos. (Para algunos autores están emparentados con la prosopagnosia que ven los neurólogos en lesiones del lóbulo parietal derecho).

V. SÍNDROME DE KLÜVER-BUCY

Como síntomas muy característicos se describe:

- Hiperoralidad: actividad iterativa de lamer, chupar, morder cualquier cosa a la mano; si se le ofrece un objeto tiende a examinarlo aproximándolo a la boca.
- Hipermetamorfosis: distraíble, gran curiosidad por explorar el ambiente, tendencia a “mirar y tocar”.
- Polifagia: puede llevar a la obesidad.
- Hipersexualidad: aumento de la actividad sexual exhibida sin recato.
- Estado afectivo de extrema placidez, el paciente parece no percibir las señales de amenaza, ninguna manifestación de timidez.
- Síntomas de compromiso del lóbulo temporal (no son obligatorios): afasia fluente, amnesia importante (sin fabulaciones), ataques psicmotores.

En la forma más completa se ve en estudios experimentales en animales con la ablación bilateral del lóbulo temporal.

En clínica, no tan completo, se ve en cuadros que comprometen bilateralmente el lóbulo temporal; enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Pick, encefalitis herpética, encefalopatía postraumática, hipoglicemia, encefalitis límbica paraneoplásica.

VI. SÍNDROME DE INFESTACIÓN POR DERMATOZOOS (EKBOM)

A diferencia de las alucinaciones táctiles del cocainómano (insectos que recorren la piel) aquí el paciente dice tener insectos y lombrices que se mueven bajo la piel [Paciente esquizofrénico. Mostraba muchas cicatrices de heridas profundas en ambos antebrazos, se las había hecho para que salieran los “bicharracos”, decía haberlos visto e incluso dibujó uno de ellos]. Los parásitos se ubican también en algunos órganos, pueden movilizarse a través del torrente sanguíneo y ser expulsados por la boca y fosas nasales.

El síndrome puede acompañar a otros cuadros (depresivos, esquizofrénicos, orgánicos). Si se da aislado, se lo considera como un subtipo de la familia de psicosis hipocondríacas monosintomáticas.

LECTURAS RECOMENDADAS

Para el Síndrome disociativo:

1. CUMMINGS J.L. *Clinical Neuropsychiatry*. Grune y Stratton Inc, 1985, Cap. 10.
2. KRETSCHMER E. *Psicología médica*. Ed. Leyenda, México, 1945. Parte II, Cap. 7 (Los mecanismos hiponóicos).
3. LISHMAN WA. *Organic Psychiatry Blackwell Scient*. Publ. Oxford, 2ª edición, 1987, Cap. 2.

Para el Síndrome de Ganser:

1. BUMKE O. *Tratado de psiquiatría*. Espasa Calpe, Madrid, 1973, pág. 434-438.

Para el Síndrome de Cotard:

1. KAPLAN H.I., SADOCK B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry Williams y Wilkins* Baltimore, USA, 4º edición, 1985. Tomo I, Cap. 16.

2. SIMS A. *Symptoms in the mind*. Saunders Company, Londres, 1995. Cap. 7.

Para el Síndrome de Capgras:

1. KAPLAN H.I., SADOCK B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams y Wilkins, Baltimore, USA, 4ª edición, 1985. Tomo I, Cap. 16.
2. LISHMAN WA. *Organic Psychiatry*. Blackwell Scient Publ., Oxford, 2ª edición, 1987. Cap. 2.
3. SIMS A. *Symptoms in the mind*. Saunders Company, Londres, 1995. Cap. 7.

Para el Síndrome de Klüver-Bucy:

1. CUMMINGS J.L. *Clinical Neuropsychiatry*. Grune y Stratton Inc., 1985. Cap. 17.
2. LISHMAN W.A. *Organic Psychiatry*. Blackwll Scient Publ., Oxford, 2ª edición, 1987, Cap. 2.

Para el Síndrome de Infestación por dermatozoos (Ekbom):

1. BUMKE O. *Tratado de psiquiatría*. Espasa Calpe, Madrid, 1973. Cap. 2.
2. SIMS A. *Symptoms in the mind*. Saunders Company, Londres, 1995, pág. 123-124.

Anexo I

MANIFESTACIONES PARTICULARES SUBJETIVAS

A. Trastornos de la percepción

Entre otras, Jaspers describe:

1. **Distorsiones de la percepción:** se dan especialmente en la esfera visual. Una cosa realmente existente es vista cambiada en alguna de sus cualidades elementales (forma, tamaño, color): dismorfopsias, micro y macropsias, discromatopsias.
2. **Ilusiones:** transformación de un objeto realmente existente en otro inexistente. Frecuente en los trastornos de conciencia; con menor significación clínica se pueden dar con emociones intensas (ilusiones catatímicas), por inatención y por el juego de la fantasía (pareidolias).
3. **Alucinación:** aparición en cualquier esfera sensorial de algo nuevo, inexistente, junto a percepciones reales (lo que permite distinguirlo de los sueños). La alucinación tiene todas las características formales de una percepción verdadera (diferente de la pseudoalucinación por falla de la representación). Las alucinaciones visuales que acompañan a ciertos cuadros confusionales agudos (delirium) adquieren a veces un carácter escenográfico: lo alucinado no se ve “entre” las percepciones reales, es todo el escenario el que cambia como una ráfaga de sueño: vivencia onírica.

Un caso especial de alucinación auditiva es la alucinación refleja, desencadenada por ruidos monótonos (goteo de una llave por ejemplo). De importancia para el diagnóstico de esquizofrenia: voces “extrañas” cuyo contenido no lo entiende el propio paciente. Tiene ventajas distinguir las alucinaciones auditivas en segunda persona (imperativas, insultantes, amenazantes, etc.) de las alucinaciones en tercera persona (voces que dialogan entre sí aludiendo al paciente), más propias de la esquizofrenia. También sugerentes de esquizofrenia son las voces que parecen surgir del propio cuerpo.

Otras alucinaciones

- Visuales. Alucinaciones liliputienses (en el delirium tremens: el paciente ve “enanitos” que caminan por su propio cuerpo). Alucinación extracampina: se ven objetos fuera del campo visual. Alucinación autoscópica: ve el propio cuerpo fuera de él (no como una imagen en espejo).
- Cutáneas. Térmicas y hápticas (de contacto): en este caso se sienten insectos moviéndose sobre la piel, hilos que se enredan en los dedos (Frecuentes en los cocainómanos y en el delirium tremens).
- Olfativas. Si son persistentes, aparecen asociadas a diferentes cuadros psicóticos (descartar alguna afección local: rinitis, sinusitis, otras). Si son en ráfagas (bocanada de mal olor) son propias de las crisis uncinadas (epilepsia del lóbulo temporal).
- Gustativas. Sujeto en ayuno, percibe sabores por lo general desagradables (Algunos medicamentos: disulfiram, litio, otros, pueden provocar un sabor metálico permanente).

