

# Manual de Psicopatología y Psiquiatría

2ª Edición

*Elisa Norma Cortese*

nobuko

**MANUAL DE  
PSICOPATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA**

---

**ELISA NORMA CORTESE**

Diseño y armado:  
Florencia Turek

Hecho el depósito que marca la ley 11.723  
Impreso en Argentina / Printed in Argentina

La reproducción total o parcial de este libro, en cualquier forma que sea, idéntica o modificada, no autorizada por los editores, viola derechos reservados; cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

© 2004 nobuko

I.S.B.N. 987-1135-09-2

1ª Edición: Julio 2003  
2ª Edición: Abril 2004

LIBRERIA TECNICA de Nobuko  
Florida 683 - Local 13  
C1005AAM Buenos Aires - Argentina  
Tel: 54 11 4314-6303 - Fax: 4314-7135  
E-mail: [ventas@nobuko.com.ar](mailto:ventas@nobuko.com.ar)

*A mi hija Estefi,  
a mi esposo Ricardo.*

*A mi hermana Graciela  
sin cuya colaboración este libro  
no hubiera sido posible.*



## INDICE

<b>CAPÍTULO 1:</b> Concepto de Psicopatología y Psiquiatría .....	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 2:</b> Clasificación de las Enfermedades Mentales .....	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO 3:</b> DSM - IV .....	<b>39</b>
<b>CAPÍTULO 4:</b> Historia Clínica.....	<b>47</b>
<b>CAPÍTULO 5:</b> Neurosis .....	<b>79</b>
<b>CAPÍTULO 6:</b> Trastornos de la personalidad .....	<b>105</b>
<b>CAPÍTULO 7:</b> Trastornos del estado de ánimo .....	<b>121</b>
<b>CAPÍTULO 8:</b> Psicosis delirantes .....	<b>133</b>
<b>CAPÍTULO 9:</b> Paranoia y Parafrenias .....	<b>145</b>
<b>CAPÍTULO 10:</b> Esquizofrenia .....	<b>159</b>
<b>CAPÍTULO 11:</b> Demencia .....	<b>169</b>
<b>CAPÍTULO 12:</b> Epilepsia .....	<b>183</b>
<b>CAPÍTULO 13:</b> Trastornos del inicio de la infancia y adolescencia .....	<b>189</b>
<b>CAPÍTULO 14:</b> Sida.....	<b>201</b>
<b>CAPÍTULO 15:</b> Anorexia - Bulimia.....	<b>211</b>
<b>CAPÍTULO 16:</b> Alcoholismo .....	<b>225</b>



## CAPÍTULO I

# CONCEPTO DE PSICOPATOLOGÍA

La psicopatología es la rama de la psicología que se ocupa del estudio de las manifestaciones psíquicas anormales.

### 1. Una discusión etimológica.

Un primer y grosero acercamiento es de índole etimológica. En griego, "psique", "pathos" es sufrimiento, y "logos" es saber o conocimiento, con lo cual, la psicopatología vendría a ser "un saber acerca del sufrimiento del alma". De esta definición etimológica nos interesa rescatar, por el momento, tres cosas:

- 1) En primer lugar, la psicopatología no trata de cualquier sufrimiento, sino del sufrimiento del alma, o, más modernamente, del sufrimiento psíquico. No nos interesará, entonces, un sufrimiento puramente físico como puede ser un dolor de muelas, salvo que este sufrimiento tenga repercusiones en el psiquismo y se convierte, además, en un sufrimiento mental. El sufrimiento físico y el psíquico son diferentes. Por nuestra propia experiencia, sabemos que no es lo mismo sufrir un dolor de cabeza, que sufrir porque (no sé donde está mi hijo), porque (están a punto de matarme), o sufrir de celos. El dolor físico y el psíquico tienen incluso diferentes localizaciones nerviosas: a una persona podríamos extirparle cierto sector del cerebro y seguiría con dolor físico... pero ya no le importaría ese dolor, es decir, habríamos separado el dolor físico del concomitante psíquico.
- 2) En segundo lugar, la psicopatología no trata de cualquier sufrimiento psíquico, sino solamente de aquel que está vinculado de alguna forma con una enfermedad o trastorno mental. Mucha gente sufre por la factura del teléfono, por estar desempleado o porque perdió a un amigo, y no por ello necesariamente está mentalmente enferma.
- 3) En tercer lugar, debemos discernir qué quiere decir exactamente "saber acerca del sufrimiento" de un ser humano. Básicamente, esto significa tres cosas: "saber que sufre", "saber qué sufre", y "saber por qué sufre". Prácticamente, estos tres saberes sobre el sufrimiento vienen a cubrir todo el campo de la psicopatología.

Entre “saber que sufre” y “saber qué sufre” hay apenas, desde el punto de vista ortográfico, la diferencia de un acento, pero esto cambia mucho las cosas desde el punto de vista conceptual. “Saber que sufre” apunta a un conocimiento basado en signos objetivos, observables desde afuera del sujeto. Por ejemplo, “sabemos que Juancito sufre” porque está llorando. El llanto es aquí un signo objetivo que habla por sí solo acerca del sufrimiento de la persona, tanto que incluso podemos obviar preguntarle si sufre o no: el mismo signo objetivo nos lo está diciendo. Desde ya, puede ocurrir que la persona esté sufriendo sin que haya signos objetivos que ese sufrimiento. Utilizamos aquí la expresión “signo” en el sentido que le da la semiología médica (y por extensión también la semiología psiquiátrica), en oposición a “síntoma”: el signo es objetivo, constatable por un observador externo, mientras que el síntoma es subjetivo, sólo constatable por quien lo padece, como podría ser una alucinación.

Otra forma de saber que una persona sufre es escuchando sus manifestaciones verbales, como cuando el enfermo nos dice “me siento mal”, “la paso sufriendo”, etc. En cuanto se trata de la constatación subjetiva de un sufrimiento, hablamos aquí entonces de síntoma, en lugar de signo.

Sin embargo, esto no es suficiente. En psicopatología necesitamos cualificar o identificar ese sufrimiento, es decir, no solo debemos saber si la persona sufre o no, sino además “saber qué sufre”: ¿es el sufrimiento de alguien que está angustiado? ¿El de alguien que está deprimido? ¿el de alguien que está celoso? ¿el de alguien que siente envidia? ¿el de alguien que está alucinando? Es mucho más fácil saber que alguien sufre, que saber qué sufre. Una persona que aparece muy alegre y divertida en una fiesta puede estar muy deprimida o muy celosa, o también, un paciente en un consultorio puede estar callado mirando por la ventana y estar sufriendo una alucinación. Para averiguar “qué” sufre una persona podemos o bien preguntárselo, y, sino lo sabe o no quiere decirlo, podemos aprehender su vivencia, para lo cual se requiere si no un cierto talento, por lo menos un cierto entrenamiento. La capacidad empática es, precisamente, poder sentir lo que el otro siente, de manera que yo puedo saber “qué” sufre el otro sintiendo lo que está padeciendo.

Desde ya, el objetivo de la psicopatología no es ponerse en el lugar del otro (en todo caso, si puede serlo el de la psicoterapia), sino que es un medio para alcanzar un fin, que es alcanzar un cierto saber sobre la vivencia del sujeto.

Finalmente, a la psicopatología también le interesará “saber por qué sufre”, es decir, planteará hipótesis o suposiciones acerca de cuáles son

las causas (o bien los motivos) por los cuales esta persona está deprimida, está angustiada, está celosa o tiene alucinaciones o delirios. En este punto entramos en el terreno de las teorías psicopatológicas, que indagarán en la etiología, en el por qué del sufrimiento psíquico considerado patológico.

Sintetizando, "saber acerca del sufrimiento" significa: conocer sus signos objetivos, identificar la vivencia asociada al sufrimiento, e indagar en sus causas, Jaspers, un gigante de la psicopatología, nos cuenta a su manera estos tres saberes que busca la psicopatología.

"El objeto de la psicopatología es el acontecer psíquico realmente conciente. Queremos saber qué y cómo experimentan los seres humanos, queremos conocer la dimensión de las realidades anímicas. Y no sólo el vivenciar de los hombres, sino que también queremos investigar las condiciones y las causas de las que depende, las relaciones en que está y las maneras como se expresa objetivamente.

## 2. Hacia una definición operativa

Sin embargo, así como el sufrimiento no siempre tiene que ver con la psicopatología, tampoco el estudio psicopatológico tiene siempre relación con el sufrimiento del enfermo (o del paciente, si es un enfermo bajo tratamiento), y para muestra tenemos dos ejemplos: a) Un violador o un psicópata asesino puede disfrutar con lo que hace. En estos casos, quien sufre será la víctima y, en general, la sociedad en su conjunto. B) Otro caso estudiable por la psicopatología puede ser la perversión sexual llamada masoquismo, donde tampoco hay un sufrimiento del sujeto sino al contrario, un placer.

Consecuentemente, una definición más operativa, más representativa del ámbito de la psicopatología debe recaer, más que en la cuestión del sufrimiento, en la cuestión del comportamiento anormal, sea cual fuere la idea que tengamos de lo que es normal o anormal (aquí, justamente, difieren los criterios de salud y enfermedad).

Por lo tanto, partiremos de la siguiente definición: "la psicopatología es la rama de la psicología que estudia las manifestaciones psíquicas anormales". Analicemos esta definición los significados de "rama", "estudia", "manifestaciones", "psíquicas" y "anormales".

1) "**Rama**": Mientras la psicología es el estudio del psiquismo en general, la psicopatología es una rama de esta ciencia por cuanto estudia específicamente un aspecto del psiquismo: sus manifestaciones anormales. La expresión "psicopatología" encierra así un doble significado: el de "psicología" porque estudia el psiquismo, y el de "patolo-

gía" porque estudia lo anormal. Refiriéndose a la psicopatología, Jaspers nos indica que "no es nuestro objeto todo el acontecimiento psíquico, sino sólo el "patológico".

- 2) **"Estudia"**: "la psicopatología es una ciencia especulativa esencialmente teórica, cuyo propósito es sólo el conocimiento del psiquismo anormal. No se ocupa de la curación ni de la prevención, que pertenecen a otros dominios". "Estudiar" significa en psicopatología varias cosas: en la clásica versión de Jaspers, significa describir las manifestaciones anormales, significa explicarlas, significa comprenderlas y finalmente significa totalizarlas o integrar en una unidad. Así, se comienzan "describiendo" los hechos y las vivencias psíquicas, luego se buscará relacionarlas entre sí estableciendo relaciones de causalidad (con lo cual estamos explicando) o relaciones genéticas (con lo cual estamos comprendiendo), y finalmente se procede a una síntesis totalizante. Descripción, explicación, comprensión y totalización, constituyen, para Jaspers, el significado de "estudiar" en psicopatología. Para Jaspers, un buen psicopatólogo debe ser un buen observador, un buen investigador y un buen totalizador. Por ejemplo, como buen observador debe aprehender hechos psíquicos particulares como el estar enojado. Si no sabemos esto, no tendremos nada para explicar. Luego, como buen investigador, el psicopatólogo debe ser capaz de relacionar ese estar enojado con alguna otra cosa. Por ejemplo, puede establecer una relación causal con determinado agente químico como la adrenalina, y concluir entonces que la persona está enojada porque tiene un exceso de circulación en sangre de esa determinada sustancia química.

También, puede establecer una relación comprensible con otro hecho psíquico, y concluimos que, por ejemplo, está enojado porqué está deprimido. Como indica el mismo Jaspers, comprender implica darse cuenta "cómo surge lo psíquico de lo psíquico", a diferencia del explicar, que implicaría constatar cómo surge lo psíquico a partir de lo biológico. Finalmente, cómo buen totalizador el psicopatólogo debe poder integrar ese estar enojado dentro del conjunto de la vida psíquica, de la historia y de las experiencias de ese sujeto en particular: muchas personas viven enojadas, pero en cada caso su enojo tendrá un sentido diferente porque diferentes son los complejos sintomáticos, la raza, el sexo y la historia de vida de cada enfermo.

- 3) **"Manifestaciones"**: La psicopatología es una disciplina empírica, y como tal, necesita examinar los hechos, las conductas, los compor-

tamientos de las personas por dos motivos principales. Primero, porque debe contar con "algo" para explicar: si no tenemos fenómenos no tenemos nada para explicar, es decir, no tenemos hipótesis ni teorías, lo que es justamente uno de los propósitos de una ciencia. Segundo, porque las hipótesis y teorías que se formulan requieren nuevamente fenómenos para poder ser verificadas: en caso contrario, la psicopatología quedaría reducida a un discurso especulativo.

- 4) **"Psíquicas"**: Las manifestaciones que estudia la psicopatología son, específicamente, psíquicas: opiniones, gestos, hábitos, formas de vestir, modos de relacionarse, estados de ánimo, vivencias, formas de reaccionar, etc. Inclusive una manifestación somática, como una úlcera, puede ser entendida como una manifestación psíquica anormal.
- 5) **"Anormales"**: Lo que se considere como normal o anormal dependerá del criterio de salud y enfermedad que se sustente. Estos criterios reflejan inevitablemente una ideología, una cosmovisión, y como tales tiene su utilidad pero también son vulnerables criticables

Conocemos el criterio estadístico (anormal es aquello que se aparta de una media poblacional), el criterio cultural (anormal es aquello que cierta cultura considera como tal), el criterio clínico (anormal es todo aquello por lo que alguien consulta y pide ayuda siendo, por lo tanto, motivo de preocupación o sufrimiento), etc. Los criterios de salud y enfermedad en psicopatología son más "subjetivos", si cabe la expresión, por cuanto en general no tenemos una evidencia física de salud o enfermedad como por ejemplo en la medicina (infectología, cardiología, etc). Por ejemplo: una zona infartada nos habla de un patología, pero, una crisis de llanto o un negarse a trabajar ¿es necesariamente expresión de enfermedad?

En general, en psicopatología lo que habrá de considerarse sano o enfermo, normal o anormal, dependerá de la cosmovisión de la época y, dentro de ella, de la teoría psicopatológica sustentada (teorías que podríamos agrupar como biológicas, reflexológico-conductistas, cognitivistas, psicoanalíticas, sistémicas y humanístico-existenciales).

En definitiva, la psicopatología es la fundamentación científica de la psiquiatría.

Su centro de interés es el hecho psiquiátrico entendido en un sentido amplio, donde no únicamente el síntoma es objeto de estudio.

Se extiende desde lo más orgánico-biológico a lo estrictamente psíquico, la psicopatología intenta extraer conclusiones válidas para estruc-

turarse como ciencia.

Los métodos que sirven a la psicopatología, van desde los relacionados con el nivel más biológico (psicobiología) hasta los ligados al plano social (psicología y psiquiatría sociales), pasando por aquellos que inciden en el nivel personal del hombre desde un punto de vista objetivo o subjetivo (fenomenología clínica, psicodinamia, estudio de las funciones y de los rendimientos psíquicos, producción artística, etc.).

## **CONCEPTO de PSIQUIATRÍA**

La psiquiatría se ha definido como: rama de la medicina, que se ocupa del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos, entendiendo como tales tanto las enfermedades propiamente psiquiátricas como otras patologías psíquicas, entre las que se incluyen los trastornos de la personalidad.

La psiquiatría es una rama de las ciencias médicas, cuyo carácter científico se alcanza a través de la psicopatología.

Básicamente se define por un objeto de estudio que se constituye en el hombre enfermo psíquico completo.

Sería quizás la rama o especialidad más médica, aunque a "prima facie" no lo aparente, pues no focaliza en un particular aspecto, sino que opera con conceptos integradores de lo que conforma al ser humano.

El hombre es un ser complejo, atravesado por diferentes formas de ser estudiado, que lo fragmentan, descomponiéndolo en unidades más simples, más factibles de ser apreciadas. Pero si bien esto es lógico en el ámbito de la investigación, no es válido en el campo de la aplicación clínica de dichos conocimientos, pues el sufriente se halla integrado en un todo, su individualidad bio-psico-social. El dolor, por ejemplo, lo compromete en todos esos planos.

La Medicina debe ser psicossomática. La psiquiatría tiene sentido en lo sociopsicosomático, esto es un núcleo.

La psiquiatría, tiene estrecha relación con:

- 1) la patología médica general**, que atiende al ente morbosos físico y sigue, con las debidas reservas, el modelo orgánico o médico.
- 2) La neurología**, cuyo objeto es la patología de la vida de relación instrumental que permite establecer las relaciones mecánicas sujeto-objeto;
- 3) La psicología**, que tiene por objeto la organización estructural no patológica del sujeto normal con su medio.
- 4) La sociología**, cuyo interés se centra en los fenómenos sociales colectivos.

Todas ellas se diferencian claramente de la psiquiatría, pero todas, a su vez, mantienen importantes conexiones con el cuerpo doctrinal de la misma.

La psiquiatría es no sólo parte de la Medicina, sino que es una especialidad que se aplica al estudio de lo más fundante del principal acto médico, el de la relación médico paciente y sus variables intervinientes. De esta manera, la Psiquiatría subyace en todo acto médico y la Medicina está presente en todo acto psíquico.

La psiquiatría es una ciencia en evolución que tiene dificultades para sintetizar conocimientos y elaborar teorías.