Sin significación clínica

- Alucinaciones visuales (a veces también auditivas) en el momento de duerme-vela, antes de dormir (alucinaciones hipnagógicas) o al despertar (alucinaciones hipnopómpicas).
- Síndrome de Charles Bonnet: alucinaciones visuales complejas (grupos de personas o animales estáticos o en movimiento), con mayor frecuencia en personas de tercera edad, asociado a una reducción de la visión.

B. Trastornos de la representación

1. Pseudoalucinación (alucinaciones intrapsíquicas). Algunas representaciones adquieren cualidades propias de la percepción auditiva (sonoridad, riqueza de detalles, diseño estable, independientes de la voluntad, admitidas con un sentimiento de pasividad), pero experimentadas en el espacio subjetivo interno; pueden desaparecer con algún esfuerzo mental que exija concentrar la atención en determinada tarea. Las alucinaciones y pseudoalucinaciones pueden tener una relación directa con el pensamiento: lo que se está pensando conscientemente se hace audible en el momento mismo (pensamiento sonoro) o inmediatamente después (eco del pensamiento), fenómenos distintos,

aunque todos muy sugerentes de esquizofrenia, de la difusión del pensamiento: se tiene la certeza que todos saben lo que se piensa privadamente, y del pensamiento hecho desde afuera, ambos fenómenos desprovistos de cualidades sensoriales.

2. Ilusiones de la memoria. Algo realmente vivido es recordado de otra manera. A diferencia de lo que suele ocurrir normalmente, el “recuerdo” nuevo cobra siempre una vital importancia para el paciente.

3. Alucinaciones de la memoria. Se cree recordar, con convicción absoluta, algo nunca ocurrido. Se acompaña de tres notas características: se dice recordar ahora (en el curso de alguna psicosis) algo que estuvo olvidado por mucho tiempo; el suceso olvidado habría ocurrido en un estado anormal de conciencia (drogado por terceras personas o bajo un estado de hipnosis); durante esa experiencia se estaba impotente, como un “instrumento sin voluntad”.

4. Un caso especial (y poco frecuente): la cognición corpórea. Se “sabe”, con plena certidumbre, de la presencia cercana de algo –por lo general alguien– sin apoyarse en ningún dato sensorial. Parecido, aunque fenomenológicamente distinto, del “saberse observado en general” que acompaña a ciertas vivencias delirantes.

Desde el punto de vista fenomenológico, no son trastornos de la representación las mentiras patológicas, el recuerdo delirante (lo perturbado es la significación de un recuerdo real) ni las confabulaciones triviales del síndrome amnésico (corresponden a fallas en rendimientos cognitivos) Puede incluirse como trastorno de la representación la fabulación fantástica: se relata como experiencia vivida la participación en algún suceso grandioso (creación del mundo, acontecimientos históricos, etc). Puede ser monotemática o de invenciones múltiples (en este caso, muy influenciables por sugerencias del observador) Apunta a procesos esquizofrénicos especialmente parafrénicos.

C. Fenomenología del tiempo y espacio

Tiempo y espacio son, para Kant, formas puras de la intuición necesarias para ordenar toda experiencia: en el espacio, lo contiguo; en el tiempo, lo sucesivo. Para la psicología, tiempo y espacio tienen otros alcances. En el tiempo se

distinguen la vivencia del tiempo (experiencia del transcurso del tiempo, la duración) que estudia la fenomenología; el saber acerca del tiempo (el tiempo objetivo medido con unidades iguales para todos) que se explora con pruebas de rendimiento; el trato con el tiempo (planificación del futuro a partir del pasado) estudiado dentro de la biografía.

En el espacio se reconocen el espacio de orientación (ordenado alrededor del cuerpo como punto fijo de referencia: derecha-izquierda, atrás-adelante, arriba-abajo) que es un rendimiento, y la extensión (el espacio que se ofrece a los desplazamientos: estrecho-amplio, abarcable-inabarcable) objeto de la fenomenología.

En este apartado –enfoque fenomenológico– corresponde el estudio de las perturbaciones de la duración y de la extensión.

1. Trastornos de la duración (tiempo vivido)

- a) Alteración del transcurrir del tiempo. En el presente inmediato: tiempo precipitado o excesivamente lento; sentimiento de irrealidad en el transcurrir del tiempo; vivencia de tiempo detenido.
- b) Alteración en la continuidad del tiempo. Tiempo saltígrado (formado por momentos no ensamblados); desaparición del futuro (no se puede imaginar el futuro, distinto del tiempo detenido); desaparición del pasado inmediato (no se puede evocar lo recién experimentado).
- c) Déjà vu y jamais vu. De importancia clínica cuando se prolongan en el tiempo (días-semanas) o se repiten muy a menudo. Apunta a procesos esquizofrénicos u orgánicos (epilepsia de lóbulo temporal)

2. Trastornos de la extensión (espacio vivido)

- a) Alteración de la vivencia de proximidad (las cosas se perciben muy lejos o muy cercas).
- b) Vivencia de espacio encogido o infinitamente vacío. Está en la base de la claustrofobia y agorafobia.

3. Trastornos en la percepción del movimiento (corresponde a una combinación de fallas en la vivencia de tiempo y espacio).

En el comienzo de procesos esquizofrénicos algunos pacientes describen que todas las cosas (personas, vehículos, etc) se desplazan de una manera inusitadamente rápida o lenta.

D. Fenomenología del cuerpo

El cuerpo, dice Jaspers, es la única parte del mundo que es experimentado por dentro y por fuera. Puede distinguirse así la conciencia del estado corporal (conjunto de sensaciones que se traducen en un sentimiento de bienestar o malestar corporal) y la conciencia del esquema espacial (el cuerpo percibido como un volumen ocupando espacio), Los dos constituyen la somatopsique de Wernicke. Desde el punto de vista fenomenológico interesan:

1. Alucinaciones de los sentidos corporales (térmicas, táctiles, musculares).
2. Perturbación de sensaciones corporales: el cuerpo como petrificado, hueco, gaseoso, y sensaciones aún más enigmáticas que se dan en pacientes esquizofrénicos.
3. Perturbación de estados de ánimo vitales: humor triste o eufórico en la enfermedad bipolar.
4. Vivencias corporales “hechas” (la más frecuente: excitación genital o anal experimentada como hecha a distancia).
5. Distorsión del esquema espacial: cuerpo globalmente más grande o más chico o deformado en alguna de sus partes.
6. Fusión del cuerpo con el espacio (especialmente en intoxicación con alguna sustancia psicodélica).
7. El doble: el sujeto experimenta tener un segundo cuerpo idéntico, sea percibido en la alucinación autoscópica o cognición corpórea.

E. Conciencia de la significación de la realidad

La realidad empírica no solo es percibida o representada; ella es portadora de una significación, tiene un sentido para el sujeto. La significación puede variar según condiciones del propio sujeto (estado emocional, interés del momento, etcétera), pero en todo caso dentro de los significados aceptados por el saber común propio de la cultura de una época. La perturbación de la conciencia de significación, con aparición de nuevos significados que escapan al saber colectivo, constituye el fenómeno delirante (véase capítulo 6).

F. Fenomenología de la vida afectiva

En la vida afectiva puede distinguirse:

- Movimientos afectivos: emociones y sentimientos (las primeras, de aparición más o menos brusca, breves, más intensas, mayor repercusión vegetativa; los segundos, más prolongados en el tiempo, mucho más matizados). En el estudio de los movimientos afectivos, Lersch describe tres aspectos distintos pero no separables: cualidad íntima (vivencia de tal o cual afecto); representación mental del significado de la situación que se está viviendo en ese momento; conducta correspondiente, a menudo solo esbozada con la mímica.
- Estados de ánimo duraderos.
- Temperamento: conjunto de disposiciones permanentes, especialmente afectivas, adquiridas en los primeros años como producto del interjuego de factores hereditarios y ambientales. (Ejemplos: temperamento esquizotímico y ciclotímico en Kretschmer; esquizoidia y sintonía en Minkowski, introvertido y extrovertido en Jung).

En forma muy sumaria, Jaspers describe algunas perturbaciones afectivas con significación clínica.

1. Angustia. Cuando no es reactiva a situaciones de vida suele acompañarse de sensaciones corporales localizadas (opresión zona esternal o epigástrica); frecuentemente se asocia con un estado de “excitación nerviosa”, una inquietud por no haber terminado de hacer algo, pero nada definido (algo pendiente) a lo que se puede agregar una sensación permanente de que va a recibir una mala noticia (expectación ansiosa).
2. Sentimiento de falta de sentimiento vivido penosamente.
3. Cambios en el sentimiento de empatía. En los procesos esquizofrénicos puede sentirse la pérdida de la empatía (no se vibra con los otros, se les siente distantes o separados) que al comienzo se experimenta muy penosamente y con el correr del tiempo sin mayor carga afectiva. También en el comienzo de la esquizofrenia: exaltación del sentimiento de empatía, la gente se siente muy cercana afectivamente (“una comunión con todos”) exultante y al mismo tiempo torturante.

4. Cambios en la tonalidad afectiva con que se perciben las cosas. Se las puede percibir como extrañas, frías, “muertas”, o bien como algo radiante, de una belleza deslumbrante.
5. Tristeza y alegría. Cuando no son reactivas (psicológicamente comprensibles) corresponden a oscilaciones del estado de ánimo “vitales”, predominando entonces sentimientos corporales (desgano, pesadez, o bien, frescura y fuerza corporal). Caracteriza a la enfermedad bipolar.
6. Felicidad. Dentro de la psicosis cicloides descritas por Leonhard figura aquélla que se mueve en el eje angustia-felicidad extática.
7. Humor delirante. En el “trema” descrito por Conrad se distinguen tres etapas. En la primera se da un conjunto de emociones: angustia, tensión, excitación con un matiz de culpa y condenación; también desconfianza y, a veces, la esperanza de algo grandioso, todos ellos girando alrededor de un sentimiento predominante de extrañeza: “algo pasa, no sé qué”. En la segunda, se percibe que todo tiene que ver con el paciente (autoreferencia), se pierde la neutralidad, nada es casual: “todo lo que pasa tiene que ver conmigo, pero no sé qué”. En la tercera, como una revelación, aparecen las significaciones nuevas, insólitas, que caracterizan al delirio vivencial.

Con fines de una mejor depuración terminológica se pueden proponer algunas definiciones operacionales:

- Embotamiento afectivo: acentuada baja en la intensidad de todos los sentimientos (reservar el término apatía si se da en un contexto de déficit cognitivo global).
- Aplanamiento afectivo: ausencia de modulación –con una intensidad promedio– de todos los sentimientos.
- Frialidad afectiva: ausencia de los sentimientos que están en la base de una sana relación interpersonal –empatía, simpatía, solidaridad, respeto, compasión– conservándose las otras áreas afectivas (lo propio de las personalidades desalmadas y de un subgrupo de personalidades narcisistas).

G. Fenomenología de las tendencias a la acción

1. Acción impulsiva Hipercinesia: tempestad de movimientos desordenados sin finalidad aparente. La hipercinesia se ve en el síndrome de agitación psicomotora, sea con oscuridad de conciencia (cuadros orgánicos) o con claridad de conciencia (cuadros catatónicos); frecuentemente se acompaña de verborrea (hablar por hablar sin comunicar nada). Hipocinesia: escasa iniciativa para poner en marcha una conducta voluntaria; en su grado mayor, acinesia; si se acompaña de mutismo, constituye el estupor.
2. Acción instintiva. Inhibición, vivida subjetivamente como un entorpecimiento; o bien, facilitación en la ejecución de algunas necesidades instintivas (de estar ocupado en algo: hiperactividad; de decir algo: locuacidad). Se ven especialmente en cuadros bipolares.
3. Acción voluntaria. Vivido como omnipotencia, lo puede todo, lo quiere todo. Otras veces como impotencia de la voluntad: dificultad para tomar decisiones (se muestra en conductas vacilantes, poco vigorosas) propio de estados depresivos.

H. Fenomenología del yo.

Se pueden distinguir dos aspectos:

1. El yo formal: definido por las cualidades fenomenológicas, vivenciables para un sujeto, y que son iguales en todos los sujetos. Todas las personas, por introspección, pueden experimentarse a sí mismas con idénticas características formales: conciencia de ser activo, de ser uno en cada momento, de ser el mismo a lo largo del tiempo, de estar en oposición a lo externo. (Ver capítulo 7: Síndrome de influencia).
2. Conciencia de la personalidad: cuando las características formales del yo, iguales para todos, se llenan de contenidos biográficos, distintos en cada persona, se habla de conciencia de la personalidad. Desde el punto de vista fenomenológico se pueden analizar algunos rasgos básicos:
 - a) Distinta manera de experimentar algunas tendencias (especialmente las instintivas): como naturales, congruentes con la personalidad total, o como antinaturales, extrañas a la personalidad. De valor clínico: al comienzo de algunos cuadros orgánicos, lo que para el observador aparece como un cambio incomprensible en las

tendencias instintivas, algo nuevo en ese sujeto (glotonería, proca-cidad, desinhibición sexual, etc.) el paciente lo vive como muy natural.