### **1. Dificultad de aprehender el fenómeno psíquico:**

- a) La introspección y la observación, que son todavía las vías para la captación de fenómenos psíquicos, están sujetas a múltiples condicionantes por su carácter subjetivo;
- b) En el mismo fenómeno psicopatológico coexisten ineludiblemente dos factores: el biológico, que da estabilidad y la constancia al fenómeno, y el psicosocial, que le confiere la dimensión individual y/o cultural;
- c) Escasa correlación, hasta el momento, de los síntomas y los estados psíquicos y la base biológica que los sustenta, y
- d) El hombre es el objeto y el sujeto que interviene en la captación del signo psicopatológico.

### **2. Contaminación ideológica de la psiquiatría.**

La psiquiatría es especialmente sensible a las crisis sociales y a la manipulación ideológica, por todas las razones expuestas

En el momento actual la psicopatología y la psiquiatría están en un nivel epistemológico relativamente avanzado, ya que se han delimitado bastante los síntomas básicos de los diferentes trastornos, existe una voluntad de integrar los distintos elementos bio-psico-sociales que condicionan la patología psíquica y se rehuyen los reduccionismos (biológicos o psicosociales), se incorporan las aportaciones de otras ramas del saber (genética, biología, estadística, informática, metodología de la investigación, etc.).

### **LOS CONCEPTOS de NORMALIDAD - ANORMALIDAD, SALUD - ENFERMEDAD**

A pesar del interés que suscitan temas tales como la delimitación de los conceptos de salud-enfermedad, normalidad-anormalidad, es escasa la literatura que existe al respecto.

Las primeras preguntas que surgen son de índole especulativa, en torno a qué vamos a llamar sano, normal, enfermo o anormal. Esta reflexión se ha acentuado en especial estos últimos 30 años, debido al cuestionamiento de la norma rígida y la relativización de ésta. También ha influido el psicoanálisis y su visión de la psicopatología como un continuo, en que la normalidad y anormalidad se plantean como una cuestión de grados sin diferencias cualitativas, sino sólo cuantitativas, y donde todos estamos expuestos en mayor o menor medida a transitar de un extremo al otro. Algo similar ha sido el aporte de la antropología cultural, que nos ha mostrado pueblos y culturas diversas de la nuestra, con una coherencia interna que nos lleva a relativizar el concepto despectivo de "primitiviz". En ambos casos, ya sea frente al enfermo mental como a culturas aparentemente más rudimentarias, hemos perdido el aire de superioridad arrastrado tantos años y hemos relativizado la norma.

Normalidad etimológicamente significa dar cumplimiento a una norma. Para entender el concepto de normalidad debemos abordar el tema de la norma, tal como es usado en la actualidad. Existen dos significados del término norma:

## **1. Norma ideal. 2. Norma descriptiva o estadística o modal**

### **1. Norma Ideal:**

Se considera normal todo aquello que cumple con un cierto modelo que el hombre valora y supone que debe tratar de tender. Sería un estado convencional de perfección que no siempre es posible lograr, pero es la norma a la que se debe aspirar.

Aquello considerado como norma ideal puede provenir de un modelo creado por el hombre, el cual se supone debe cumplirse para poder considerarse normal, o de un modelo extraído de la naturaleza de los seres vivos, al que se le da el carácter de paradigma en que basarse para calificar lo sano de lo desviado.

### **2. Norma descriptiva o estadística modal.**

Normal es aquello que se observa más a menudo, identificándose la norma con la mayor frecuencia.

La diferencia entre normal-anormal es cuantitativa. Las conductas, las personalidades, las predisposiciones, las capacidades, los rasgos, etc., se distribuyen según la curva de Gauss. El rango medio abarca la psicología normal, los dos extremos corresponden a la psicopatología, anormalidad o desviación. La línea que separa estos grupos es antojadiza.

## **Relatividad de la Norma.**

El comportamiento anormal es sólo aquel que se desvía de la norma de una cierta cultura, en un momento histórico dado. El cuestionamiento de la norma rígida y opresora de fines de siglo pasado, señalado por Nietzsche, reforzado por las teorías psicoanalíticas de Freud y por los análisis sociológicos de Marx, creó las condiciones para el surgimiento de una actitud relativista frente a la norma; lo establecido, lo considerado convencionalmente como verdadero.

Ilustra de manera concreta este tránsito desde una normatividad rígida hacia un relativismo más respetuoso, el cambio ocurrido en las posturas antropológicas.

Lévi-Bruhl y los etnólogos del pasado concebían la sociedad primitiva como un escenario de los estados infantiles de la humanidad. Un ingenuo etnocentrismo llevaba a considerar tal cultura como detenida, atrasada, respecto a la sociedad occidental. Esta postura de superioridad de Occidente confirmaba los sustratos ideológicos de la intolerancia, el racismo y de la tendencia a colonizar, o sea, a sustituir violentamente la cultura de los demás por la propia "por el bien de los otros".

La moderna antropología cultural, de la cual C. Lévi-Strauss es el exponente más célebre, reconoce el error de quien pretende enjuiciar otra civilización con los criterios de la suya propia. El relativismo étnico plantea que no existe una cultura superior a la otra, ya que no existen parámetros en base a los cuales hacer el juicio. Cualquier parámetro, norma o paradigma, se origina en el seno de una determinada cultura, cada una de las cuales tiene su sentido y coherencia interna, siendo imposible demostrar su mejor o peor postura vital frente a otros. Al no disponer de criterio externo para enjuiciar otras culturas, debemos aceptarla y respetarla globalmente.

La psiquiatría transcultural, o psiquiatría comparada o etno-psiquiatría, investiga los aspectos psiquiátricos que separan los límites de una sola cultura.

El concepto de norma, en relación al enjuiciamiento de lo que sería normal o anormal en cierta cultura, materia de investigación de esta rama de la psiquiatría, se ha visto fuertemente influido por la antropología moderna y los factores que anteriormente señalábamos. Estos investigadores han elaborado el problema de la relatividad cultural del concepto de enfermedad mental, señalando y describiendo numerosas culturas que manejan concepciones significativamente diferentes de lo que se considera un enfermo mental.

A su juicio, un comportamiento psicótico en nuestra cultura, puede ser normal en otra.

En otras palabras, la etno-psiquiatría rechazaría el concepto de norma ideal, y se adscribiría al concepto de norma descriptiva, estadística o modal. La cultura es la norma, y ésta no puede confrontarse con otras. O sea, lo ideal, lo deseado, lo que debe ser, es aquello que una cultura determina como tal. Y al interior de cada cultura la normalidad estará dada por el cumplimiento de estas normas buenas para tal cultura, que evidentemente tenderán a ser las más frecuentes.

El concepto de normalidad es un juicio y que como tal es subjetivo. El fundamento, o dicho de otra manera, las variables que subyacen y contribuyen a plasmar un determinado juicio constituyen en última instancia la postura ética del sujeto que emite el juicio.

El concepto de normalidad no es puramente objetivo, el juicio valorativo no es ni puramente subjetivo ni objetivo, es una categoría diferente, que se nutre de ambos en su constitución pero no es ni lo uno ni lo otro.

Todo juicio valorativo es ético. Gregory Zilboorg en su *Historia de la Psicología Médica* señala que en tiempos de Hipócrates, las perturbaciones mentales no se consideraban enfermedades, aunque la mitología griega abunda en ejemplos de locura. En la tradición homérica: el hombre se enfermaba mentalmente porque los dioses le quitaban su espíritu. En Grecia los enfermos se trataban en los templos con herederos sacerdotales de los secretos de la curación, quienes intervenían con imponentes ceremonias religiosas. Platón consideraba dos clases de insanía; la locura y la ignorancia. Y también dos clases de locura o manía, una resultado de la enfermedad, y otra "es un don de los dioses, es celestial, es una forma superior de locura y posee cualidades proféticas".

La tradición médica iniciada por Hipócrates (400 a.C.), seguida por Celso, Areteo de Capadocia, y que culmina con Galeno (130-200 d.C.), quien realiza una síntesis del intento riguroso y científico de la medicina greco-romana, se verá ahogada en el crepúsculo de esa edad llamada comúnmente del oscurantismo, en donde la enfermedad mental estará en manos de Dios y de su enemigo Lucifer.

Las autoridades cristianas primitivas se plantean perplejas y temerosas ante la enfermedad mental. Era frecuente que los locos se dedicaran a cavilaciones teológicas. El problema era si se estaba frente a un santo o un demonio. Es San Agustín quien formula y sistematiza los principios medievales de la psicología humana, fundiendo Dios y alma, teología y psicología, y marcando así el tratamiento de la psicología para toda la Edad Media.

Las perturbaciones psíquicas las padecen los herejes. Algunos considerados como enfermos eran tratados con exorcismo.

En esta confusión en que el pecado y la enfermedad mental se identificaron en el espíritu del hombre, será el diablo el causante de la anormalidad psíquica, donde el pecado más grave del hombre y la mujer y preocupación fundamental del demonio es el sexo.

La Edad Moderna concibe al enfermo mental, al anormal, a la luz de su propia fe, pero esta vez no es fe en Dios sino en sí mismo, en su capacidad de dominar y controlar el mundo, acicateado por el fascinante mundo del progreso que le ofrece la ciencia y la técnica. Es la perspectiva de la época clásica, cristalizada en todo su esplendor en la ilustración y la revolución industrial.

Foucault elogia la experiencia medieval y renacentista de la locura, sin preocuparse de los excesos cometidos, sino valorando el carácter simbólico que esos períodos le atribuyen al loco como una figura escatológica.

Refiere Foucault que la locura va a ser reducida al silencio por la época clásica a través de la fuerza. Se crea el hospital general, instancia de orden monárquico y burgués que se organiza en Francia y posteriormente se extiende a toda Europa. El problema de la anormalidad mental se confunde con la vagancia, la insensatez, la mendicidad y la ociosidad. Se transforma en un asunto de policía. Es una respuesta a la crisis económica del siglo XVII que en Europa se traduce en desempleo, pobreza, vagancia, agitación, motines, etc., y por lo tanto peligro para el sistema establecido. Es la ociosidad la que va definiendo el perfil del anormal.

El anormal es despreciado porque no es como todos, no corresponde al promedio, escapa a la norma, a la medida, y cuestiona asuntos delicados que la sociedad no está dispuesta a revisar porque intuye que corroe sus cimientos.

El racionalismo y el positivismo gestados en la época clásica ahogarán al hombre y lo llevarán a la desesperación en nuestra época contemporánea. Es Kierkegaard su exponente más emotivo.

Nietzsche, Marx y Freud también emprenden a su modo la búsqueda de un hombre nuevo.

Los cuatro aspiran al mismo objetivo: liberar al hombre. La libertad se constituirá en la piedra angular de la evolución cultural de nuestra sociedad contemporánea. Es éste, el momento histórico que vivimos, que nos lleva a plantear la cuestión de la normalidad-anormalidad en estos términos; la anormalidad como una pérdida de la libertad.

Los tres momentos son válidos. Sin embargo, todos tienen una responsabilidad histórica, en relación a la cual los evaluamos. Y ésta es el

juicio ético que se hizo del enfermo mental, juicio ético en cuanto entraña una praxis. No enjuiciemos que al loco se le haya considerado un santo o un demonio, postura inclusive interesante y atractiva, sino qué se hizo con él. Esta es en definitiva la elaboración ética que debe asumir el profesional de la salud mental, como una responsabilidad ineludible.

“El neurótico es incapaz de gozar y de obrar; de gozar, porque su libido no se halla dirigida sobre ningún objeto real; y de obrar, porque se halla obligado a gastar toda su energía para mantener a su libido en estado de represión y protegerse contra sus asaltos.

“Toda libertad tiene un “de qué” y un “para qué”. Si preguntamos “de qué” es libre el hombre, la respuesta es: de ser impulsado, es decir que su yo tiene libertad frente a su ello; en cuanto a “para qué” el hombre es libre, la respuesta es; para ser responsable. La libertad de la voluntad humana consiste, pues, en una libertad de ser impulsado para ser responsable, para tener conciencia.

“Ser sano o normal significa no sólo tener una norma en una situación dada, sino ser normador en esta y en otras eventuales situaciones”.

“El enfermo es enfermo por no poder admitir más que una norma... El enfermo no es tal por falta de norma, sino por la incapacidad de ser normativo”.

Por anormalidad entendemos una falla o una deficiencia en aspectos estructurales del ser humano, habitualmente mantenidos y persistentes a través del tiempo. El término enfermedad en cambio, si bien puede también significar lo anterior, en muchos casos apunta a fenómenos totalmente diversos.

En cuanto a la definición de las enfermedades en particular, siguen criterios muy heterogéneos: algunas son definidas en base a la causa, otras en base a la lesión, otras en relación a los síntomas.

La introducción de nuevos métodos y nuevas técnicas de investigación han continuamente modificado la clasificación de la enfermedad y el concepto global de enfermedad. De cada periodo histórico se ha extraído algún criterio. Así entonces las múltiples enfermedades resultan definidas según criterios lógicos muy diversos.

1. El prurito senil, y la proctalgia fugaz son simples síntomas.
2. La mayor parte de las enfermedades mentales son síndromes, o sea una constelación de síntomas relacionados entre sí, y con un pronóstico determinado.
3. La estenosis mitral, la colitis ulcerosa y los tumores, son definidos en base a la anatomía y a la historia. La enfermedad adquirió una ana-

tomía patológica que la definía, observable en el cadáver, además de los síntomas y signos registrados en la cabecera de enfermo.

4. La tuberculosis y la parálisis general progresiva son definidas en base a la bacteriología y en relación al concepto de agente etiológico externo.

Resulta evidente que las vicisitudes del concepto de enfermedad coinciden con la historia misma de la medicina. En nuestra clasificación actual sobreviven y coexisten enfermedad-síntoma, enfermedad-síndrome, enfermedad-lesión, enfermedad-agente etiológico.

La psiquiatría no ha estado ajena a esta mezcla. Se ha hablado de enfermedad-síntomas en los albores de la psiquiatría y posteriormente enfermedad-síndrome (Síndrome de Ganzer), de enfermedad-lesión (Demencia artereosclerótica), de enfermedad agente-etiológico (Psicosis anfetamínica).

Una clasificación de las enfermedades mentales debe permitir que aquellos que la usan se puedan comunicar en forma expedita acerca de dichos trastornos. Esto significa usar nombres de categorías que sean como abreviaturas Standard, que resuman y denoten ciertos rasgos y características sobre los cuales existe sin duda común acuerdo, y que de otra manera requerirían el uso de una interminable enumeración de términos. Por ejemplo: cuando un clínico se refiere a un trastorno de personalidad determinado, él está tratando de comunicar un conjunto de rasgos clínicos acerca de una persona sin tener necesidad de mencionar todos y cada uno de los rasgos que en su conjunto constituyen dicho trastorno.

En la actualidad el esfuerzo hecho por la American Psychiatric Association's plasmado en el DSM. Clasificación que, como se ha planteado, es provisoria y que aunque presenta varias limitaciones, debiera servir de marco de referencia para elaborar año a año una clasificación que cada vez se acerque más a ser comunicativa, comprensiva y controladora, objetivos en los que la praxis psiquiátrica se realiza.

## CONCEPTO DE SALUD

Se han elaborado muchas definiciones de salud pero pocas satisfacen; la salud es una experiencia y a la vez un estado objetivo, mensurable.

La salud es algo que experimenta y percibe el sujeto dentro de sí y a su vez es un estado psicobiológico observable y medible por la ciencia médica y los métodos de diagnóstico.

Características de estar sano:

1. Percepción del bienestar psicosomático y social.

Una persona está sana cuando experimenta esta sensación de bien-

estar biológico, psicológico y social.

La sensación de bienestar social también forma parte de la salud. Esta sensación de bienestar es una percepción de equilibrio entre los componentes de mi ser y entre el yo y mi contorno.

**2. Percepción de la integridad:**

Cuando una persona no siente amenazada la integridad de su ser, ni percibe señales de destrucción está sana.

**3. Libertad de acción:**

El hombre sano es el que se percibe libre para actuar, (limitaciones físicas y mentales de la enfermedad).

**4. Capacidad de comunicación:**

El ser humano es un ser social, el comunicarse es para él, una necesidad tan vital como el respirar y alimentarse.

## **CONCEPTO DE ENFERMEDAD**

Podemos definir la enfermedad como el conjunto de trastornos psíquicos y/o físicos que conforman una entidad nosológica.

El paciente no tiene la concepción de la enfermedad sino la sensación de dolor y sufrimiento. El concepto de enfermedad es por lo tanto un concepto médico y ha sido establecido para clasificar las diversas alteraciones físicas y psicológicas que puede sufrir el ser humano.

Cuando el enfermo va al médico no entiende el nombre de la enfermedad que padece o sus características; él sólo busca el alivio de su sufrimiento.

## **SALUD MENTAL.**

Es la capacidad para poder ser, para poder realizarnos como seres humanos, para poder enfrentarnos con los problemas, los conflictos, las dificultades, los avatares de la vida.

Salud Mental sería la capacidad potencial de realizarnos en nuestra propia vida, y esta capacidad no nos es dada de una vez por todas, sino que debemos conquistarla permanentemente a través del ciclo vital.