- b) Sentimientos de alteración de la propia personalidad. En forma atenuada se puede experimentar en el período de la pubertad. En forma más dramática, en el comienzo de algunos procesos esqui-zofrénicos: sentimientos de algo extraño, enigmático, que los inva-de; sienten y piensan en forma diferente; como muy torturante: debilitamiento de los sentimientos de empatía que los hace sentir-se separados, aislados de la comunidad humana.
- c) Inestabilidad de la conciencia de la personalidad. Al salir de una psicosis aguda algunos pacientes describen que durante ella esta-ban “jugando un papel”: al lado de otros fenómenos alucinatorios y delirantes, tenían conciencia de haberse identificado con algún personaje histórico o literario, aunque seguían conscientes de su personalidad anterior (eran ellos mismos que se habían converti-do en un personaje importante).
- d) Un caso especial: la personificación. Una figura alucinada donde participan diversos sentidos (se la ve, se la oye, se la puede palpar) cobra vida independiente y acompaña al paciente, conversando y discutiendo con él, expresando sentimientos hostiles o amistosos. En un caso largamente descrito por Jaspers, el paciente lo enjuicia-ba como un ser vivo escindido de su subconsciente y que llevaba una existencia propia, separada de él.

I. Fenomenología de la conciencia reflexiva

La reflexión, la capacidad específicamente humana de volver la intencionali-dad de la conciencia hacia dentro, permite no sólo saber de uno (darse cuen-ta de lo que está aconteciendo en uno, bajo qué modo de aprehensión se hace presente un contenido de conciencia) sino también actuar sobre uno (hacer aparecer voluntariamente alguna actividad psíquica, guiarla, mantenerla el tiempo que se estime necesario, hacerla desaparecer).

La psicopatología de los fenómenos reflexivos puede originarse en tres raíces distintas.

1. Hace aparecer desde una representación finalista (no necesariamen-te consciente) lo que debió aparecer primariamente: fenómenos de

sobresimulación, imitación de afectos, alucinaciones visuales “imaginadas”, etc. El observador tiene, por lo general, la sensación de estar frente a lo inauténtico, de algo que no convence.

2. Fenómenos elementales (actos instintivos y actos automatizados) perturbados por la mediación del pensamiento consciente: micción, coito, marcha, escritura y otros. En una línea parecida, la atención excesiva en los indicadores de salud somática (autoscopia corporal) puede llevar a perturbaciones somáticas de tipo hipocondríacas.
3. Incapacidad para controlar la mantención y terminación de aquellas manifestaciones psíquicas que normalmente son dirigidos por la voluntad (recuerdos, pensamientos, actos volitivos): fenómenos obsesivos (ver Capítulo 4: Trastornos obsesivo compulsivos).

J. El todo momentáneo: el estado de la conciencia

Todas las manifestaciones subjetivas particulares descritas están referidas a un todo: el estado de conciencia. La relación de lo particular con el todo queda demostrada por las diferentes características que toman las diversas manifestaciones subjetivas según sea el estado de la conciencia: conciencia clara (lúcida) o bien oscura (confusa). En psicopatología, las ideas delirantes, alucinaciones, desorden del pensamiento, etc., son distintos, y tienen distinto peso clínico, si se dan con claridad u oscuridad de conciencia; en principio, cuando coexisten con claridad de conciencia hablan de procesos patológicos que calan mucho más hondo en la vida psíquica y son, por lo tanto, de peor pronóstico (los trastornos de la conciencia vigil pueden verse en el capítulo 10: Trastornos orgánicos).

Anexo II

TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO, LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

Glosario de N. Andreasen

(Las descripciones hechas por la autora han sido resumidas y, en parte, modificadas por consideraciones personales).

1. Pobreza del discurso
Excesivamente lacónico, entrega poca información.
2. Pobreza del contenido del discurso
Puede extenderse en mayor o menor medida, pero la información que entrega es vaga, ambigua. En ocasiones muy abstracto (o pseudoabstracto) que induce a verlo como un “filosofar vacío”.
3. Discurso a presión
Marcado aumento de la fluencia verbal. El paciente habla rápido y cuesta interrumpirlo.
4. Discurso distraíble
Cambios de tema a partir de estímulos externos poco importantes.
5. Tangencialidad
Referido solo a respuestas y no a transiciones en el discurso espontáneo. La respuesta es oblicua, parcial o totalmente alejada de la pregunta.
6. Descarrilamiento
En el discurso espontáneo las ideas saltan de un tema a otro sin relación aparente. Un grado menor: pensamiento laxo, en el que parece haber una vaga conexión entre las ideas.
7. Incoherencia
Ensalada de palabras imposible de seguir para el interlocutor. No es una anomalía aislada, a ella concurren diferentes mecanismos (fallas sintácticas y gramaticales, asociaciones tipo “clang”, descarrilamientos, distraibilidad, entre otros).

8. Ilogicidad

Una pauta de discurso en el cual las conclusiones se alcanzan sin seguir las reglas de la lógica formal. Aquí cabe el principio de von Domarus: en dos oraciones que tienen el mismo predicado el paciente esquizofrénico puede pensar que son iguales sus sujetos. (En la práctica, por ejemplo: “Mi papá tiene el bigote blanco, el doctor tiene el bigote blanco, el doctor es mi papá”).

9. Clanging

En el discurso común y corriente la asociación de ideas está guiada por el tema que se está desarrollando. En el “clang” el sujeto parece atrapado por el sonido de una palabra, activándose aquellas otras que le sean consonantes.

10. Neologismos

Uso de palabras nuevas desconocidas. Algunas veces se forman por la combinación de sílabas provenientes de diferentes palabras, a la manera de una sigla. [Un paciente esquizofrénico repetía frecuentemente palabras como “frenoca”, “lunovica”, “apesemu”, dándolas como perfectamente entendibles para el observador. Sólo después de varias entrevistas se avino a explicar su sentido: frenoca significaba “frente normal de cabro”, aludiendo a una llamativa arruga frontal que había aparecido en los últimos años; lunovica era “luminosidad normal visual de cabro” que él había perdido; con apesemu quería decir que él ahora no estaba en el “apetito sexual de las mujeres”]. No son neologismos las deformaciones de una palabra por amaneramiento.

11. Palabras aproximadas (metonimias)

Viejas palabras que son usadas en una forma nueva y no convencional. Cameron define la metonimia como el empleo de algún término de sustitución —por ejemplo: “he tenido menú tres veces al día”, o bien una frase “un chico me tiró una piedra para hacer un entendimiento entre mí y el propósito de maldad”—, términos y frases menos exactos de los que daría una persona normal.

12. Circunstancialidad

Discurso caracterizado por el uso excesivo de detalles innecesarios.

13. Pérdida de la meta

No es una anomalía por sí misma, es siempre secundaria a otros mecanismos.