Cada uno de nosotros tendrá mayores o menos capacidades para poder conquistar esa salud mental, y eso dependerá, según puede enfrentar mejor las situaciones conflictivas por las que debemos atravesar a lo largo de nuestra vida.

La vida psíquica es una creación, una realización personal, una obra única, a la manera de una obra de arte.

Es la identidad individual la que se pondrá de manifiesto en la reali-

zación de cada uno y le pondrá el sello particular a la manera de una huella digital.

Esos recursos de los que estamos hablando, nacen en la infancia, así el ser humano viene al mundo en estado de total dependencia. El bebé nace en estado de total dependencia con las figuras parentales.

El bebé abandonado no puede sobrevivir en estado de salud mental, necesita de sus padres para poder ir desarrollando su inventiva, su imaginación y su creatividad, respetando sus propias inclinaciones y ayudándolo a progresar, de acuerdo a sus posibilidades.

La Salud Mental por su naturaleza propia, no es un bien solitario, es un bien a compartir con los demás. Se desarrolla en la vida familiar, que es el medio ambiente en el que surge, lo que llamamos el desarrollo psicoemocional.

La Salud Mental debe estar presente en el clima institucional, que se refleja en las formas de convivencia y que sirve, de modelo formativo, durante la carrera, hasta el campo específico, que debe conocer el médico para estar capacitado para enseñar Salud Mental y transmitir conocimientos y habilidades para promover el desarrollo de la Salud Mental en los otros, en particular, en el enfermo y en el medio ambiente que lo rodea, especialmente su familia.

## **CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL**

Los límites son claros con las enfermedades médicas, pero si difuminan cuando nos acercamos a los comportamientos especiales o anormales, en el campo de la enfermedad mental.

La consideración científica de lo que es un trastorno psíquico varía con el tiempo, de forma que comportamientos antes valorados como patológicos (homosexualidad) hoy no se incluyen en los actuales sistemas diagnósticos y, por el contrario, se incluyen otros que eran considerados vicios (juego patológico, exhibicionismo), productos de la maldad humana (piromanía, cleptomanía, paidofilia) o normales (trastornos del deseo sexual, trastornos orgásmicos, sobre todo la frigidez en la mujer).

En el contexto de la psiquiatría se integran tres tipos de trastornos diferentes, si dejamos al margen las toxicomanías y las demencias. Por una parte, las psicosis esquizofrenia, trastornos bipolares, psicosis afectivas, en las que el sujeto pierde el contacto de los criterios de la realidad y se instala en un mundo cualitativamente distinto. Son las verdaderas enfermedades mentales en sentido estricto.

Los trastornos psíquicos no psicóticos que comportan síntomas y un sufrimiento para el paciente o un riesgo de vida (neurosis clásicas, pato-

logía sexual, trastornos de la alimentación, trastornos psicosomáticos). Finalmente, también acoge la psiquiatría los trastornos de personalidad, en los que la patología viene dada por agrupaciones de rasgos peculiares (no síntomas clínicos), que hacen sufrir al sujeto (por ej.: personalidad evitativa o dependiente) o le generan importantes conflictos en la relación interpersonal (por ej.: personalidades histriónicas, narcisistas, paranoides o esquizoides) y/o social (por ej.: personalidades antisociales o límites).

La naturaleza y origen de cada una de estas patologías son distintas, ya que en las psicosis la base biológica es fundamental, en los trastornos de personalidad priman los condicionantes educacionales y ambientales, sin que pueda descartarse en alguno de ellos una participación hereditaria y en el resto de patologías se imbrican causas biológicas y psicosociales según el trastorno.

- 1) Unos comportan síntomas clínicos (psicosis y neurosis), mientras que otros (trastornos de personalidad) generan conflictos, pero no síntomas.
- 2) La personalidad se introduce como un factor que condiciona el tratamiento y el pronóstico, y
- 3) Los tratamientos son básicamente distintos, según se trate de psicosis o trastornos de personalidad.

Con estos presupuestos podemos acotar la auténtica enfermedad mental, del resto de trastornos psíquicos, cuya naturaleza no es fundamentalmente biológica, como es el caso de las clásicas neurosis o de los trastornos de personalidad.

Las enfermedades mentales quedan delimitadas por los siguientes elementos:

- 1) Representan una ruptura biográfica.
- 2) La enfermedad genera experiencias subjetivas desagradables
- 3) Se restringe la libertad personal
- 4) Se presenta como un conjunto organizado y constante de síntomas
- 5) Tienen un curso y un pronóstico predecibles, y
- 6) Son sensibles generalmente a un tratamiento biológico específico, aunque las terapéuticas psicológicas y/o rehabilitadoras contribuyen a configurar un mejor pronóstico.

En las enfermedades mentales

- 1) Se constata una base genética

- 
- 2) Sólo se detectan anomalías biológicas en las enfermedades psíquicas
  - 3) Se produce una ruptura biográfica
  - 4) Se observa una coherencia y estabilidad clínica y diagnóstica
  - 5) Las enfermedades psíquicas no son sensibles a las influencias del medio; por el contrario, son arreactivas al mismo, si bien éste puede modular ligeramente el comportamiento del enfermo, pero sin modificar la clínica y la evolución de la enfermedad, en tanto que los trastornos psicosociales son reactivos a las incidencias externas.
  - 6) En las enfermedades la respuesta a los tratamientos biológicos es sensiblemente más positiva que otros abordajes, en tanto que en los trastornos neuróticos o de personalidad ocurre todo lo contrario.



## CAPÍTULO II

### CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

La medicina se basa en el reconocimiento de entidades nosológicas. Nosología es la parte de la patología que trata acerca del ordenamiento o clasificación de las enfermedades.

El campo de la salud mental, de la psiquiatría, está gobernado por síntomas (la realidad interna que describe el paciente siempre es subjetiva), lamentablemente no cuenta con signos, como la medicina en general.

El primer paso es realizar el diagnóstico (conocimiento a través de) a través de la semiología que es el arte de recoger signos y síntomas de la enfermedad para poder integrarlas en síndromes, que nos llevará a un preconcepto de lo que será el diagnóstico, después se harán los exámenes complementarios para detectar la etiología; el reconocimiento de qué enfermedad se trata, y luego vendrá el tratamiento, lo que producirá la cura.

Es muy importante poder clasificar nosológicamente las enfermedades mentales, es decir poder hacer un diagnóstico.

Una clasificación de las enfermedades mentales debe permitir que aquellos que la usan se puedan comunicar en forma expedita acerca de dichos trastornos. Esto significa usar nombres de categorías que sean como abreviaturas estandar, que resuman y denoten ciertos rasgos y características sobre los cuales existe sin duda común acuerdo, y que de otra manera requerirían el uso de una interminable enumeración de términos. Por ejemplo: cuando un clínico se refiere a un trastorno de personalidad determinado, él está tratando de comunicar un conjunto de rasgos clínicos acerca de una persona sin tener necesidad de mencionar todos y cada uno de los rasgos que en su conjunto constituyen dicho trastorno.

El control de una enfermedad mental en términos ideales apunta a la capacidad, ya sea para prevenir su presentación o para modificar su curso con un determinado tratamiento. Por esta razón, el control es el objetivo más importante de una clasificación de las enfermedades psiquiátricas.

Una clasificación es comprensiva cuando permite entender las causas de las enfermedades mentales y el proceso que se desarrolla en su persistencia y evolución en el tiempo. La comprensión no es un fin en sí misma (una enfermedad puede tratarse sin conocerse su origen), pero

conviene que una clasificación la tenga muy presente, ya que a menudo lleva a un mejor control de la enfermedad.

**a) Clasificación nosológica tradicional** (ver cuadro).

Neurosis, Psicosis (endógenas y orgánicas) y personalidades psicopáticas.

**b) clasificación nosológica moderna. (DSM IV).**

En la actualidad el esfuerzo hecho por la American Psychiatric Association's plasmado en el DSM. Clasificación que, como se ha planteado, es provisoria y que aunque presenta varias limitaciones, debería servir de marco de referencia para elaborar año a año una clasificación que cada vez se acerque más a ser comunicativa, comprensiva y controladora, objetivos en los que la praxis psiquiátrica se realiza.

Es un sistema multiaxial (toma en consideración varios ejes para efectuar el diagnóstico).

**Eje I:** síndromes clínicos actuales.

**Eje II:** trastornos del desarrollo y trastornos de la personalidad.

**Eje III:** trastornos y estados físicos.

**Eje IV:** gravedad del estrés psicosocial.

**Eje V:** evaluación global del rendimiento del sujeto.

## NEUROSIS

Las neurosis son enfermedades de la personalidad caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales. (Henri Ey).

"Las neurosis son enfermedades menores de la organización de la personalidad, cuyos síntomas simbolizan los conflictos inconscientes y las defensas contra la angustia".

El contingente más importante de pacientes que forman el campo de la psiquiatría es el representado por los trastornos neuróticos en alguna de sus diversas expresiones (neurosis clásicas, problemas psicósomáticos, depresiones neuróticas, etc.).

Sin embargo, hay que distinguir entre síntomas y personalidad neurótica, o sea aquella personalidad cuyas características facilitan la instalación de una neurosis (neuroticismo).

**a) Síntomas neuróticos.**

Su diferente estructuración dará lugar a las distintas formas clínicas de las neurosis (de angustia, fóbica, histérica, obsesiva).

**b) Personalidad neurótica.**

Existen unas características consustanciales a este tipo de sujetos, lo que nos permite plantear una serie de rasgos comunes.

El carácter neurótico es expresión de una intensa conflictiva interna.

- 1) Tiene un mal control de su vida instintiva y afectiva, por lo que está sometido a una lucha pulsional que le ocasiona constantes y penosas tensiones internas.

Para algunos (Ey), el drama del neurótico estriba en no ser capaz de identificarse con el personaje que todos intentamos representar por constituir el ideal de nuestro yo, bien porque fracase la identificación parental (imagen parental del mismo sexo) o por imposibilidad de llevarla a cabo, bien porque tal identificación le ocasione una angustia intensa.

- 2) No tiene ni puede tener una buena imagen en sí mismo, por lo que frecuentemente no se acepta y se rechaza como personaje.
- 3) Un sujeto inseguro, con notables sentimientos de inferioridad.
- 4) La ansiedad se erige en el centro de su vida, la cual está marcada por una profunda frustración al no lograr realizarse existencialmente.
- 5) En general son personas con poca naturalidad, ya que su inseguridad les hace adoptar posturas defensivas que impiden una relación fluida.
- 6) Rigidificación, un mecanismo de protección, empleado frecuentemente por estos individuos, en el que el sujeto repite, sin apenas variación, las mismas pautas de conducta, eliminando así la posibilidad de que nuevos estímulos perturben su precaria seguridad, aunque a costa de un empobrecimiento existencial..
- 7) La actividad profesional de estos sujetos está generalmente entorpecida por este modo peculiar de existencia que es la neurótica. Sin embargo, en ocasiones, el neurótico sobrecompensa sus problemas personales a través de éxitos profesionales, y en este caso el trabajo pasa a ocupar la meta final de estos sujetos, convirtiéndose en objetivo de su existencia más que en una actividad potencialmente enriquecedora.

### **Características Generales de las Neurosis.**

Las neurosis tienen unas características básicas que las diferencian claramente de otros trastornos psíquicos.

- 1) No son enfermedades en el sentido médico, su etiopatogenia es fundamentalmente psicológica.
- 2) Su naturaleza es dimensional ya que el neuroticismo es un factor de personalidad que se desplaza cuantitativamente de menos a más a

lo largo de un continuo.

- 3) La clínica es, asimismo, cuantitativa, ya que los síntomas corresponden a fenómenos que todo sujeto puede sentir en situación normal.
- 4) El curso es, en general, crónico, con fluctuaciones
- 5) El pronóstico es variable según parámetros personales, sociales y terapéuticos
- 6) El tratamiento, excepto en las crisis de angustia y el trastorno obsesivo, se debe enfocar psicológicamente.

**a) Las neurosis no son enfermedades**

El criterio médico de enfermedad es indefendible en este caso, ya que en los trastornos neuróticos no existe una causa orgánica subyacente que actúe como tal provocando al espectro clínico típico de estos cuadros.

El peso etiológico del trastorno recae sobre contingencias fundamentalmente psicológicas.

Las neurosis son trastornos menores, en las neurosis el sujeto no pierde el juicio de realidad.

**b) Las neurosis son trastornos dimensionales.**

Las neurosis no son problemas categoriales, sino dimensionales. No hay neuróticos y normales, sino que, con propiedad, debería hablarse de personas con alto nivel de neuroticismo y otras con un bajo nivel. Las primeras constituyen el grupo de las llamadas neuróticas, en tanto que las segundas, el de las denominadas sanas. Tan sólo diferencias cuantitativas separan unas de otras.

Todas las personas pueden llegar a tener clínica neurótica si las circunstancias ambientales constituyen un problema suficientemente importante para el sujeto como para romper sus mecanismos de equilibrio del yo.

Lo que ocurre es que el individuo con un alto nivel de neuroticismo (personalidad neurótica nuclear) se descompensa con facilidad ante situaciones que apenas entrañan conflicto ni amenaza, mientras que los sujetos poco neuróticos sólo llegan a la clínica neurótica en circunstancias altamente traumatizantes o estresantes.

**c) La clínica de las neurosis es comprensible.**

Los síntomas que estructuran los cuadros neuróticos son comprensibles, en el sentido de que pueden guardar relación con las vivencias que todo sujeto normal puede experimentar a lo largo de su vida. Ansiedad, tensión, apatía, irritabilidad, insomnio

(características de los trastornos de ansiedad), temores, conductas de evitación.

### **Delimitación clínica de las neurosis.**

- 1. Alteración parcial de la personalidad:** no se distorsiona, está alterada por conflictos específicos (dificultades en la relación interpersonal).
- 2. Conservación del juicio de realidad:** conocimiento correcto del mundo tal cual es.
- 3. Conciencia de enfermedad:** reconoce sus síntomas y el carácter anómalo de ellos.
- 4. Síntoma capital:** la angustia.
- 5. Puede determinarse una época de comienzo:** la enfermedad tiene una época de comienzo precisa, reconoce una historia.
- 6. Los síntomas son vividos como ajenos al Yo:** el neurótico reconoce la presencia de síntomas que interfieren en sus rasgos habituales de personalidad, vivencia "algo" que no le pertenece a su manera de ser; impotencia, frigidez, rituales, miedos, angustia.
- 7. Concurre espontáneamente a la consulta:** lo hace presionado por las dificultades crecientes en sus relaciones interpersonales e intrapsíquicas.
- 8. Evolución dinámica:** según el tipo de personalidad y sus posibilidades disposicionales, adopta una u otra forma clínica y a veces alternan síntomas que pertenecen a más de una forma.
- 9. Etiología pluralista:** la causa es preponderantemente psicológica, pero los conflictos se producen entre las instancias normativas y las instintivas, generándose así la disarmonía intrapsíquica.
- 10. La terapéutica es psicológica:** psicoterapia.

### **Clínica de las neurosis**

1. Trastornos de la afectividad, generalmente ansiedad-angustia.
2. Trastornos de las conductas instintivas: agresividad mal controlada o inhibida, anorexia y, más rara vez, bulimia, trastornos del sueño y problemas funcionales de la conducta sexual (eyaculación precoz, impotencia, frigidez).
3. Síntomas físicos, derivados de la hiperactivación funcional del SNC y del desequilibrio neurovegetativo y neuroendocrino.
4. Estigmas neuróticos (enuresis, tartamudez, tics, enrojecimiento facial).

## Clasificación de las Neurosis.

- a) Según la escuela psicoanalítica: Neurosis indiferenciada (N. de Angustia).  
Neurosis diferenciadas: N. Fóbica.  
N. histérica. N. obsesiva. N. Hipocondríaca.
- b) En el actual DSM-IV (1995) estos trastornos quedan recogidos en tres apartados (trastornos de ansiedad, somatomorfos y disociativos).  
En el DSM-IV los trastornos obsesivos y trastornos por estrés se incluyen entre los trastornos de ansiedad.

### Neurosis

- Trastornos de ansiedad
- Trastorno obseso-compulsivo.
- Trastornos de ansiedad fóbica.
- Trastornos del ánimo (no psicóticos)
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos disociativos
- Trastornos de la conducta alimentaria, sexuales, del sueño, etc.

## Génesis.

El hombre (yo personal) tiende a regular el equilibrio entre el yo psicológico y el yo corporal.

El neurótico elabora a través de su desarrollo infantil un modelo incierto y amenazante del mundo exterior, y su personalidad es, tal como hemos visto, débil e insegura. En consecuencia, tiene dificultades en su relación interpersonal y en la resolución de los problemas que se le van planteando, pues le falta objetividad suficiente para juzgar las situaciones y la energía necesaria para afrontarlas.

La génesis de esta problemática se encuentra, sin duda, en conflictos infantiles generados especialmente en las relaciones parentales, sobre todo con el padre del mismo sexo que sirve como modelo de identificación. Problemas entre los padres, desacuerdo en el tipo de educación y padres excesivamente rígidos y autoritarios o, por el contrario, pusilánimes y con conflictos personales son situaciones que abonan la posibilidad de que el niño estructure una personalidad neurótica, porque impiden una adecuada visión del mundo y de la forma de afrontarlo.