14. Perseveración

Repetición persistente de palabras, ideas o temas. En cuadros de daño orgánico cerebral la perseveración se manifiesta por la reaparición de respuestas dadas un rato antes.

15. Ecolalia

El paciente repite palabras o frases del entrevistador. En neurología se distingue la logoclonía (repetición de la última sílaba) de la palilalia (repetición de la última palabra). Para que tenga valor clínico la anomalía tiene que darse varias veces en el curso de una entrevista.

16. Bloqueo (interceptación)

Interrupción brusca del discurso, después de un silencio de varios segundos sigue con otro tema. El paciente parece no recordar que estaba hablando de algo distinto (diferencia del bloqueo en sujetos sanos).

17. Discurso pedante

Excesivamente formal, obsequioso.

18. Autoreferencia

Durante la conversación, el paciente alude con frecuencia a recuerdos o preocupaciones personales ajenos al tema en discusión.

La propuesta de Andreasen es válida en cuanto apunta, esencialmente, a una mayor pureza terminológica. En todo caso, el listado es incompleto y conviene agregar otras anormalidades del curso del pensar no incluidas en su glosario.

Entre las muchas manifestaciones descritas por Piro, cabe señalar dos, frecuentes de ver en pacientes esquizofrénicos crónicos.

- Soliloquios (letanías declamatorias). Un buen ejemplo parece corresponder a un personaje estudiado por la escritora Diamela Eltit y publicado en el libro "Padre mío". La autora, en una investigación sobre "vagabundos urbanos", encontró a un ex paciente del Hospital Psiquiátrico que había hecho su domicilio en un sitio eriazo. En tres extensas entrevistas grabadas en 1983, 1984, 1985, el personaje repitió un discurso centrado en ideas de perjuicio prácticamente con las mismas palabras y sin dialogar con la entrevistadora.
- Lenguajes neológicos. Se distingue la glosolalia (una lengua nueva, una especie de esperanto sin intenciones de convalidarlo), la pseudoglosolalia (deformación fonética sistemática parecido a la jergonza) y la

glosomanía (sin ninguna intención de comunicar, a la manera de las jitanjáforas de los niños, se juntan sílabas aisladas conectadas al parecer por una necesidad de ritmo).

Por su parte, Goldstein ha destacado el concretismo esquizofrénico, diferente del que se ve en un paciente con daño orgánico cerebral.

Con mayor vigencia en la actualidad figura el pensamiento bizarro idiosincrásico descrito por Harrow y que más allá de manifestaciones aisladas muestra un estilo que impregna todo el discurso. Harrow destaca el entremezclamiento de las experiencias pasadas con otras actuales, el egocentrismo (fácilmente recae en problemas de su vida, aunque no referido a un solo complejo afectivo), neologismos, ideas extrañas, respuestas ilógicas, pedantería, respuestas tangenciales (interpreta un proverbio, por ejemplo, con otro proverbio).

La descripción detallada, lo más exacta posible, de las cualidades formales que puede percibirse en una anormalidad psíquica, y luego denominada con un término en lo posible unívoco, son los primeros pasos en el trabajo semiológico. Ahora bien, el mismo síntoma puede observarse en diferentes cuadros nosológicos. La práctica psiquiátrica enseña no ver el síntoma en forma aislada, siempre igual a sí mismo, sino dentro del contexto clínico en que se da. El tercer paso lleva necesariamente a considerar cada síntoma en su contexto.

Algunos ejemplos en relación con el tema en discusión:

1. En la pobreza del discurso la falla está en la fluencia verbal (cantidad de palabras) traducida en un laconismo excesivo que no entrega información suficiente. La falla se ve frecuentemente en sujetos con ánimo bajo, discurso enlentecido (bradilalia), voz apagada; al hablar parece estar haciendo un esfuerzo desacostumbrado, se fatiga rápidamente. También puede observarse en sujetos que parecen no interesados en el diálogo; inexpresivos; dejan muchas preguntas sin contestar, cuando lo hacen no se registra bradilalia; ninguna iniciativa verbal; bloqueos ocasionales. El primer caso corresponde a la inhibición que apunta a una depresión severa; el segundo, corresponde a la alogia, más propia de algunos pacientes esquizofrénicos. Bleuler (1920) propone una maniobra para distinguir los dos casos: si se pide contar de uno a diez, en el sujeto depresivo se conserva el enlentecimiento y el esfuerzo trabajoso; el paciente esquizofrénico suele hacerlo mejor (en

psiquiatría no hay síntomas patognomónicos. Cuando se dice que un síntoma “apunta” a un tal cuadro, quiere decir que es el diagnóstico más probable, no descarta otros).

2. Discurso a presión, con un significativo aumento de la fluencia verbal. Se observa en sujetos con ánimo festivo, voz altisonante, taquilalia, con una necesidad exacerbada de conversar con alguien –o mejor, que lo escuchen– cuesta interrumpirlo; o bien, en sujetos con un ánimo intranquilo que puede llegar a la agitación psicomotora, muestran un impulso incoercible a hablar, lo escuchen o no (puede verse en las salas de aislamiento). Lo primero parece preferible denominarlo locuacidad y apunta a cuadros maníacos; lo segundo corresponde a una verborrea más propia de cuadros confusionales (en la manía severa la locuacidad puede convertirse en verborrea).
3. En la distraibilidad la perturbación reside en un aumento del campo de la atención (hipervigilancia); el curso del pensar se desvía por atender a estímulos externos (visuales o auditivos) casuales, poco importantes. Con ánimo festivo, chancero, locuacidad, apunta a cuadros maníacos; con ánimo ansioso (a veces, angustia paranoide), hiperestesia sensorial y sobresaltos, se ve de preferencia en el abuso de sustancias (por ejemplo: alucinosis alcohólica).
4. Suele distinguirse la fuga de ideas del descarrilamiento: en la primera, se conserva el sentido de la asociación entre ideas contiguas (a–b–c) pero no entre ideas separadas (a–c), alejándose cada vez más de la meta (“juego de dominó”); en el descarrilamiento el salto ya se produce entre ideas contiguas. La distinción, muy clara en teoría, cuesta captarla en la práctica. Puede proponerse, con un sentido práctico, reservar el término fuga de ideas cuando va asociado a taquilalia importante, y descarrilamiento si se da sin taquilalia; lo primero apunta al síndrome maníaco; lo segundo, a una esquizofrenia.
5. Incoherencia: resultado de la combinación de varios síntomas (distraibilidad, fuga de ideas, descarrilamiento, bloqueo, clanging). En Chile, siguiendo la tradición alemana, se distingue la incoherencia con oscuridad de conciencia, de la disgregación, con claridad de conciencia. La primera con más fallas sintáctico-gramaticales, apunta a cuadros orgánicos agudos; la segunda, a la esquizofrenia.
6. El discurso pedante, por exceso en el uso de reglas de cortesía y otros convencionalismos sociales dichos con cierta zalamería, apunta a la

epilepsia; cuando se exhibe una erudición fuera de lugar o desproporcionada con lo que se está conversando, se da preferentemente en algunas personalidades anormales (histriónica, otras) y la hebefrenia.

7. Las “pararespuestas” engloban dos tipos de síntomas: las respuestas tangenciales –respuesta no ajustada a la pregunta, parcial o totalmente–, y las respuestas aproximadas –respuestas equivocadas que parecen seguir cierto método–, se las conoce también como “respuestas pasadas de punto”: $2+2=5$, $3+3=7$, $8+8=17$; o bien, en el uso de adjetivos antónimos, por ejemplo: color de la nieve = negro, color del carbón = blanco. Las respuestas tangenciales se ven preferentemente en la esquizofrenia; las respuestas aproximadas en el síndrome de Ganser (con oscuridad de conciencia) y en casos de sobresimulación (psicosis carcelaria, pseudodemencia psicógena).
8. Concretismo. El discurso muestra un nivel muy bajo de abstracción. (Los conocimientos se fijan en conceptos, los conceptos se ordenan en categorías, las categorías se jerarquizan según su grado menor o mayor de abstracción. Cuanto más abstracto un término, es tanto más abarcativo y menos preciso). Goldstein desde el punto de vista de la gestalt, distingue el concretismo esquizofrénico del que se observa en el daño orgánico cerebral. En la esquizofrenia el concretismo es caprichoso, cambiante; se da lo que Piro llama la “fluctuación de la aureola semántica” que puede oscilar entre un concretismo y una abstracción (o pseudo abstracción) extremos; en este último caso corresponde al concepto de “sobreinclusión” de Cameron caracterizado por el empleo de términos demasiado abarcativos, vagos, imprecisos. El concretismo orgánico es más pobre, plano, sin fluctuaciones. Por otra parte, el concretismo esquizofrénico tiende a una marcada autorreferencia, como puede pesquisar en la interpretación de proverbios.

Anexo III

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS

El rendimiento en las pruebas clínicas debe evaluarse en el contexto biográfico del paciente (edad, escolaridad, oficio, familiaridad con tareas de cierta exigencia intelectual, grupo subcultural de pertenencia, nivel intelectual previo) y en el contexto disposicional que presenta en el momento del examen (interés, cooperación, ¿cansancio?, coexistencia de otros desórdenes psicopatológicos: perturbaciones afectivas severas, síndromes delirantes, alucinatorios, negativistas, etc.).

NIVEL 1

Aplicación de un número discreto de tests clínicos que permite hacer un tamizado del estado funcional cognitivo; fallas consistentes en esas pruebas autorizan a sospechar –no probar– la existencia de un trastorno orgánico. Debe aplicarse a todos los pacientes psiquiátricos en estudio.

(Los “tests clínicos” son tareas regladas dirigidas a explorar ciertos aspectos específicos del funcionamiento psíquico; la mayoría no están estandarizados ni validados. Aunque menos confiables que los “tests psicométricos” que examinan esas mismas áreas, los tests clínicos, tomados en conjunto y contrastados con el resto del estudio clínico del paciente, constituyen un elemento decisivo para el diagnóstico de los trastornos orgánicos).

1. Conciencia vigil

Los “trastornos de conciencia” se refieren a una perturbación de la conciencia vigil, distinta de otras formas de conciencia: de significación, del yo formal, autoreflexiva, de enfermedad, etc. que tienen expresión psicopatológica por separado. En la conciencia vigil, y por razones prácticas, pueden describirse dos aspectos, no separables pero sí distinguibles.

- a) Función de alerta, referida a la capacidad de advertir y responder a cualquier estímulo (externo o interno al organismo) que haya alcanzado el

umbral fisiológico propio de esa esfera sensitiva. Su perturbación da lugar a distintos grados de sopor (ver capítulo 10: “Trastornos orgánicos agudos”).

Exploración: observar fluctuaciones del nivel de alerta a lo largo del día, posibles “intervalos libres”.

En sujetos despiertos: dar órdenes sencillas de cumplimiento motor o verbal (abrir la boca, sacar la lengua, cerrar los ojos, decir el nombre y la edad); Registrar: adecuación de la respuesta, latencia estímulo-respuesta. Observar: imperseverancias (dificultad para mantener la respuesta, por ejemplo: lengua afuera) y perseveraciones (pueden ser por “inercia”: la respuesta se queda pegada por más tiempo de lo esperado, por ejemplo, cerrar los ojos; de mayor significación clínica aún, perseveraciones “diferidas”: reaparece respuesta dada un rato antes). En sujetos soporosos: se trata de registrar la intensidad del estímulo (voz baja, voz fuerte, sacudida suave, sacudida fuerte, estímulo doloroso) necesaria para obtener respuesta en el plano verbal (posibilidad o no de entablar un diálogo y calidad del mismo: ¿coherente?, ¿inteligible?, ¿mantenido?) y en el plano motor (contacto visual, cumplimiento de órdenes sencillas). Observar la latencia entre orden-respuesta (puede estar muy alargada como también acortada por precipitación) y la conducta que sigue una vez cesada la estimulación.

- b) Función de atención, definida como la capacidad para responder de una manera discriminatoria a los estímulos que pueden ser significativos para esa persona en esa situación. Una buena capacidad de atención exige que sea modulada (cambiante según las exigencias del momento), selectiva (prescindencia de lo no importante) y sostenida (mantención de la atención por el tiempo necesario). Cuando esas cualidades esenciales de la atención están perturbadas aparecen tres síntomas (en el mismo orden): perseveraciones, distraibilidad, fatigabilidad. Estos síntomas, por separado, pueden presentarse en diversos cuadros psicopatológicos; los tres, juntos, prácticamente aseguran el diagnóstico de un trastorno orgánico.

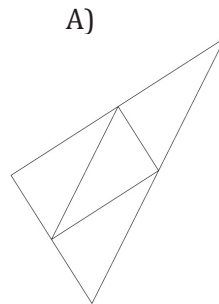
Exploración. La mejor manera de pesquisar un trastorno de conciencia leve consiste en la conversación coloquial: si ésta es fluida, con iniciativa verbal sin apresuramientos, si responde en forma pronta y atinente a lo preguntado, si es capaz de seguir el hilo de la conversación en temas cambiantes y mantenerse sin señales de fatiga por un tiempo

prudencial, se puede concluir con bastante seguridad que la persona conserva su plena lucidez de conciencia. En caso de duda: decir los días de la semana en orden directo e inverso; ídem con meses del año; restar 7 de 100 (hasta 58).