Existen otras vías a partir de las cuales también se puede llegar a la neurosis. Los casos en los que la personalidad no es particularmente patológica y la representación del mundo es correcta, pero los proble-

mas reales que debe solventar el sujeto sobrepasan los límites de su propia capacidad resolutive. En esta situación, el sujeto adulto puede llegar a tener manifestaciones neuróticas, frecuentemente de la serie angustiosa, pero no provocadas por su conflictividad interna, sino por su reacción al problema exterior. De ahí que se hable en estos casos de reacciones neuróticas, las cuales, si no llegan a solventarse, pueden derivar hacia un conflicto neurótico permanente, de cualquier forma de mejor pronóstico que cuando éste es esencial o nuclear.

Otra vía de acceso a la neurosis es la asentada en problemas de orden biológico, no porque lo somático *per se* pueda ser causa de neurosis, sino porque desde este nivel se puede poner en marcha mecanismos psicológicos propios de la dinámica neurótica. Al igual que partiendo de lo psicológico se puede llegar al plano somático (trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos), también se puede establecer una corriente inversa de influencia (neurosis somatógenas). En este último caso, el paciente reacciona emocionalmente ante su problema físico y puede llegar a elaborar una neurosis propiamente dicha si no es capaz de reestructurar su equilibrio. La alta incidencia de trastornos afectivos (angustia, depresión) en enfermos orgánicos crónicos (diabetes, poliartritis crónicas progresivas, etc.) corrobora estas afirmaciones.

La personalidad previa del sujeto es un factor importante que interviene para facilitar o superar el establecimiento de un conflicto neurótico.

Se puede llegar a engendrar un conflicto neurótico:

- 1) nuclearmente
- 2) por presiones del mundo externo, y
- 3) por presiones del mundo interno.

El resultado de este conflicto es la ansiedad. La ansiedad y su correlato fisiológico que es la angustia son fenómenos que señalan la amenaza que el individuo (yo personal) siente a su integridad, sea ésta físico o psíquica.

Existe una tendencia a yugular la angustia a través de actitudes existenciales positivas que intenten resolver el conflicto por medio de los llamados mecanismos de defensa del yo.

El neurótico usa y abusa de estos artilugios defensivos que le permiten controlar la ansiedad y no tener que afrontar la siempre penosa experiencia de solucionar un conflicto. En ocasiones, el sujeto neurótico logra por este sistema yugular la angustia permanentemente.

Pueden, sin embargo, pasar toda su existencia asintomáticos si las circunstancias no los llevan a situaciones excesivamente traumáticas.

No obstante, es más frecuente que el neurótico a lo largo de su vida fracase, de forma transitoria o persistente, en el control de la situación y acabe teniendo síntomas-signos de la serie neurótica.

Podemos decir que la clínica neurótica deriva de la imposibilidad del sujeto de mantener controlada la angustia a través de los mecanismos de defensa, excepto en algunos casos (síntomas de conversión histérica, somatizaciones) en que el propio mecanismo defensivo se constituye en síntoma

- 1) Lo descrito anteriormente corresponde a la constitución de la personalidad neurótica.
- 2) Aunque en la génesis de las neurosis se han enfatizado los aspectos psicológicos, la genética es muy importante en determinados cuadros clínicos, como las crisis de angustia y los trastornos obsesivos. En estos casos intervienen otros parámetros de índole biológica.

## PSICOSIS

La psicosis, o los síntomas psicotiformes como son definidos en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) aparecen en una amplia variedad de trastornos psiquiátricos.

De acuerdo con él, un trastorno psicótico se manifiesta por sí mismo mediante cuatro signos o síntomas principales, de los cuales debe estar presente al menos uno para realizar el diagnóstico:

- ◆ Ideas delirantes.
- ◆ Alucinaciones.
- ◆ Lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia).
- ◆ Comportamiento catatónico gravemente desorganizado.

Además, la psicosis debe mostrar uno o más de los siguientes tres signos (los cuales, sin embargo, no son necesarios para el diagnóstico de psicosis o de síntomas psicóticos):

- ◆ Falta de introspección.
- ◆ Afectividad inapropiada.
- ◆ Acciones irracionales.

En el grupo de trastornos del Eje I llamados "esquizofrenia y otros trastornos psicóticos", la psicosis es un elemento necesario, pero no suficiente. Este grupo incluye:

- ◆ Esquizofrenia, con sus tipos paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual.

- ◆ Trastorno esquizofreniforme.
- ◆ Trastorno esquizoafectivo.
- ◆ Trastorno delirante.
- ◆ Trastorno psicótico breve.
- ◆ Trastorno psicótico compartido (folie a deux).
- ◆ Trastorno psicótico debido a una enfermedad médica con ideas delirantes o alucinaciones.
- ◆ Trastorno psicótico inducido por sustancias.
- ◆ Trastorno psicótico no especificado.

En las psicosis la perturbación es de tal magnitud que la apreciación de la realidad es defectuosa y particular.

La psicosis es una enfermedad que conduce a que el inconsciente se torne consciente y tome posesión del control sobre el individuo.

Implica que el individuo es peligroso para sí mismo, la sociedad o los demás. (Juicio desviado).

Se afecta toda la personalidad, el individuo se encuentra desorganizado, desintegrado, falta de armonía, le falta discernimiento para darse cuenta que está enfermo psiquiátricamente y se alteran casi todas sus funciones psíquicas.

Generalmente presentan síntomas inadecuados, pero específicos, duraderos, crecientes y progresivos.

Todos los síntomas anormales como alucinaciones, delirios, etc., son vívidos como una realidad y se manifiestan en sus comportamientos conductuales.

Las psicosis se pueden clasificar en tres complejos clínicos:

- 1. Psicosis endógenas:** son las enfermedades en donde tradicionalmente se pensaba que no había fundamento orgánico demostrable y cuyo origen real era oscuro o desconocido; hoy, en los últimos años de investigación y con el avance de las llamadas neurociencias, se puede afirmar que las psicosis endógenas en cuestión son de última psicosis orgánicas, ya que hay múltiples hallazgos neurobiológicos que ratifican este concepto. (Esquizofrenia) o una base genética (trastornos bipolares).
- 2. Psicosis exógenas:** El concepto exógeno alude a una causa biológica externa (al sistema neuronal) demostrable, en cuya ausencia cesa la manifestación psicótica. Se dividen en: causas intracerebrales (epilepsias del lóbulo temporal, neoplasias cerebrales, enfermedad de Parkinson, vasculopatías, esclerosis múltiple, etc.), extracerebrales-

intracorporales (deshidratación intensa, hiponatremia, hipopotase-mia, insuficiencia hepática grave, septicemias, anemias graves, hipoxias, etc.) y extracorporales (alcohol, anfetaminas, cocaína, CO, traumatismo de cráneo, virus, bacterias, etc.).

- 3. Psicosis reactivas breves:** este concepto, hoy en discusión, se refiere a un grupo de pacientes (con trastornos de la personalidad) que frente a determinadas circunstancias estresantes muy intensas y súbitas presentan una psicosis aguda de breve duración (horas a días). Para llegar a este diagnóstico debe comprobarse, entonces, un estímulo psíquico traumático grave para nuestra cultura, previo al desencadenamiento de la psicosis. Esta, debe ser de breve duración y debe descartarse una psicosis orgánica breve aguda (una epilepsia temporal, una abstinencia de sustancias de abuso o la presencia de un tóxico como el, alcohol –embriaguez patológica- o las drogas estimulantes) y luego detectar un trastorno de personalidad.

### **PERSONALIDAD NORMAL:**

Todas las definiciones de personalidad, se refieren a un modo de ser único o individual, sin embargo se ha tratado de comprender la personalidad desde distintos enfoques: Biológicos, psicológicos, filosóficos, jurídicos, etc.

Teniendo en cuenta los diferentes enfoques se puede definir la personalidad de las siguientes maneras:

- ◆ “Es aquello que permite una predicción de lo que una persona va a hacer en una situación dada”.
- ◆ “Es la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente”.
- ◆ “Es la configuración única que toma en el transcurso de la historia de un individuo, el conjunto de los sistemas responsables de su conducta”.

Vemos que en las distintas definiciones aparecen elementos comunes, que son:

- 1. La individualidad:** a pesar de que varios individuos compartan características comunes, la personalidad es irrepetible, (algo similar a las huellas dactilares).
- 2. La integración de varios factores,** no como una mera sumatoria sino como una especial organización.
- 3. La estabilidad,** a través del tiempo en el modo de conducirse.
- 4. El dinamismo de la personalidad,** concepto que no se contra-

pone con la característica anterior, sino que implica que no es un proceso cerrado o estático sino factible de un continuo crecimiento y modificaciones, por ejemplo en situaciones críticas, enfermedades, en el proceso de curación.

Los rasgos de personalidad son pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo.

Cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos, y causan incapacidad social, disfuncionalismo ocupacional, y/o malestar subjetivo, hablamos entonces de "trastorno de personalidad".

La personalidad es asintomática, está desprovista de ansiedad, es egosintónica y está orientada esencialmente a la adaptación mutua y constructiva entre individuo y ambiente.

Las personalidades pertinentes son aquellas cuyas conductas y características pueden considerarse adecuadas a las pautas generales del medio socio – cultural en el que viven.

"La estructuración de la personalidad, resulta del frágil equilibrio entre los requerimientos internos que hacen al ser individual y las postulaciones o exigencias externas que condicionan al ser social".

Adecuación implica adaptación activa y pertinentes, un psiquismo organizado y con cierto nivel de coherencia interna.

Teniendo en cuenta los rasgos que distinguen a cada individuo, se puede decir que implementan dichos rasgos de carácter para conseguir algún tipo de éxito.

Personalidad de un individuo es el conjunto de sus sentimientos y valoraciones de sus tendencias y voliciones.

Se pueden considerar tres componentes del psiquismo individual.

- a) La inteligencia.
- b) La personalidad
- c) El conjunto de sentimientos e instintos corporales o vitales.

#### **A) Personalidades pertinentes**

Son aquellas cuyas conductas y características pueden considerarse adecuadas a las pautas generales del medio socio - cultural en el que viven.

Adecuación implica adaptación activa y conductas pertinentes, un psiquismo organizado y con cierto nivel de coherencia interna.

Los individuos implementan dichos rasgos de carácter para conseguir algún tipo de éxito.

## B) Trastornos de la personalidad.

Cuando los rasgos de carácter son: 1) inflexibles, 2) desadaptativos, 3) causan incapacitación social, 4) disfuncionalismo ocupacional, 5) malestar subjetivo hablamos entonces del Trastorno de la personalidad.

El DSM IV agrupa los trastornos de la personalidad en torno a 3 grandes tipos de características genéricas:

**I. Sujetos extraños:** (esquizoides, esquizotípicos y paranoides).

**II. Sujetos inmaduros** (histriónicos, narcisistas, antisociales y límite).

**III. Sujetos temerosos** (evitadores, dependientes obsesivo compulsivos y pasivo agresivos).

Personalidades Pertinentes	Trastornos de la personalidad
1. Personalidad suspicaz	1. Trast. Paranoide de la pers. desconfiada
2. P. Observadora y no participante	2. T.P. Esquizoide T.P. Esquizotípico
3. P. demostrativa	3. T.P. histriónico.
4. P. de ánimo variable	4. T.P. narcisística
5. P. de acción	5. T.P. antisocial
6. P. atemorizada y huidiza	6. T.P. por evitación T.P. por dependencia
7. P. lógica	7. T.P. obsesivo - compulsivo

## CARACTERÍSTICAS de los TRASTORNOS de la PERSONALIDAD.

a) Desde el punto de vista intelectual no definen al psicópata los defectos del desarrollo intelectual, los psicópatas alcanzan un desarrollo intelectual que sobresale al promedio, si bien su formación cultural suele ser inferior a la clase social a la que pertenecen y a la escolaridad recibida.

Posee un caudal intelectual que suelen derrochar y aplicar antisocialmente, al mismo tiempo que son incapaces de reflexión, de escuchar, de prestar atención durante mucho tiempo.

La falta de atención, la indiferencia y el desinterés se refieren también al medio ambiente, resbalando sobre estos sujetos todo aquello que no les afecta personalmente.

Es típica la tendencia a la mentira habitualmente sin objeto, por gusto de mentir (fabulación) y sirviendo a una imaginación exaltada que se engaña a sí misma.

- b)** Desde el punto de vista afectivo se destaca la rápida y fácil excitabilidad de los afectos sin frenos, risa y llanto se desbordan y emergen injustas y violentas simpatías y antipatías.  
Falta en el comportamiento de estos sujetos equilibrio afectivo, firmeza y rectitud y sobran variabilidad del humor, raptos de ira y furor, susceptibilidad, temor y angustia.
- c)** Voluntad: siempre falta consistencia. Negativista o contradictorio, unas veces se niegan por terquedad sin razones, otras veces por deseo de llevar la contra.  
Las alteraciones de la voluntad se reflejan muchas veces en el desorden y falta de cuidado de las cosas.
- d)** En la esfera instintiva los trastornos son más graves especialmente por su precoz y perversa hipersexualidad y por tendencias homosexuales, también se comprueba tendencia al robo sin utilidad ni objeto y a causar daño a la propiedad ajena o al maltratar a los animales o a niños o personas más débiles
- e)** En la esfera corporal: nerviosidad, pueden observarse crisis convulsivas aunque generalmente acompañados de buena salud.

### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.**

1. Sus síntomas son egosintónicos
2. Respuesta inflexible e inadaptada al stress. (baja tolerancia a la frustración).
3. Incapacidad para trabajar y amar.
4. Los trastornos de la personalidad casi siempre se producen en respuesta a un contexto social.
5. Una peculiar capacidad para ponerse debajo de la piel de los demás.
6. Tienen uniformemente problemas en sus relaciones laborales y afectivas.
7. No suelen verse a sí mismos como los ven los demás y carecen de empatía para los demás.
8. Afectan profundamente a los demás a menudo de forma sutil e inconsciente.



### CAPÍTULO III

---

#### DSM - IV

#### Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

La mayoría de los trastornos DSM-IV poseen dos códigos. Esto se debe a que en Europa se utiliza el sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) y a que en Estados Unidos el sistema de codificación oficial es el de la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión.

La utilización de códigos diagnósticos es fundamental para la recopilación de información médica. La codificación de diagnósticos facilita la recogida de datos y la recuperación y compilación de información estadística. Con frecuencia también se requiere de los códigos que faciliten la comunicación de datos diagnósticos a terceras partes interesadas, incluyendo instituciones gubernamentales, aseguradoras privados y la Organización Mundial de la Salud.

Los subtipos (algunos de los cuales se codifica mediante el quinto carácter) y las especificaciones pretenden incrementar la especificidad. Dentro de un diagnóstico, los subtipos definen subgrupos fenomenológicos mutuamente excluyentes y se indican en el conjunto de criterios mediante las palabras <especificar el tipo>. Por ejemplo, el trastorno delirante incluye distintos tipos de acuerdo con el contenido de los delirios. Concretamente los tipos son siete: erotomaníaco, de grandiosidad, celotípico, persecutorio, somático, mixto y no especificado. Por el contrario, las especificaciones no pretenden ser mutuamente excluyentes y están indicadas en el conjunto de criterios para las palabras <especificar si> (p. ej., en la fobia social, las instrucciones señalan <especificar si; generalizada>). Las especificaciones permiten definir subgrupos más homogéneos de individuos afectados por un trastorno, y que comparten ciertas características (p. ej., trastorno depresivo mayor con síntomas melancólicos). Aunque a veces se asigna un cuarto o quinto carácter para codificar un subtipo o una especificación (p. ej., F00.01 Demencia tipo Alzheimer, con inicio precoz, con alucinaciones [290.12]) o la gravedad (F32.0 Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve [296.21]).

Habitualmente, el diagnóstico DSM-IV se aplica a las manifestacio-

nes actuales del sujeto y no acostumbra utilizarse para denotar diagnósticos anteriores de los que el individuo ya está recuperando. Una vez establecido el diagnóstico, pueden aplicarse las siguientes especificaciones indicadoras de gravedad y curso evolutivo: leve, moderado, grave, en remisión parcial, en remisión total e historia anterior.