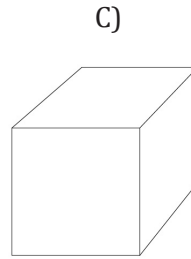
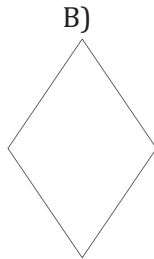
2. Orientación. Wernicke distingue la orientación alopsíquica (fecha, lugar, situación de examen) de la autopsíquica (datos de filiación personal). La desorientación puede ser amnésica, confusa, apática, delirante. Una desorientación muy peculiar es la llamada paramnesia reduplicativa, en la que el paciente se ubica en dos lugares distintos simultáneamente (Está en el dormitorio de su casa, por ejemplo, que está ubicado en el hospital donde se atiende).

3. Memoria. Inmediata: repetir cinco cifras en orden directo. Corto plazo: leer párrafo de una revista (alrededor 20 líneas) y preguntar sobre lo leído. Largo plazo: preguntar por hechos recientes (¿qué hizo el domingo?) etc., preguntar por su fecha de nacimiento; nombre y edad de eventuales hijos (datos verificables). Pedir una breve descripción del Combate Naval de Iquique (se espera que entregue por lo menos cinco datos concretos).

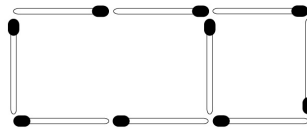
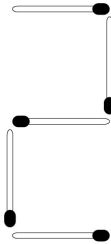
4. Habilidades constructivas. Copiar figura:



(Los vértices del triángulo interior coinciden con el punto medio de los lados del triángulo mayor).



Reproducir figuras con fósforos (de memoria; si falla, con modelo presente.
Nota: poner fósforos en exceso; el examinador debe hacer el modelo desde el mismo lado del examinado).



5. Cálculo aritmético (en relación con escolaridad).

6. Abstracción. Semejanzas (preguntar primero: ¿en qué se parecen?; si falla, preguntar de nuevo: ¿qué tienen de común?).

- naranja-plátano
- naranja-queso

Diferencias

- niño-enano
- presidente-rey

Distintas fallas en este Nivel permiten sospechar un posible daño orgánico cerebral. En caso de sospecha debe pasarse al Nivel II.

NIVEL 2 (CONVIENE HACERLO EN DOS SESIONES)

1. Función de alerta

(En el caso que esté indicado vigilar la evolución del trastorno de conciencia –cuadros post TEC por ejemplo– se recomienda el empleo de la Escala de Glasgow, que permite llevar un registro de las oscilaciones a lo largo del día).

Escala de coma (Glasgow)

Categoría de Respuesta	Respuesta	Puntos
Apertura de los ojos	Espontánea	4
	A la orden verbal	3
	Al estímulo doloroso	2
	No hay	1
Mejor respuesta verbal	Orientado	5
	Conversación confusa	4
	Palabras inapropiadas	3
	Incomprensible	2
	No hay	1
Mejor respuesta motora	Obedece	6
	Localiza estímulo	5
	Se aleja del estímulo	4
	Respuesta flexora	3
	Respuesta extensora	2
	No hay	1

2. Atención

- Deletrear una palabra de 5 letras (“árbol”, “mundo”) en sentido directo e inverso.
- Órdenes de cumplimiento motor en secuencia irregular: abrir y cerrar ojos-boca-mano (medio minuto) Observar perseveraciones y fatigabilidad.

3. Memoria

- Repetir un nombre y dirección (ejemplo: “Ricardo Godoy Sepúlveda, calle Las Hortensias 240, Talca”) en forma inmediata, a los 5 y 15 minutos.

- Pares de palabras asociadas. Explicar: “le voy a dar el nombre de algunas cosas que usted va a repetir. El nombre de la flor es dalia, por favor repita” (igual para color-azul, mes-octubre, ciudad-Rancagua, animal- elefante, día-miércoles). Pedir que repita las 6 palabras señaladas (no importa el orden) en orden inmediata, a los 3 y 25 minutos. (Si no recuerda alguna, ayudarlo con los pares asociados)
- Últimos presidentes (en orden).
- (Según escolaridad): Fecha Descubrimiento de América; capitales de Argentina, Perú, Italia.

4. Lenguaje

Con propósitos médicos, suele ser definido como la capacidad de comunicarse por medio de signos convencionales: palabras o gestos. La perturbación de la comunicación verbal constituye las diferentes formas de afasia. Su exploración contempla por lo menos 6 aspectos.

- a) Conversación espontánea. Observar fluencia (caudal de conversación), lo que lleva a distinguir 2 formas básicas de afasia: fluente y no fluente. Solicitar al paciente que diga el mayor número de palabras en 1 minuto: animales (N: 18-22), iniciadas con F-M-L (N: 12 o más). Baja normalmente en personas con más de 70 años.
- b) Comprensión (descartar previamente algún defecto sensorial –vista, oído– y agnosia visual).
 - Se colocan 10 objetos comunes en la mesa, solicitar que los señale cuando se los nombra (N: 5 o más).
 - Cumplir órdenes dadas verbalmente, a ejecutar con 1, 2 o 3 objetos (ejemplo: “páseme las llaves y coloque el lápiz junto a los anteojos”).
- c) Repetición (combina comprensión y expresión del lenguaje). Observar: parafasias (errores en el orden de las letras o sílabas en una palabra dada).
 - Palabras sueltas (ejemplo: necesario, cenicero).
 - Frases de menor a mayor extensión (N: frases de 19 palabras o más).
- d) Denominación.
Solicitar que denomine series de 6 objetos –colores, vestimentas– que se le muestran.

e) Lectura.

Hacer leer en voz alta un párrafo de diario y explicar el sentido de lo leído.

f) Escritura.

- Espontánea (frase de más o menos 5 palabras)
- Al dictado
- A la copia

5. Praxias

Se define como la capacidad para ejecutar actos intencionales más o menos habituales. Su perturbación constituye la dispraxia y en su grado mayor la apraxia.

Exploración (asegurarse que ha entendido lo solicitado):

- Ejecución de actos simbólicos (saludo militar, gesto de despedida, persignarse);
- Ejecución simbólica de actos transitivos (peinarse, martillar un clavo, enhebrar una aguja, echar pasta en un cepillo y limpiarse los dientes);
- Ejecución práctica de actos transitivos compuestos (echar agua de un frasco en un vaso, encender una vela);
- Observar cómo se coloca una chaleca o vestón que debe abotonar.

Si bien las praxias se refieren a la ejecución de actos intencionales más o menos habituales, se puede incluir en esta sección la capacidad del sujeto para programar secuencias de movimientos alternados. Las pruebas que exploran esta capacidad son muy sensibles para registrar lesiones en la parte anterior de la convexidad lóbulo frontal (Luria).