Las especificaciones leve, moderado y grave sólo deben utilizarse cuando el trastorno cumpla en el momento presente todos los criterios. Al decidir si la presentación del trastorno ha de describirse como leve, moderada o grave, el clínico debe tener en cuenta el número e intensidad de los signos y síntomas del trastorno en cuestión, así como cualquier irregularidad en la actividad laboral o social. En la mayor parte de los trastornos hay que utilizar las siguientes directrices:

- ◆ **Leve.** Son pocos, o ninguno, los síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico. Los síntomas no dan lugar sino a un ligero deterioro de la actividad social o laboral.
- ◆ **Moderado.** Existen síntomas o deterioro funcional situados entre <leve> y <grave>.
- ◆ **Grave.** Se detectan varios síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico, o distintos síntomas que son particularmente graves, o los síntomas dan lugar a un notable deterioro de la actividad social o laboral.
- ◆ **En remisión parcial.** Con anterioridad se cumplían todos los criterios del trastorno, pero en la actualidad sólo permanecen algunos de sus síntomas o signos.
- ◆ **En remisión total.** Ya no existe ningún síntoma o signo del trastorno, pero todavía es relevante desde un punto de vista clínico tener en cuenta dicho trastorno, por ejemplo, en un individuo con episodios anteriores de trastorno bipolar que ha permanecido sin síntomas durante los últimos 3 años, bajo tratamiento con litio. Tras un período de tiempo en completa remisión, el clínico puede considerar que el sujeto está recuperado y, en consecuencia, no codificar el trastorno como un diagnóstico actual. La diferenciación de en remisión total requiere la consideración de distintos factores, incluyendo el curso característico del trastorno, el lapso de tiempo transcurrido desde el último período patológico, la duración total del trastorno y la necesidad de evaluación persistente o de tratamiento profiláctico.
- ◆ **Historia anterior.** En determinados casos puede ser útil reconstruir la historia de los criterios cumplidos por el trastorno, aun cuando el

individuo esté recuperado en la actualidad. Estos diagnósticos anteriores de un trastorno mental deben indicarse utilizando la especificación historia anterior (p. ej., trastorno de ansiedad por separación, historia anterior, aplicable a un individuo con una historia de trastorno de ansiedad por separación, que en la actualidad no sufre trastorno alguno o que ahora satisface criterios de crisis de angustia).

### **Diagnóstico principal / motivo de la consulta.**

Cuando en una hospitalización se establece más de un diagnóstico a un individuo, el *diagnóstico principal* corresponderá a aquel trastorno que, tras estudiar el caso, se considere responsable principal del ingreso. El *motivo de la consulta* es el trastorno que justifica en primer lugar la asistencia médica.

En la mayor parte de los casos el diagnóstico principal o el motivo de la consulta también constituyen el principal objeto de atención o tratamiento. Con frecuencia es difícil (y algo arbitrario) determinar qué diagnóstico es el principal o el motivo de la consulta, especialmente en situaciones de <doble diagnóstico>.

### **Tipos de información que aparecen en el texto de DSM-IV.**

El texto del DSM-IV describe cada trastorno bajo los siguientes epígrafes: <Características diagnósticas>, <Subtipos y/o especificaciones>, <Procedimiento de tipificación>, <Síntomas y trastornos asociados>, <Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo>, <Prevalencia>, <Curso>, <Patrón familiar> y <Diagnóstico diferencial>.

Los trastornos DSM-IV están agrupados en 16 clases diagnósticas principales (p. ej., trastornos relacionados con sustancias, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad) y una sección adicional denominada <Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica>.

La primera sección está dedicada a <Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia>. Esta división de la clasificación de acuerdo con la edad de presentación de un trastorno sólo está planteada por razones por conveniencia y no es absoluta. Aunque los trastornos incluidos en esta sección suelen ponerse de manifiesto por vez primera durante la infancia y la adolescencia, algunos sujetos diagnosticados con los trastornos que aparecen en la mencionada sección (p. ej., trastorno por déficit de atención con hiperactividad) pueden no ser objeto de atención clínica hasta la edad adulta. Además, no es raro que la infancia o la adolescencia sean la edad de inicio de diferentes trastornos incluidos en otras secciones (p. ej., trastorno depresivo mayor, esqui-

zofrenia, trastorno de ansiedad generalizada).

Las tres secciones siguientes -<Delirium, demencia y trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos>, <Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica> y <Trastornos relacionados con sustancias>- fueron agrupadas conjuntamente en el DSM-III-R bajo el encabezamiento unitario de <Síndromes y trastornos mentales orgánicos>. El término <trastorno mental orgánico> ya no se utiliza en el DSM-IV, puesto que implica incorrectamente que los otros trastornos mentales que aparecen en el manual carecen de base biológica.

El principio organizativo de todas las secciones restantes (excepto los trastornos adaptativos) consiste en agrupar trastornos en función de sus características fenomenológicas compartidas a fin de facilitar el diagnóstico diferencial. La sección <Trastornos adaptativos> está organizada de modo distinto puesto que tales trastornos han sido agrupados en función de su etiología común (p. ej., reacción desadaptativa a estrés). Por consiguiente, los trastornos adaptativos incluyen una amplia variedad de presentaciones clínicas heterogéneas (p. ej., trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, trastorno adaptativo con ansiedad, trastorno adaptativo con alteración del comportamiento)

Por fin, el DSM-IV incluye una sección dedicada a <Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica>.

### **Evaluación multiaxial.**

Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco ejes:

**Eje I** Trastornos clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

**Eje II** Trastornos de la personalidad - Retraso Mental

**Eje III** Enfermedades médicas

**Eje IV** Problemas psicosociales y ambientales

**Eje V** Evaluación de la actividad global

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrán pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. Un sistema multiaxial pro-

porciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. Además, el sistema multiaxial promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación.

### **Eje I: Trastornos Clínicos**

El Eje I describe todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental (que se han incluido en el Eje II).

#### **Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.**

- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (se excluye el retraso mental, que se diagnostica en el Eje II)
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
- Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica
- Trastornos relacionados con sustancias
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos facticios
- Trastornos disociativos
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos del sueño
- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
- Trastornos adaptativos
- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

### **Eje II: Trastornos de la personalidad. Retraso Mental.**

El Eje II incluye los trastornos de la personalidad y el retraso mental. También puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad. Enumerar los trastornos de la personalidad y el retraso mental en un eje separado asegura que se tomará en consideración la posible presencia de trastornos de la personalidad y retraso mental, anomalías éstas que pudieran pasar des-

apercibidas cuando se presta atención directa a trastornos del Eje I, habitualmente más floridos. La codificación de los trastornos de la personalidad en el Eje II no implica que su patogenia o la índole de la terapéutica apropiada sean fundamentalmente diferentes de las implicadas en los trastornos codificados en el Eje I.

- Trastorno paranoide de la personalidad
- Trastorno esquizoide de la personalidad
- Trastorno esquizotípico de la personalidad
- Trastorno antisocial de la personalidad
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno histriónico de la personalidad
- Trastorno narcicista de la personalidad
- Trastorno de la personalidad por evitación
- Trastorno de la personalidad por dependencia
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
- Trastorno de la personalidad no especificado
- Retraso Mental

### **Eje III: Enfermedades médicas.**

El Eje III incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión del trastorno mental del sujeto. Estos estados están clasificados fuera del capítulo <Trastornos mentales> de a CIE-10.

Las enfermedades médicas pueden relacionarse con los trastornos mentales de diferentes modos. En algunos casos es evidente que la enfermedad médica constituye un factor causal directo para el desarrollo o empeoramiento de síntomas mentales, y que los mecanismos implicados en este efecto son fisiológicos. Cuando se supone que un trastorno mental es consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica, en el Eje I debe diagnosticarse un trastorno mental debido a enfermedad médica, y esa enfermedad debe registrarse tanto en el Eje I como en el Eje III.

### **Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.**

En el Eje IV se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (Eje I y II). Un problema psicosocial o ambiental

puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. Además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, los problemas psicosociales también pueden aparecer como consecuencia de la psicopatología, o pueden constituir problemas que deben tomarse en consideración en el planeamiento de la intervención terapéutica general.

Cuando una persona tiene problemas psicosociales o ambientales múltiples, el clínico debe tomar nota de todos aquellos que juzgue relevantes.

Por razones de conveniencia los problemas se han agrupado en las siguientes categorías:

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo: por ejemplo, fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos, nacimiento de un hermano.
- Problemas relativos al ambiente social: por ejemplo, fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación).
- Problemas relativos a la enseñanza: por ejemplo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo, conflictos con el jefe o los compañeros de trabajo.
- Problemas de vivienda: por ejemplo, falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindad insaludable, conflictos con vecinos o propietarios.
- Problemas económicos: por ejemplo, pobreza extrema, economía insuficiente, ayudas socioeconómicas insuficientes.
- Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria: por ejemplo, servicios médicos inadecuados, falta de transportes hasta los servicios asistenciales, seguro médico inadecuado.
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen: por ejemplo, arrestos, encarcelamiento, juicios, víctima de acto criminal.

- Otros problemas psicosociales y ambientales: por ejemplo, exposición a desastres, guerra u otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales, o médicos, ausencia de centros de servicios sociales.

### **Eje V: Evaluación de la actividad global.**

El Eje V incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución.

El registro de la actividad general en el Eje V puede hacerse utilizando la escala de evaluación de la actividad global (EEAG). La EEAG puede ser particularmente útil al seguir la evolución del progreso clínico de los sujetos en términos globales, utilizando una medida simple. La EEAG sólo debe ser cumplimentada en relación a la actividad psicosocial, social y laboral. Las instrucciones especifican: <no incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales)>. En la mayoría de los casos las evaluaciones de la EEAG deben referirse al período actual reflejarán generalmente la necesidad de tratamiento o intervención.

## CAPÍTULO IV

### HISTORIA CLÍNICA

Es un registro de los datos derivados de las diversas exploraciones efectuadas al paciente.

Contiene desde la anamnesis, (el interrogatorio sistemático efectuado al paciente), hasta los informes de las exploraciones complementarias.

**Anamnesis:** Significa interrogatorio. Durante la entrevista, se deben recoger en forma sistemática los datos que permitan elaborar una patografía del paciente.

La anamnesis recoge datos como:

La filiación, el motivo de consulta, los antecedentes familiares, los personales.

Se trata de realizar una hipótesis diagnóstica que nos permita recoger los datos para confirmarla o no.

En los medios médicos se dice que un 90% de diagnósticos se realizan a través de la anamnesis, y si no es así, difícilmente se realizan con las exploraciones complementarias.

Los esquemas para realizar anamnesis varían de un lugar a otro, según el modelo teórico y según el tipo de patología ante el que nos encontremos.

Si estamos ante un trastorno orgánico, menos nos importarán los antecedentes biográficos.

Poco importa si un paciente confuso por una intoxicación medicamentosa presentó un problema emocional en su infancia, aunque luego conocer esos datos nos puede revelar que estamos ante una persona con tendencia a sufrir accidentes.

El interrogatorio debe ser realizado con tiempo y con calma.

Se debe dejar hablar al paciente libremente, sin obligarlo a seguir nuestro esquema, y se puede ordenar la información a través de preguntas que nos permitan obtener información precisa para completar la que nos brinda el paciente en forma espontánea.

La información así obtenida, suele ser más rica.

#### 1) Datos de Filiación.

Es el apartado de la anamnesis que recoge los datos de identidad del

paciente: nombre y apellido, edad, estado civil, lugar de nacimiento y fecha del mismo, profesión, situación laboral, etc.

## **2) Motivo de Consulta.**

Lo primero que es necesario conocer es el motivo de la consulta. A veces, el propio sufrimiento moral del paciente lo trae al consultorio; otras veces, malestares físicos y la orden de un médico clínico que considera necesario un examen médico psicológico; otras veces, la imposición o el pedido de un familiar o de un amigo, o incluso de la justicia. Debe ser consignado con todo cuidado, resumiendo y ordenando la exposición del paciente con sus propias palabras, el motivo por el cual se encuentra con el médico.

En este apartado se describe en forma simple y breve, el motivo por el cual el paciente ha acudido a nosotros.

Por ejemplo: cefaleas, tristeza, insomnio.

## **3) Enfermedad actual.**

Es el apartado de la anamnesis más rico, es el menos sistematizable, porque las vivencias del sujeto ocupan y tiñen los síntomas, dándoles un carácter muy personal.

En pacientes graves suele ser necesaria la participación de la familia para la obtención de los datos.

En este apartado se debe realizar la enumeración y descripción de todos los síntomas que presenta el paciente en el momento de la anamnesis (enfermedad actual).

Conviene evitar el uso, en la transcripción que se hace de este primer contacto con el paciente, de conceptos y terminologías técnicas, y si en alguna oportunidad se utilizan deben estar seguidas entre paréntesis por la expresión propia del paciente tal como lo ha dicho. Siempre deben incluirse las clásicas preguntas del interrogatorio clínico: ¿desde cuándo está enfermo?, o ¿desde cuándo sufre esto o aquello?; antes de tal fecha ¿estaba usted completamente sano?; antes de esa fecha ¿cómo era usted? ¿Ha sufrido usted con anterioridad en alguna otra oportunidad algo semejante a su padecimiento actual?; ¿ha debido usted consultar a un especialista con anterioridad a este sufrimiento?

Conviene que en esta primera parte de la historia clínica el paciente se exprese sobre todos aquellos puntos que considera pertinentes, acerca de sus propias opiniones sobre el origen, la causa de sus padecimientos, etc.

En psicología médica, más aún que en otras ramas de la medicina, es muy importante, aunque no imprescindible, el informe de per-

sonas allegadas al paciente.

El informa de los allegados incluye el informa de asistentes sociales especializados y de los enfermeros si el paciente está internado. Pero en este primero momento del examen médico - psicológico, este informe se refiere sobre todo a los familiares que traen al paciente o que lo acompañan. Respecto a estos datos, necesarios para el mejor conocimiento del paciente, deben ser consideradas tres posibilidades: que el informe sea dado antes de que el médico tenga el primer contacto con el paciente, que sea dado durante la entrevista con el paciente y delante de éste o que sea dado en la misma entrevista, con posterioridad a que el paciente haya hablado con el médico, pero sin la presencia de aquél.

#### **4) Antecedentes de enfermedad actual.**

En este apartado se describen los primeros síntomas de la enfermedad, la aparición de los mismos en orden cronológico y su evolución posterior, las exacerbaciones o remisiones si se presentaron y las circunstancias que las rodearon.

También se deben registrar los tratamientos recibidos, si los hubo y cuales fueron más eficaces.

#### **5) Antecedentes familiares.**

Si bien la herencia como causa de enfermedad mental tiene poca importancia, la influencia genética, tiene una influencia preponderante. Por eso es necesario consignar los antecedentes de enfermos mentales, suicidas, alienados, psicópatas, desequilibrados, neuróticos, toxicómanos, etc., que puedan existir en la familia del paciente.

Es necesario preguntar estos datos refiriéndose a los hermanos y padres, primos y tíos, abuelos y tíos abuelos, etc.

Hay que establecer en cada caso si el afectado tiene con el paciente relación de sangre o sólo un vínculo político. Por ej.: la existencia de un primero - hermano esquizofrénico, cuya madre, tía del paciente, presenta también episodios de alienación, tendrá un significado diferente si esta tía es hermana de uno de los padres del paciente o si es la esposa de un tío carnal.

Se deben reflejar los datos de parentesco de los diferentes familiares, la composición de la familia (se puede usar un diagrama).

Sobre todo es importante en los casos de enfermedades hereditarias.

#### **6) Antecedentes personales.**

En este lugar se debe registrar la biografía del paciente tanto en los aspectos patológicos como normales.

- a) **Datos de su 1ª Infancia** (parto - lactancia - control de esfínteres - relaciones emocionales - deambulación - locución).
- b) **Datos de la 2ª Infancia** (vida escolar, rendimiento, las relaciones con los compañeros y con los maestros, las actividades sexuales precoces).
- c) **Adolescencia:** (socialización, grado de adaptación al medio social, menarca - poluciones, actividades sexuales, estudios superiores, inicio de las actividades laborales).
- d) **Madurez:** (matrimonio, hijos, actividad laboral, relaciones sociales, enfermedades físicas, consumo de drogas, enfermedades mentales, síntomas pre mórbidos).

## 7) Examen semiológico.

Las funciones psíquicas que representan un corte transversal de la actividad psíquica en el momento de la entrevista.

Este corte transversal adquiere significación estructural cuando se lo ubica en un corte longitudinal de la personalidad.

El corte longitudinal es el estudio del desarrollo de la personalidad, es decir que se refiere a los aspectos históricos y evolutivos obtenidos de la biografía del paciente.

En el examen de las funciones psíquicas, el interés recae sobre la actividad psíquica actual, pero el detalle de la exploración de algunas funciones psíquicas dependerá de la gravedad del trastorno de otras. Por ej.: en un paciente que presenta un cuadro de gran agitación psicomotriz, no será posible interrogar sobre los mecanismos psicopatológicos del trastorno.

También, cuando las alteraciones de las funciones psíquicas en el momento del examen son muy intensas, dificultando la comunicación del paciente con el médico, no es posible interrogar sobre el desarrollo histórico de la personalidad.

## 8) Diagnóstico.

- a) Sindromático.
- b) Clínico.
- c) De personalidad.

## 9) Evolución y Pronóstico.

## 10) Tratamiento.

## **SINTOMAS, SIGNOS Y SINDROMES**

La psiquiatría puede considerarse como una rama de la medicina que, estudia, investiga y trata a las personas que padecen trastornos mentales.

### **Síntomas y signos de los trastornos mentales**

La epistaxis (hemorragia nasal) es un dato objetivo, al igual que la palidez, los obtenemos con la observación, otros datos son obtenidos del relato del paciente y apuntamos por ejemplo: "refiere tos con expectoración con estrías de sangre". Se tratan de datos objetivos que el médico no ha observado sino que le es referido por el paciente.

Los datos subjetivos, es decir, aquellos que siente el paciente pero que el médico no puede observar, los denominamos síntomas, y están presentes en toda la medicina: el dolor es el ejemplo más frecuente como síntoma, nunca es observado sino siempre referido por el paciente. Los pacientes consultan por síntomas tales como: malestar, debilidad, fatiga. Los síntomas de los trastornos mentales son de igual naturaleza que los mencionados, solo que son otros: ansiedad, angustia, temor desmedido, alucinaciones.