Esquema manual (en las pruebas de secuencia manual pueden haber errores en los primeros 2 o 3 intentos que un sujeto sano corrige espontáneamente):

- Prueba puño-anillo. El examinador extiende un brazo varias veces, alternando movimientos con la mano empuñada y luego haciendo un anillo (dedos índice y pulgar). Se pide al paciente que imite la acción (20 segundos);
- Prueba de coordinación recíproca. El examinador coloca ambas manos sobre la mesa, una empuñada, la otra con la palma hacia abajo, y realiza

movimientos alternados simultáneamente con las 2 manos. Se pide imitar la acción (20 segundos);

- Prueba palma-puño-borde. El examinador golpea la mesa con una mano, primero con la palma hacia abajo, luego con el puño y después con el borde interno. Se pide imitar el movimiento (20 segundos).

6. Gnosias

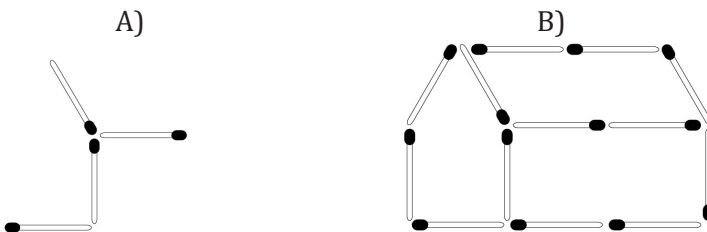
(Reconocimiento de objetos externos o de partes del propio cuerpo. Descartar déficit sensorial o de comprensión de lo ordenado).

En la agnosia visual el sujeto no puede reconocer a la vista objetos comunes que puede reconocer por el tacto; en la agnosia táctil (astereognosia) ocurre lo inverso.

- Ofrecer a la vista una serie de objetos (si hay fallas en la denominación, pedir que describa para qué sirve);
- Ofrecer a la vista una serie de colores (si hay fallas en la denominación, pedir que muestre los colores que se mencionan);
- Pedir que reconozca objetos que se le ponen en cada mano por separado (ojos cerrados);
- Pedir que señale partes del cuerpo que se mencionan (en el paciente y en el examinador);
- Nombrar dedos que se señalan (del paciente y del examinador).

7. Habilidades constructivas

- Dibujar sin modelo mesa-reloj-bicicleta;
- Reproducir figuras hechas con fósforos (ofrecer el modelo por espacio de medio minuto y luego deshacerlo; fósforos en exceso).



(El fracaso en la figura A –que utiliza 4 fósforos– y el éxito en la figura B –13 fósforos– serían, para Goldstein, un buen ejemplo de la tendencia a la concreción que se observa en el paciente orgánico por pérdida de la actitud abstracta).

8. Orientación espacial

- Orientación derecha-izquierda: pedir que muestre mano-rodilla-ojo (derecha o izquierda) en el propio cuerpo y luego en el examinador.
- Prueba de Head: pedir que ejecute órdenes de complejidad creciente que involucran mano-ojo-oreja (derecha e izquierda), directas y cruzadas (por ejemplo: “con la mano derecha tóquese la oreja derecha y con la mano izquierda tápese el ojo derecho”), y luego imitando las acciones del examinador.

9. Habilidades numéricas

Además del cálculo aritmético (explorado en el Nivel 1) conviene examinar otras habilidades en el manejo de los números.

- Escribir cifras de 3 a 7 dígitos.
- Leer cifras de 3 a 7 dígitos.
- Ordenar cifras para su suma (no importa el resultado), por ejemplo: 97, 1095, 8, 209.
- Conceptos aritméticos. Por ejemplo: ¿qué es más grande: $1/3$ o $1/4$? (por la posibilidad de un acierto al azar, conviene repetir con otros pares de fracciones).

10. Abstracción

Semejanzas

- Poesía-estatua
- Mosca-árbol

Diferencias

- Prestar-dar
- Mentira-equivocación

Proverbios (dar la primera parte del enunciado)

- Más vale pájaro en mano...
- El que mucho abarca...

Cuando la persona examinada da respuestas absurdamente erróneas debe sospecharse la presencia de un cuadro distinto al daño orgánico cerebral: Síndrome de Ganser (ver Miscelánea), Pseudodemencias psicógenas, Pseudodemencias simuladas. Para su estudio se aconsejan algunas preguntas estandarizadas:

- Color del carbón, nieve, pasto, sangre.
- Cálculos muy elementales: $2+3$ y luego $3+2$, $4+4$, $5+5$.
- ¿Cuántos dedos tiene una mano? y ¿las dos manos?
- ¿Cuánto pesa medio kilo de pan?

Nota: La evaluación de las funciones cognitivas debe contrastarse con el resto de la sintomatología clínica y el examen somático del paciente. Si el examen neurológico básico muestra algunas fallas –por discretas que sean– deberá solicitarse interconsulta a neurología.

Este libro fue posible gracias al apoyo de la
Universidad de Santiago de Chile a través de
la Vicerrectoría de Vinculación con el Medio.

En la presente edición trabajó el equipo
completo de Editorial Usach:

Director
Galo Ghigliotto

Equipo editorial
Andrea Meza (diagramación y diseño)
Felipe Raveau (diseño de portada)
Consuelo Olgún (prensa y RRSS)

Equipo administrativo
Martín Angulo (jefe administrativo)
Claudia Gamboa (secretaria)
Javier Solís (ventas)
Aldo Opazo (asistente de ventas)
Mauricio Valenzuela (asistente administrativo)



“A pesar de todos los reparos, el método fenomenológico (‘todavía incipiente’ según Jaspers), tiene el gran mérito de haber profundizado en lo que parecía ser el principal rasgo distintivo de la mayoría de los psiquiatras clásicos: no buscar en el enfermo lo que dice un libro (alguna teoría causal), sino leer el enfermo como si fuera un libro, para luego, a partir de esa lectura, hacerse preguntas que guíen la investigación en dominios empíricos particulares.”

En la formación del médico como especialista en psiquiatría, se han destacado dos áreas diferentes pero complementarias: Capacitación en habilidades clínicas y Comprensión del paciente como persona. El libro tiene como objetivo principal señalar las habilidades clínicas que el médico debe adquirir en el estudio de pacientes psiquiátricos de alta complejidad clínica. Las habilidades clínicas, básicamente, apuntan a la formulación de un diagnóstico en tres niveles: sintomático, sindromático, nosológico. En cada capítulo se comentan algunos problemas generales relacionados con la materia en estudio.

Para una mayor profundización de los temas tratados se han recomendado algunas lecturas, una selección que procura combinar autores “clásicos” con otros contemporáneos.



UNIVERSIDAD
DE SANTIAGO
DE CHILE

COLECCIÓN CÁTEDRA