Los signos objetivos de trastorno mental son en ocasiones muy visibles si se los conoce: la inhibición psicomotriz o la inquietud y la agitación.

Respecto de los datos objetivos y los datos subjetivos, se suele plantear que en nuestra especialidad abunda el material subjetivo por parte del paciente y a veces por parte del observador. En Psiquiatría tratamos en lo posible de hacer objetivos los datos referidos por el paciente, lo cual implica una tarea a veces dificultosa y a veces no tanto; un paciente que consulta por depresión tiene una presentación y una prosopografía que van desde su mirada y su postura al caminar hasta la inhibición que presenta sentado en una silla mientras intenta explicar, con muy pocas ideas, lo que le pasa, con un sufrimiento que refiere y que a veces es muy visible en la expresión facial y que dan cuenta del mal que padece en pocos minutos.

### **Las funciones psíquicas**

Con el fin de poder abordar la complejidad de la vida psíquica dividimos, convencionalmente, la actividad mental en actividades: la Actividad Intelectual también llamada cognoscitiva, la Actividad Afectiva y la Actividad Volitiva.

La actividad intelectual o cognitiva es la que nos permite conectarnos con el medio y con nosotros mismos. Tenemos conocimiento del entor-

no, del lugar, del tiempo, porque una serie de funciones nos permiten conectarnos, reconocer, integrar. Algunas de estas funciones son “elementales”. Sin ellas son imposibles los primeros pasos de la actividad mental, a estas funciones las llamamos convencionalmente *funciones intelectuales básicas*.

### **Funciones intelectuales básicas**

- Atención ■Percepción o sensopercepción ■Memoria.

Así como hay funciones intelectuales básicas hay *funciones intelectuales superiores*. Estas funciones son muchas, pero tomamos para la semiología elemental a las siguientes: la ideación, la imaginación y el juicio.

### **Funciones intelectuales superiores**

- Ideación ■Imaginación ■Juicio

## **CONCIENCIA**

Es la resultante del funcionamiento armónico de la totalidad de la psique.

Se manifiesta cuando entran en juego los mecanismos psicológicos y somáticos, cuyas actividades determinan la realización del proceso psíquico.

Por la conciencia y a través de estas elaboraciones, el espíritu se informa o adquiere el conocimiento de cuanto acontece en:

- a) El mundo exterior (captado por los órganos sensoriales externos).
- b) El mundo interior (captado por los aparatos sensoriales internos).
- c) El mundo psíquico (al que pertenecen las actividades psíquicas superiores, que intervienen en la elaboración del pensamiento).

Es notoria, la movilidad y la constante mutabilidad de la conciencia.

Constituye una continuidad ininterrumpida de registros, mediante los cuales es posible el conocimiento de nuestra personalidad y del mundo que nos rodea.

Cada uno de estos instantes que se suceden con grandes o pequeñas variantes, pero siempre diferentes entre sí, se denominan Estados de Conciencia.

Gracias a los estados de conciencia, tenemos conocimiento de nuestra personalidad en todos sus aspectos externos, interior y espiritual; y de sus relaciones con el mundo en cada instante del acontecer psíquico.

La constante movilidad de los estados de conciencia se debe a:

- a) Las sucesivas estimulaciones llegadas por las vías de la sensopercepción, y

**b)** Las vías del aporte realizado por la memoria y la imaginación.

A la conciencia llega la totalidad de los fenómenos vitales (somáticos y psíquicos); se constituye en el registro permanente de la existencia del individuo.

La conciencia comprende tres grandes sectores:

1. **Estado vigil:** es el estar despierto, estar "vigilante", que por supuesto este estado fluctúa constantemente, pero que debe ser premisa de la conciencia clara.
2. **Claridad de la conciencia:** Es cuando el hombre experimenta como tales las situaciones que se presentan ante sí. Esta cualidad también fluctúa y está en relación directa con la fatiga que se produce durante el estado vigil.
3. **Conciencia de sí mismo:** Es cuando el hombre se sabe a sí mismo como viviente y actuante, es conciente de sí mismo como "yo mismo" es la "mismidad" biográficamente coherente en forma continua y unitaria.

## ALTERACIONES PATOLÓGICAS.

### 1. Obnubilación de la conciencia:

Consiste en un empañamiento de la lucidez de la conciencia, en este caso se produce un enturbamiento global que de acuerdo con la gravedad de los factores desencadenantes, puede llegar hasta la suspensión total de la actividad psíquica.

El vocablo obnubilación procede de nube, por lo tanto, decir que la conciencia está obnubilada, equivale a decir que está nublada o sumergida en una nube.

La consecuencia inmediata de la obnubilación de la conciencia, es la disminución o retardo en el ritmo de las elaboraciones psíquicas, retardo que es tanto más marcado cuanto mayor es el entorpecimiento de la conciencia.

La obnubilación de la conciencia puede presentar distintos grados:

- a) Embotamiento o torpeza:** Constituye la forma más leve, propia de los estados de fatiga psíquica o física muy intensos, en que se produce un marcado entorpecimiento de toda la actividad psíquica.
- b) Somnolencia:** Constituye un grado más intenso, hay una mayor perturbación de toda la actividad psíquica, con una gran propensión al sueño, que apaga la conciencia normal de la vigilia.

Se observa en los comienzos de la confusión mental.

- c) **Coma:** Constituye un grado extremo de obnubilación. Se produce la pérdida completa de la conciencia, la cual deja de registrar.

## **2. Estrechamiento de la conciencia:**

Consiste en una verdadera retracción del campo de la conciencia, con lo que una parte de la personalidad y sus manifestaciones psíquicas quedan inactivas, a la vez que la conciencia del mundo exterior queda reducida a un campo sumamente estrecho. En estos casos la personalidad conserva algunas actividades en el orden motor, pero la memoria no fija absolutamente nada (epilepsia).

## **ORIENTACIÓN:**

Cuando se efectúa el estudio de la conciencia y de sus estados, surge como un complemento necesario el estudio de la orientación, en realidad ambos son inseparables desde el momento que el individuo solo puede orientarse cuando su conciencia se mantiene en perfecta lucidez. Una conciencia de amplitud y claridad normal, capacita para el desempeño de la totalidad de la función psíquica.

Mediante la conciencia, sus elaboraciones psíquicas y el caudal de sus conocimientos, el hombre logra una correcta orientación.

## **Tipos de Orientación:**

- 1. Orientación Autopsíquica:** Conciene al conocimiento de la propia personalidad y a su evolución a través del tiempo.

El hombre aprende desde su infancia a verse y a reconocerse a sí mismo como una entidad individual, diferente de todas las demás personas. Esa individualización que culmina con el conocimiento definitivo de la propia personalidad, conoce el caudal de sus propios conocimientos, se conoce a sí mismo en sus deseos, en sus inclinaciones y tendencias y en sus ambiciones.

- 2. Orientación en el Tiempo:** Es referente a la noción de su ubicación témporoespacial. El hombre para orientarse en el tiempo a recurrido a su medición por fracciones o períodos mediante aparatos y cálculos que permiten considerar desde años hasta segundos y fracciones de segundos.

Pero lo importante es que el hombre también tiene la noción del tiempo que transcurre sin necesidad de recurrir a los mecanismos de relojería por él creados.

Existe una noción del tiempo puramente psíquico, como resultado de

nuestras propias elaboraciones y a través de nuestras vivencias, pensamientos, de todo nuestro acontecer espiritual y de las relaciones con los mundos externo e interno que la memoria se encarga de escalonar con exactitud.

- 3. Orientación en el Espacio:** El hombre adquiere la orientación en el espacio en el que actúa y desenvuelve su vida mediante la participación de todos los aparatos sensoriales, especialmente la vista, el oído y el tacto; que permiten obtener la noción de distintas magnitudes a través de las impresiones de distancia, longitud, espesor, altura y anchura, o sea que se produce una noción de orden global o de conjunto que es la del volumen de las cosas y del lugar que ocupan en el espacio.

## ATENCIÓN

La atención es una actitud mental mediante la cual es posible concentrar la actividad psíquica sobre un objetivo, que pasa, en esa forma, a ocupar en la conciencia el punto de mayor concentración.

La atención es, una actividad psíquica puesta en juego por el influjo de la elaboración mental y por los múltiples estímulos que procedentes de los mundos externo e interno, impresionan el amplio campo sensorial.

Cuando se logra que un objetivo ocupe el campo de la conciencia y se mantenga en el punto de máxima concentración, se tendrá lo que se denomina *poner atención* o *prestar atención*.

La atención supone y requiere voluntad, la que participa en gran escala cuando la acción lleva a prestar atención. Esta participación de la voluntad pone, asimismo, claramente de manifiesto que la atención no es una función sino un acto. Al considerar pues este aspecto de la atención nos es dado observar cómo con ella se pone en juego todo el mecanismo del accionar psíquico, fusionándose todos los planos hasta disipar la noción de las tres grandes esferas de la psique.

Por medio de la atención podemos aislar un objeto determinado entre varios otros, el que ocupando el punto de mayor concentración adquiere más claridad en la conciencia; los restantes objetivos quedan fuera de foco, por lo que sólo se tiene vaga conciencia de ellos. Con otras palabras, gracias a la atención se realiza la selección del objetivo que, al impresionar intensamente la conciencia, es vivenciado por el espíritu. Es así como la atención transforma la sensopercepción de orden general de oír en el acto de escuchar y la de ver en el acto de mirar. Es decir que, cuando se ordena escuchar o mirar, se ordena atender.

La atención constituye una actitud psíquica muy importante. Muestra

pequeñas variantes en cada persona, las que deben ser consideradas como características personales; se identifica así con la personalidad misma a la manera de un rasgo que le confiere individualidad.

La atención mantiene siempre a la personalidad en estado de alerta para su adaptación al mundo exterior y a su mundo interior.

Es indispensable a la personalidad:

- 1) para su desplazamiento en el mundo externo, pues le permite informarse sobre su posición témporoespacial;
- 2) para informarse acerca de las manifestaciones fisiológicas y, modificaciones patológicas de su medio interno;
- 3) para sus elaboraciones psíquicas, ya que merced a la atención el intelecto establece orden y organización en su trabajo.

### Formas o tipos de atención:

Siguiendo a Ribot distinguiremos dos formas fundamentales de atención:

- 1) La atención espontánea, también llamada natural, fisiológica, automática, refleja o reactiva;
- 2) La atención voluntaria o atención dirigida o psicológica.

La atención espontánea es la forma natural y más simple. Depende esencialmente de todos los estímulos que, procedentes del exterior y del interior, impresionan al sensorio. Por esta razón se la llama también: **atención refleja o sensorial**. La atención espontánea informa a la conciencia de los hechos que ocurren en el mundo exterior y de las modificaciones y reacciones fisiopatológicas que acontecen en el organismo.

También ha sido llamada **atención pasiva**, teniendo en cuenta la forma más simple y primitiva de la atención sensorial, es decir cuando ésta es requerida por un estímulo externo brusco e intenso. En efecto, un estímulo sensorial intenso, luminoso o sonoro, atrae de inmediato la atención debido al impacto que produce en el sensorio, lo que supone la aplicación de una determinada cantidad de energía que la aparte del objetivo que hasta ese momento la reclamaba.

**La atención voluntaria** constituye un grado más intenso y más avanzado de la atención, en que la voluntad conduce a la concentración psíquica sobre un objetivo en forma sostenida y por un tiempo más o menos prolongado.

La atención voluntaria, propia de todas las personas, es mucho más notoria en aquellas que tienen un adiestramiento especial, tal como los que estudian, los investigadores y todos los que, por la índole de su ocupación, deben permanecer concentrados y atentamente vigilantes.

La atención es puesta siempre en juego por el mecanismo afectivo que se manifiesta bajo la forma de interés. Dicho interés no es más que la expresión de los deseos, inclinaciones y tendencias naturales de la personalidad.

La atención es pues espontánea atraída por todo aquello que interesa y agrada a cada uno.

Mediante la atención voluntaria, o dirigida, la persona repara tanto en las cosas agradables como en las desagradables.

## **Psicopatología de la atención**

### **1) Aproxexia:**

Se entiende por aproxexia a la falta absoluta de atención. Este trastorno sólo se puede encontrar en los casos de agenesia mental y en los estados de coma, en estados estuporosos profundos, en las demencias muy avanzadas, con gran destrucción de la personalidad, si bien en este último caso siempre es posible observar la forma más simple y rudimentaria de la atención como respuesta a los estímulos externos.

### **2) Hipoprosexia:**

Consiste en la disminución de la capacidad atensiva. De una manera general decimos que encontramos atención pobre en todos los casos en que existe escaso vigor psíquico.

La hipoprosexia se puede presentar en grados muy variables, desde los más leves o los más profundos. Es bien conocida la hipoprosexia de los oligofrénicos, de los dementes y de los confusos.

### **3) Hiperprosexia:**

La hiperprosexia consiste en una hiperactividad de la atención. Puede no significar un estado patológico cuando se observa en personas con un adiestramiento metódicamente adquirido, como ocurre en los que realizan tareas manuales difíciles y riesgosas, lo mismo que en los que estudian y en todos los que desempeñan tareas intelectuales.

En estados patológicos, es frecuente en algunos delirantes que tienen especial cuidado por atender y descubrir cuanto detalle puede serles útil como testimonio de sus concepciones.

**4) Paraprosexia:** esta alteración especial de la atención determina un apreciable aumento en su forma espontánea; pero a expensas de una notoria disminución de la forma voluntaria.

## SENSOPERCEPCIÓN

El hombre, como unidad somatopsíquica que es, crece y se desarrolla en función de una interacción constante entre su mundo externo y el interno, que de forma permanente le tiene informado de cuanto acontece en cada una de esas áreas.

Desde su interior siente la necesidad casi instintiva de saber que sucede con su YO corporal, así como también, de qué forma se encuentra relacionado temporoespacialmente con los objetos que le rodean.

Es a través de los órganos de los sentidos como se establece cada una de estas relaciones: para el mundo externo, a través de los sentidos externos y en lo que se refiere a la relación con su YO corporal a través de los sentidos internos.

El elemento primario a tener en cuenta dentro de este juego de comunicaciones es la *sensación*, producto de la acción de un estímulo sobre el órgano sensorial, la que "a posteriori" será registrada en la conciencia.

La sensopercepción no termina con el registro sensorial en los centros corticales. La sensación es sometida posteriormente a una serie de elaboraciones psíquicas a través de las cuales se convertirá en *percepción*. Es entonces cuando la impresión sensorial es comprendida y reconocida.

La *percepción* es una actividad determinada por la *atención*, es decir que se puede llevar a cabo cuando se produce en el individuo un estrechamiento voluntario de la conciencia, para concentrarla en un punto determinado (concepto de atención). A partir de allí el individuo se encuentra capacitado para percibir.

En este proceso de paso de *sensación a percepción* actúan diferentes funciones psíquicas como la evocación mnemónica, la asociación de ideas, juicios, etc., teniendo como finalidad la comprensión de lo que se capta.

Hay dos formas fundamentales de percibir:

- 1) **La percepción sensorial** (percibe imágenes sensoriales).
- 2) **La percepción intrapsíquica** (percibe complejas vivencias intelectuales resultantes de la elaboración del pensamiento y vivencias de la vida psíquica superior que concierne al plano espiritual).

En lo que se refiere a los aparatos sensoriales, los podemos dividir en dos grupos:

- 1) Aquellos destinados a la captación de los estímulos externos "sentidos externos", a saber: vista, oído, gusto, tacto, olfato.
- 2) Aquellos destinados a la captación de los estímulos del mundo interno del individuo, a saber: el sentido de la orientación, el sen-

tido kinestésico o cinético y el sentido cenestésico.

Cada uno de estos sentidos se corresponde a un área cortical definida donde el estímulo será elaborado y comprendido, existiendo la siguiente correspondencia:

- A) Centro Visual:** parte interna del lóbulo occipital, en ambos márgenes de la cisura calcarina.
- B) Centro Auditivo:** tercera circunvolución temporal.
- C) Centro Olfatorio:** Circunvolución del hipocampo.
- D) Tacto y Sensibilidad general:** Circunvolución post-Rolándica ascendente del lóbulo parietal.
- E) Centro del Gusto:** no totalmente conocido.

En estos centros corticales es recibida la sensación, la que posteriormente en base a procesos elaborativos en los que actuará predominantemente la memoria, se transformará en percepción a nivel de zonas corticales vecinas. En estos centros de elaboración perceptiva se fijará el material cognoscitivo y se facilitará el reconocimiento, la evocación y el material asociativo.

El reconocimiento de la orientación espacial también se relaciona con la memoria quien traerá a la conciencia la "situación" aprendida de: arriba, abajo, adelante, atrás, derecha e izquierda, relaciones apreciables cuando el individuo fija previamente su propia posición en el espacio.

### **Alteraciones psicopatológicas de la sensopercepción.**

Las alteraciones sensoperceptivas se pueden determinar ya desde el punto de vista cuantitativo de la sensopercepción o ya desde el área cualitativa.

**A) Cuantitativamente:** La actividad sensoperceptiva se puede encontrar:

1. **Acelerada**, (hipomanía).
2. **Retardada**, (depresión).
3. **Abolida**, (estado de coma).

**B) Cualitativamente:** Podemos diferenciar:

1. **Ilusiones:** Es una interpretación deformada de una experiencia sensorial. Es una percepción errónea de un objeto. La soledad, el miedo, la fatiga, favorecen las ilusiones. Estas están ligadas a nuestros estados de ánimo, deseos, fantasías, tanto concientes como inconscientes.
2. **Alucinaciones:** Definida por BALL como la "percepción sin objeto". Esta representación tiene la característica de ser intrapsíquica

(creada en la mente del enfermo). Luego será aceptada por un juicio que estará ma auditivas), vista (alucinaciones visuales), gusto (alucinaciones gustativas), tacto (alucinaciones táctiles), y olfato (alucinaciones olfatorias), así como también a través de aquellos sentidos que “conectan” al individuo con su “mundo interior” tal el caso de las alucinaciones cenestésicas y kinestésicas.

3. **Alucinaciones intrapsíquicas:** Al no haber exteriorización no se define como una verdadera alucinación. Hay conciencia de que carece de realidad objetiva. Dentro de este apartado podemos mencionar aquellos casos en los que los pacientes mencionan “que sienten palabras o pensamientos dentro de sus cerebros que los dirigen o les dan órdenes” (delirio de influencia de los esquizofrénicos).
4. **Alucinosis:** Se define como una permanencia temporal (en el tiempo) de un estado alucinatorio que no despierta interpretación delirante. El sujeto critica su trastorno y no cree en la realidad del objeto representado. Puede desencadenarse por cuadros tóxicos, infecciosos, traumáticos, etc.
5. **Alucinaciones extracampinas:** El individuo refiere la captación de estímulos fuera del campo sensorial normal.
6. **Alucinaciones verbomotoras:** Aparecen cuando el individuo vivencia la situación de que “desde el exterior” otras personas utilizan sus cuerdas vocales, y boca para hablar por intermedio de él.

## IDEACIÓN

Mecanismo y trabajo mental mediante el cual se realiza el aporte de las ideas al campo de la conciencia para la elaboración del pensamiento.

### IDEA:

Significa conocimiento. Se trata del conocimiento puro y razonado que permite la comprensión de las cosas, de los seres y de los hechos.

Toda idea involucra una compleja elaboración mental.

*La idea es la esencia misma del conocimiento.*

La idea es el conocimiento que se tiene de los seres, de las cosas y de los fenómenos del mundo objetivo y del mundo de valores.

### CAPITAL IDEATIVO:

Está representado por el conjunto de ideas o conceptos adquiridos en el transcurso de la existencia.

La cantidad y calidad de las ideas que lo forman se halla en directa dependencia de la capacidad intelectual.

Entre las ideas concretas y las abstractas ocurre toda la actividad del pensamiento humano.

## **PSICOPATOLOGÍA DE LA IDEACIÓN**

Las alternativas propias de la ideación son dos órdenes: cuantitativas y cualitativas.

### **A) Alteraciones Cuantitativas:**

Cuantitativamente la ideación puede ser: normal, acelerada o retardada.

#### **1. Ideación normal:**

Decimos que la ideación es normal cuando las elaboraciones mentales se hacen dentro del marco corriente de lo natural y con el ritmo que es propio del psiquismo del sujeto. Es decir, que la aparición de las ideas se hace siguiendo un orden determinado, que permite establecer su claridad y perfecta encadenación.

#### **2. Ideación retardada:**

El retardo ideativo se produce como consecuencia de todos los factores capaces de disminuir el ritmo general de las elaboraciones psíquicas.

**a)** Confusión mental, **b)** demencia, **c)** oligofrenia, **d)** epilepsia, **e)** depresión.

#### **3. Ideación acelerada:**

La ideación se encuentra acelerada en todos los casos en que se produce excitación psíquica pues la taquipsiquia reinante apresura el trámite de las elaboraciones.

En los maníacos es donde el trastorno se hace mucho más evidente, llegando la aceleración ideativa al extremo de provocar la perturbación que se denomina: fuga de ideas.

### **A) Alteraciones Cualitativas:**

El capital ideativo desde el punto de vista cualitativo, comprende las ideas normales y las patológicas.

#### **Ideas Normales.**

El capital ideativo desde el punto de vista cualitativo, comprende las ideas concretas, ideas mágicas e ideas abstractas. El predominio de unas u otras permitirá, en cada caso, aquilatar la evolución alcanzada y el valor intelectual del individuo. Por muy avanzada que sea la evolución, nunca le es posible a la personalidad humana substraerse total-

mente al mundo de lo concreto o de lo mágico. Siempre se conserva un reducto de ideas mágicas a las que se recurre, por imperio de determinadas circunstancias, durante el transcurso de la vida psíquica.

### **Ideas Patológicas.**

Ese mismo capital ideativo que integra la mente humana pasa a constituir, en un determinado momento y bajo el imperio de ciertas circunstancias, el conjunto de las ideas patológicas. Aquí surgen dos interrogantes: en qué instante dichas ideas abandonan la normalidad para penetrar en el campo de la patología y cuál es la causa determinante de esa anormalidad.

Cuando, por determinadas circunstancias de la vida espiritual, se producen fuertes tensiones emocionales la carga afectiva que impregna a las ideas, relacionadas con el acontecimiento, es particularmente intensa. Como consecuencia, en algunas oportunidades, se produce la persistencia

de esos estados afectivos por tiempo indefinido, provocando trastornos más o menos graves de la psique.

Las ideas patológicas son: delirantes, obsesivas, sobrevaloradas y fijas.

### **ASOCIACIÓN DE LAS IDEAS**

La asociación de las ideas se efectúa por el mecanismo psíquico mediante el cual se hace la relación, conexión y encadenamiento de las ideas, o la relación entre las ideas y las representaciones que se hallan en la conciencia como resultado de la captación sensorio-perceptiva, o bien de dichas representaciones entre sí.

La asociación de ideas es una actividad importantísima de la mente humana, puesto que interviene en la elaboración del pensamiento.

### **Psicopatología de la asociación de las ideas.**

La asociación de las ideas se lleva a cabo siguiendo un ritmo determinado, dependiente del ritmo general de trabajo de la psique en estudio. Por otra parte, las asociaciones se efectúan de una manera ordenada y siguiendo las leyes lógicas que favorecen un determinado grado de coherencia.

Las alteraciones que podemos encontrar en la asociación de las ideas recaen precisamente sobre estos dos elementos, ritmo y coherencia.

### **A) Alteraciones del ritmo asociativo:**

**1. Ritmo asociativo normal:** En primer lugar debemos considerar el ritmo asociativo normal, que es el punto de referencia para poder

apreciar los estados patológicos derivados de la desviación de dicha anormalidad.

El ritmo asociativo normal permite seguir, sin entorpecimientos, el curso de un pensamiento elaborado dentro del marco de una lógica formal. Existen, naturalmente, numerosas variantes de una persona a otra según cual sea el tempo psíquico de cada una, es decir, el ritmo propio con que se realizan las elaboraciones mentales en cada una de ellas. Se trata, lógicamente, de pequeñas variantes individuales que en ningún momento llegan a perturbar el curso del pensamiento.

- 2. Ritmo asociativo acelerado:** El ritmo asociativo se acelera toda vez que se produce excitación psíquica.

Como se manifiesta, en estos casos, una aceleración general del tempo psíquico o taquipsiquia se producen asociaciones sumamente rápidas y fugaces. Las ideas se encadenan con una celeridad extraordinaria, las asociaciones son inestables y, generalmente, determinadas por estímulos exteriores y del momento.

Entran en juego todos los mecanismos asociativos, por contigüidad espacial y temporal, por semejanza interna y externa, por contraste y hasta por asonancia cuando hay similitud de sonidos en los vocablos, sin que se tenga en cuenta el aspecto conceptual de los mismos.

Como consecuencia de esta aceleración de los procesos asociativos se perturba el curso normal del pensamiento debido al pasaje rápido de un tema a otro; este trastorno se conoce bajo la denominación de fuga de las ideas. La fuga de ideas más característica es la que se observa en la excitación maníaca, pero recordamos que en todos los casos de excitación psíquica podemos encontrar esta perturbación.

- 3. Ritmo asociativo retardado:** La lentitud del ritmo asociativo coincide con el retardo general del ritmo psíquico o bradipsiquia, en que se produce una notable disminución del número de asociaciones en la unidad de tiempo, es decir, por segundo.

En todos los casos de bradipsiquia el enfermo padece un entorpecimiento del mecanismo asociativo; existe dificultad en hallar las representaciones y términos que han de enlazarse en la cadena asociativa; la evocación de los mismos es muy lenta.

El paciente experimenta y tiene conciencia del esfuerzo grande, y a menudo penoso, que realiza para lograr estas elaboraciones que, en condiciones normales, se lleva a cabo con gran espontaneidad y facilidad, casi automáticamente y sin fatiga mental. El retardo del ritmo

asociativo se encuentra en primer término en la depresión melancólica, pero es, además propio de todos los casos de bradipsiquia, razón por la que lo hallamos en la confusión mental y en las demencias.

## **B) Alteraciones de la coherencia:**

La elaboración del pensamiento normal se hace siguiendo las leyes lógicas que rigen la asociación de las ideas, las cuales permiten un prolijo enlace entre los términos que elaboran y dan forma al pensamiento que, de esa manera, resulta completamente comprensible.

Esa coherencia normal del mecanismo asociativo se perturba en todos los casos en que, por ciertas circunstancias, se produce una debilitación más o menos pasajera o permanente de la concentración psíquica y, por ende, de la atención.

En todas las circunstancias en que la lucidez de conciencia se enturbia, la coherencia asociativa se perturba también. Es lo que ocurre en los estados de fatiga intensa o cuando se pasa de la vigilia al sueño en personas normales, y en los estados patológicos que debilitan el vigor y la atención, como la confusión mental, la demencia y la esquizofrenia.

En los casos anormales se produce una franca laxitud o aflojamiento de los mecanismo psíquicos, por lo que la asociación de las ideas escapa al ordenamiento lógico del juicio y del raciocinio y no se atienen a las normas que establecen las leyes asociativas. Las asociaciones del material ideativo que llega a la conciencia se efectúan de una manera arbitraria, de donde resulta una alteración muy grave que hace totalmente incomprensible el contenido del pensamiento.

Este trastorno se conoce con el nombre de "incoherencia asociativa".

## **PENSAMIENTO**

Es la actividad psíquica que realiza la selección y orden de los conocimientos para orientarlos de acuerdo al tema y según una finalidad. Depende de la capacidad intelectual del sujeto. Puede ser:

**a) mágico o primitivo:** asienta sobre ideas concretas

**b) lógico:** surge por la comparación analítica.

Definición de Roland (1995): El pensar es un trabajo cerebral, en la forma de operaciones internas, hecha por un sujeto despierto. Consume energía metabólica por incremento de la circulación sanguínea.

El pensar es un hecho privado. Mientras el que piensa no comunique lo que está pensando, no podemos captar ese momento. Cuando el pensamiento se expresa, entramos en el terreno de la comunicación.

La comunicación tiene emisor y receptor, y entre ellos está el mensa-

je que se expresa en códigos (palabras, gestos).

El código debe ser compartido por los dos. De otro modo, el mensaje no es interpretado. La forma de codificar la realidad, es la significación.

(En la esquizofrenia, el paciente no vivencia el pensamiento como privado, sino como público, esto se llama "difusión del pensamiento").

## **Psicopatología del Pensamiento.**

### **A) Alteraciones del Curso del Pensamiento** (ritmo, fluidez y coherencia).

#### **1. Alteraciones del ritmo.**

1.1. *bradipsiquia*: (retardo o inhibición) Deoligodeco

1.2. *taquipsiquia*: (aceleración) Excitación psicomotriz.

#### **2. Alteraciones de la coherencia.**

2.1. *Incoherencia*: falta de continuidad y conexión lógica en las asociaciones. (Confusión mental - Esquizof., Demencias y en algunos cuadros delirantes crónicos).

2.2. *Fuga de Ideas*: pérdida de la idea directriz y prevalencia de múltiples ideas secundarias que se alternan rápidamente.

2.3. *Disgregación*: es una forma de incoherencia, existen en el discurso partes lógicamente organizadas y partes estructuradas en base a neologismos, estereotipías, verbigeraciones. (Esquizofrenia).

#### **3. Alteraciones de la fluidez.**

3.1. *Perseveración*: repetición automática y frecuente de representaciones que son introducidas como material de relleno en todos los casos que existe un déficit de la atención. El intercalamiento guarda relación con el discurso. Siempre es expresión de un pensamiento psicopatológico. Mantiene la finalidad. Le cuesta encontrar las ideas secundarias, debe ganar tiempo, por eso repiten hasta encontrarla. Por ejemplo; epilepsia: lentos, torpes, viscosos. Confuso. Ecolalia de apoyo.

3.2. *Estereotipía*: repetición de una idea independiente del contexto del discurso (muletillas). El intercalamiento no guarda relación con el discurso. No siempre es psicopatológicas, por ejemplo muletillas "este", "viste". Si es psicopatológicas: estereotipia de actitud o movimiento.

3.3. *Verbigeración* (Jaspers): Es una estereotipia, pero con carga afectiva displacentera. Por ejemplo melancólicos: "Ay, mi Dios, que desgracia".

**3.4. Interceptación:** Interrupción brusca, inesperada del curso del pensamiento. Puede continuar luego con la misma temática u otra. Se ve en esquizofrenia en particular. No confundir con inhibición.

**3.5. Viscosidad.**

**3.6. Prolijidad:** Pérdida de la capacidad de síntesis. Se detiene en detalles secundarios que retardan el pensamiento. Epilepsia, demencia.

**3.7. Rigidez:** Pérdida de la elasticidad. Adherido a una idea. Llega a condicionar la conducta del sujeto. Por ejemplo: esquizofrénicos y en delirios.

## JUICIO

“El juicio es la actividad psíquica mediante la cual el espíritu realiza una síntesis mental que permite llegar a una conclusión extraída de la relación y comparación de las ideas o conocimientos”.

El juicio constituye una manifestación de la actividad psíquica en la elaboración del pensamiento a través de cuya jerarquía se vislumbra el caudal intelectual y cultural de cada individuo.

### Psicopatología del juicio.

Las perturbaciones del juicio presentan características particulares para cada uno de los síndromes psiquiátricos. De un modo general estas alteraciones del juicio son de dos órdenes: cuantitativas y cualitativas.

#### 1. Juicio insuficiente:

El juicio insuficiente es una alteración cuantitativa que se observa en todos los casos en que existe un incompleto desarrollo de la psique. Lo hallaremos, por lo tanto, en el síndrome oligofrénico.

#### 2. Juicio debilitado:

Es una alteración de orden cuantitativo por la que el juicio pierde paulatinamente la capacidad de que estaba dotado. Esta debilitación está determinada por causas diversas que producen alteraciones orgánicas del cerebro, las quedan lugar al déficit; hallamos el juicio debilitado en el síndrome demencial o de debilitación psíquica.

#### 3. Juicio suspendido:

Se trata del juicio que por obra de la obnubilación de la conciencia, muestra distintos grados de impedimento que lo disminuyen cuantitativamente. Se observan así juicios dificultados, obstaculizados más o menos intensamente, hasta alcanzar la “suspensión total” de la activi-

dad. Éste es el trastorno del juicio que hallamos en la confusión mental.

#### **4. Juicio desviado:** (Alteraciones cualitativas).

Es una alteración cualitativa del juicio el cual, la mayor parte de las veces, sólo se halla afectado en forma parcial.

La desviación es debida a la interferencia de una carga afectiva siempre de gran intensidad.

## **MEMORIA**

La memoria nos permite relacionarnos desde el presente con el pasado, y ambas etapas pueden así trascender al futuro. Sin ella no podríamos aprender, ni tampoco tener experiencias y conocimientos. En cada momento nos enfrentaríamos con cualquier circunstancia vital como con algo nuevo y desconocido.

### **Alteraciones de la memoria.**

Vamos a dividir los trastornos de la memoria en cuantitativos y cualitativos:

#### **A) Cuantitativos:** Hipermnesia, Hipomnesia, Amnesia.

Estos trastornos abarcan aquellas alteraciones mnémicas por aumento o excesiva facilidad o por déficit o pérdida total de la capacidad de memoria.

##### **1. Hipermnesia:**

Algunas personas tienen mayor capacidad mnémica que otras dentro de la más absoluta normalidad, capacidad que -aparte de otros factores de índole biológica que ellas puedan influir- se hallan especialmente relacionados con el ejercicio de la actividad psíquica y el modo de hacerlo. El hecho de que una persona posea lo que se llama una "buena memoria", no autoriza a considerar tal cualidad como expresión de una hipermnesia. Habremos de considerar que este trastorno existe cuando el aumento de tal capacidad sea extraordinario y con una sorprendente facilidad el individuo sea capaz de recordar datos muy numerosos y hasta complejos que rebasen muy notablemente la de aquel otro que consideramos como de una memoria excelente, es decir que supere lo que pudiéramos llamar la capacidad máxima normal de esta actividad. La hipermnesia pues es un trastorno cuantitativo de la memoria, consistente en una capacidad mnémica muy superior al grado más elevado dentro de la normalidad o una facilidad exagerada para recordar. La vemos aparecer en los estados de excitación maníaca, así como en aquellos síndromes de excitación psicomotriz, en el delirio febril, en ciertas into-

xicaciones agudas exógenas ( alcohol, cocaína, marihuana y anfetaminas). Existe una hipermnnesia que se revela en un aumento de la capacidad de la aprehensión y de la fijación. Se asocia con una hiperactividad del resto de las funciones psíquicas y conduce a la posesión de una gran memoria inmediata.

Pueden también considerarse como una hipermnnesia de fijación a los síndromes delirantes, en donde la persona fija todas aquellas ideas e imágenes que están en consonancia con su especial tonalidad temperamental.

Se ha descrito el fenómeno de la hipermnnesia evocativa en el moribundo, cuando la muerte sobreviene con plena claridad de la conciencia, así como en los condenados a muerte en el instante de ser ejecutados. La vida entera o los acontecimientos más importantes que ella pasan por su conciencia como una película cinematográfica que fuese proyectada a enorme velocidad en minutos o segundos. A esta visión de todo el pretérito del individuo se la ha denominado "Memoria Panorámica".

## **2. Hipomnesia:**

Es un trastorno cuantitativo de la memoria en sentido deficitario, que representa una disminución de la actividad mnémica, pero sin llegar a una pérdida total o parcial de ella. La hipomnesia, de origen fisiológico la observamos en la vejez, constituida decisivamente por la disminución de la actividad atencional en esa edad. Ello impide la normal aprehensión y fijación de imágenes perceptivas procedentes del mundo exterior.

Los neuróticos obsesivos, los depresivos y los afectados por el proceso orgánico cerebral en las primeras etapas de su curso demencial (seniles y arterioescleróticos).

En cuanto a la hipomnesia evocativa, esta es normal en la vejez y patológica en distintos cuadros neuróticos y psicopáticos.

## **3. Amnesia:**

Es el trastorno cuantitativo de la memoria, caracterizado por una pérdida o ausencia de los recuerdos de un modo total o parcial. Dicha alteración de la actividad mnémica es frecuente en los procesos orgánicos cerebrales de diversas etiologías, en aquellos síndromes caracterizados por una intensa alteración de la conciencia y también en ciertos síndromes de naturaleza psicógena.

**B) Cualitativas:** Alomnesia o Ilusión del Recuerdo; Alucinación del Recuerdo; Criptomnesia; Ecmnesia; Fenómenos de lo ya visto y Fenómeno de lo nunca visto y Fabulación.

Los trastornos cualitativos, se denominan pseudo-recuerdos o falsa memoria, algunos autores, las denominan paramnesias. Todas estas alteraciones cualitativas son el resultado de constantes y diversas deformaciones de las imágenes mnémicas a lo largo de la vida del individuo, pero cuando por distintas causas, tal deformación sobrepasa ampliamente la normalidad en el recuerdo, al ser evocado, aparece intensamente alterada la imagen que lo generó. En cualquiera de estos casos encontramos una disfunción del juicio de reconocimiento o de identificación para que surjan los falsos recuerdos, es decir la alteración reside en el momento o fase de reconocimiento del proceso mnémico.

### **1. Alomnesia o Ilusión del Recuerdo:**

Es la evocación deformada de una vivencia, que presenta los caracteres de un falso recuerdo, lo que en su origen fue un recuerdo verdadero, que se convierte en falsa creación cuando hay elementos que no responden al engrama o huella real. Esto se da en forma normal en personas con fatiga o cuando un recuerdo ha sido pocas veces evocado y en forma patológica lo encontramos en los síndromes delirantes.

### **2. Alucinación del Recuerdo:**

Es un trastorno que consiste en la sustitución de una imagen del recuerdo por otra fantástica, producto de la imaginación, es frecuente en las personas que padecen una intensa amnesia, rellenando los períodos de amnesia con producciones imaginarias, de contenidos más o menos ricos, que son tomadas por estos pacientes como verdaderos recuerdos. La escuela francesa las denomina fabulaciones, en la escuela alemana confabulaciones.

El fabulador se diferencia del mitómano en que éste no dice la verdad, pero no miente sin saberlo. El mitómano sabe que miente, el fabulador está fuera de lo verdadero y de lo falso; el mentiroso dice lo falso por lo verdadero, engaña; el fabulador es engañado por sí mismo.

En la clínica vemos alucinaciones del recuerdo, en los síndromes confusionales. Concretamente en el síndrome de Korsakoff. También en procesos demenciales, tales como la prebiofrenia de Wernicke.

### **3. Fenómenos de lo YA VISTO (“DEJA VU”)**

Se trata de una ilusión del recuerdo en la cual la percepción de un objeto, que es percibido por primera vez, provoca la vivencia en el individuo de que ya anteriormente, en algún momento del pasado, ha sido percibido por él. Es frecuente en los esquizofrénicos y en los pacientes con epilepsia psicomotora. En ésta es característico que el paciente no presente angustia, ni extrañeza por lo percibido. También se presente como fenómeno parapsicológico.

### **4. Fenómenos de lo nunca visto (“JAMAIS VU”)**

Se trata de una ilusión del recuerdo por la cual la percepción de un objeto repetidamente percibido, incluso familiar para el sujeto es vivenciado por éste, como nunca percibido. Se presenta, en la esquizofrenia, síndrome confusional y epilepsia temporal.

### **5. Paramnesia reduplicadora.**

Es la proyección del presente hacia el pasado. El enfermo experimenta la sensación de un doble estado de conciencia al ubicarse en dos épocas. Esto sucede en la demencia senil y en los síndromes confusionales.

## **Exploración de la memoria.**

En el simple diálogo con el paciente, podemos darnos cuenta, con gran rapidez y claridad del estado de la memoria de fijación y de evocación, llevándole al terreno de sus acontecimientos personales o de otros hechos que deben ser perfectamente conocidos por la persona que exploramos, para ello debemos efectuar preguntas concretas y siempre en un clima adecuado que impida posibles distracciones generadores de errores que no puedan ser realmente imputados a una falla mnésica.

En general, la memoria de evocación es rápida y eficazmente explorada mediante las respuestas que el paciente da a preguntas sobre su edad, fecha de nacimiento, número de hermanos o de hijos, lugar de residencia, etc.

## **Afectividad.**

Con la denominación general de afectividad se comprende todo lo que concierne a la esfera afectiva, que constituye el principal engranaje que impulsa toda la vida psicológica de la personalidad.

Por la afectividad cobra interés y se matiza la existencia humana; en efecto, el hombre está conformado psíquicamente para experimentar estados afectivos, que pueden ser agradables o desagradables y que se hallan condicionados por la forma de reaccionar de cada uno frente a

los estímulos que proceden de variados estados de ánimo los cuales oscilan entre los polos opuestos: placer y displacer alrededor de los que se manifiesta toda la afectividad.

Las oscilaciones entre lo agradable y lo desagradable constituyen los diversos matices que señalan los altos y bajos en la vida espiritual; lo que place estimula, lo que desagrada deprime, y ambos estados complementan en gran escala la evolución psíquica del ser. En efecto, sin esos altibajos el transcurrir psíquico del hombre sería completamente inoperante y carente de interés y finalidad.

El hombre se muestra a los ojos del mundo tal como su afectividad lo condiciona, puesto que ella nace de lo más íntimo y profundo del individuo, del núcleo mismo de la personalidad. La afectividad se confunde en su origen con el instinto, siento éste el que, en última instancia, condiciona toda la vida afectiva, desde que la satisfacción de los impulsos instintivos, desde que la satisfacción o no satisfacción de los impulsos instintivos determinan respectivamente estados afectivos placenteros o displacenteros.

Cuando las fuerzas instintivas son satisfechas se produce la sedación de los impulsos, relajación y aparición de estados afectivos placenteros.

Cuando por el contrario, las tendencias instintivas no son satisfechas aumenta la tensión impulsiva y la excitación, provocando la aparición de malestar y estados afectivos displacenteros.

## **Alteraciones Cuantitativas de la Afectividad**

### **Hipertimia.**

Trastorno cuantitativo y endógeno de la afectividad que consiste en la hipertrofia del afecto con respecto a las demás funciones psíquicas. Así, el afecto depresivo y la euforia, al alcanzar sus límites máximos, configuran cuadros melancólicos y maníacos respectivamente.

#### **a) Hipertimia placentera.**

Existen distintos grados en el placer patológico.

- 1. Euforia simple:** se manifiesta por optimismo, satisfacción, felicidad, ríe con facilidad, locuaz.  
Se presenta en personas predispuestas constitucionalmente, por efectos del alcohol, en algunos epilépticos y en la parálisis general progresiva.
- 2. Moria:** es una forma especial de alegría carente de todo contenido afectivo, sin motivo es una alegría estúpida o pueril. Generalmente causas orgánicas, y en tumores del lóbulo frontal.

**3. Hipomanía:** es un estado de alegría incontenible, con sensación de plenitud, optimismo y triunfo.

**4. Manía:** es un grado de exaltación afectiva más intenso donde de la alegría se produce el paso fácil hacia el furor, además se presenta paraprosexia y fuga de ideas.

**b) Hipertimia displacentera:** El displacer patológico se observa en la depresión.

### **Hipotimia.**

Se trata de una disminución global de los afectos. Son muy escasas y de muy poca intensidad las reacciones afectivas.

Los estímulos no hallan repercusión o ésta es poco intensa. Se dice que hay indiferencia afectiva.

Hallamos hipotimia en dementes, oligofrénicos, esquizofrénicos.

### **Atimia.**

Ausencia total de tono afectivo. Falta absoluta de afectividad. Es una alteración compatible con las demencias muy avanzadas y con los estados oligofrénicos profundos.

### **Paratimias o Alteraciones Cualitativas de la Afectividad**

- ◆ Paratimia: El discurso del paciente no coincide con su timia.
- ◆ Labilidad: Cambios bruscos y repentinos en el humor sin causa justificable. Se observa en los niños, en oligofrénicos, dementes, en histéricos y distímicos, esquizofrénicos y confusión mental.
- ◆ Incontinencia: Incapacidad de contener las reacciones emocionales, aún las desencadenadas por estímulos pequeños (oligofrénicos y dementes).
- ◆ Ambivalencia Afectiva: Sentimientos opuestos dispensados simultáneamente a la misma persona (esquizofrénicos).  
Consiste en un estado afectivo especial, por el cual el enfermo experimenta, en un mismo momento sentimientos opuestos o de carga contraria como son el amor y el odio, sobre la misma persona. La ambivalencia genera una inestabilidad constante de la afectividad que oscila entre ambos polos.
- ◆ Perplejidad: Sentimiento complejo en el que intervienen: la extrañeza, el desconcierto, el asombro y la desconfianza (confusos, esquizofrénicos, melancólicos) y en todos los casos que dan lugar al síndrome de despersonalización.

- ◆ Neotimias: Sentimientos nuevos, extraños y fuera de lo común (cambio y transformación de la personalidad), (esquizofrénicos, melancólicos).
- ◆ Catatimia: Estado de intenso colorido afectivo que embarga la psique provocando la interferencia de los juicios.
- ◆ Tenacidad Afectiva: Consiste en la persistencia patológica de ciertos estados afectivos, en forma prolongada o permanente. Es característica de los epilépticos.

## ACTIVIDAD

El estudio de la esfera activa abarca el de todas las manifestaciones de la actividad psíquica que es capaz de desarrollar la personalidad humana. Comprende, por consiguiente, el estudio de los actos del individuo, de su lenguaje, de la escritura, de todas las manifestaciones de la voluntad, a través del cual llegaremos a obtener una noción general sobre su conducta.

## PSICOPATOLOGÍA DE LA ACTIVIDAD

Teniendo en cuenta las dos fases de proceso del acto voluntario el estudio de sus alteraciones comprenderá a aquellas que puedan recaer sobre cada una de esas dos partes respectivamente.

- 1) Cuando las alteraciones recaen sobre la conación o período de elaboración se perturban los deseos y las decisiones.
  - 2) Cuando los factores patológicos obran sobre la acción explícita o período de ejecución se perturban los mecanismos de ejecución.
- 1) Alteraciones del primer período del acto voluntario:** (deseos y decisiones. Conación)

Pueden ser de dos órdenes: cuantitativas y cualitativas.

### A) Alteraciones cuantitativas:

**1. Abulia:** Consiste en la falta absoluta de voluntad; en la carencia de deseos y de decisiones; la afectividad deja de ser fuente de deseos, el pensamiento se apaga y la voluntad se inhibe.

La psicopatología estudia diversos tipos de abulia, en todos los cuales se manifiesta un trastorno global y marcado de la psique. Al margen de esta abulia patológica debe considerarse la que se llamó: abulia constitucional, propia de personas que llegan al mundo insuficientemente dotadas de deseos y reacciones volitivas.

Entre las abulias patológicas más frecuentes figuran:

- a) **La abulia neurasténica**, que no se origina en la falta de

deseos sino en la imposibilidad de llegar a las decisiones.

**b) La abulia de los esquizofrénicos:** la gran indiferencia afectiva en que se encuentran sumidos estos enfermos produce carencia de deseos e intenciones.

**c) La abulia de los melancólicos:** presenta una característica muy peculiar. Estos enfermos, cuya exaltación afectiva displacentera es muy grande, sienten los deseos y las tendencias que impulsan a la ejecución de determinados actos. A veces, los estímulos suelen ser numerosos y a menudo requeridos por necesidades indispensables para la vida y el mantenimiento de la estabilidad del individuo y del hogar; sin embargo, ese impulso muere poco a poco de nacer porque se le opone un intenso sentimiento de impotencia e incapacidad que impide llegar a la decisión y a la ejecución.

**d) La abulia de los catatónicos:** En estos enfermos los mecanismos motores se hallan requeridos por tendencias opuestas que se neutralizan, como ocurre en los casos de negativismo. Toda tentativa de acción, tanto espontánea como sugerida, engendra automáticamente la tendencia al acto contrario; vale decir que la abulia catatónica implica una manifestación de ambivalencia (quiero y no quiero).

1. *Hipobulia:* Consiste en una disminución de la actividad voluntaria; en realidad es un grado menor que la abulia, por lo que corrientemente se la incluye en esta última. Se manifiesta en los mismos enfermos que hemos considerado en la abulia.

2. *Hiperbulia:* Es el aumento de la actividad voluntaria y su consecuencia es una mayor eficacia y rendimiento en las acciones. Así considerada, la hiperbulia es perfectamente normal y de ella resultan individuos emprendedores, luchadores, capaces de lograr más fácilmente que otros los objetivos que se proponen; se dice que son de voluntad inquebrantable, decididos, o de carácter fuerte.

La hiperbulia sólo se adentra en el terreno de lo patológico cuando engendra actos que son inadecuados a las normas de la convivencia social.

Se observa corrientemente en la excitación maníaca y en todos los cuadros de excitación psicomotriz. La hallamos en muchos delirantes, que acusador por sus ideas de justicia y de reivindicaciones llegan a la ejecución de actos antisociales y a veces francamente delictuosos.

## **B) Alteraciones cualitativas:**

“Alteraciones de la primera etapa: de Elaboración.

**1) Impulsos:** En el núcleo instintivo-afectivo es donde se originan los deseos, tendencias y emociones que constituyen los elementos básicos que generan los actos voluntarios.

En condiciones normales y en personas bien evolucionadas todos estos elementos primarios que concurren a integrar un acto son sometidos a una serie de elaboraciones por parte de la inteligencia, cuyas inhibiciones suavizan las primitivas reacciones y conduce a una decisión la cual permite la ejecución del acto voluntario y perfectamente controlado.

Pero fuera de este mecanismo normal, respondiendo a diversas circunstancias de orden patológico, se produce una intensa reactivación de las fuerzas instintivas que llevan a la ejecución irrefrenable de algunos actos en forma violenta y que escapan a todo control cortical. Estos actos descontrolados son los que se conocen bajo la denominación de impulsos.

En consecuencia el impulso es la manera de responder del instinto, obedeciendo a los deseos y tendencias que en él tienen origen. El impulso anula la posibilidad de llegar a una decisión por cuanto la inteligencia no participa para determinarla; todo queda reducido a la primera parte del acto voluntario pues se produce una respuesta súbita y descontrolada del deseo instintivo. Es por esto que el impulso se ha comparado a un acto en cortocircuito, porque se efectúa sin participación de la fase consciente y voluntaria.

Independientemente de los impulsos normales deben considerarse los impulsos patológicos, cuyas respuestas llevan el sello que señala el carácter mórbido y desviado de la normalidad, desde el momento que no conciden con las apetencias naturales y con las tendencias con que normalmente el instinto satisface sus objetivos. Esas desviaciones o impulsos mórbidos se observan en todas y cada una de las formas de manifestación del instinto: a) en el instinto de nutrición: la pica, la coprofagia, etc.; b) en el instinto sexual: el masoquismo, la homosexualidad, el fetichismo, etc.; c) en el instinto gregario: el homicidio, la cleptomanía, la piromanía, etc.

**2) Compulsiones:** La compulsión es un estado patológico que resulta de la oposición de dos fuerzas contrarias. Por un lado el deseo o tendencia que origina un impulso morboso que pugna por desenca-

denarse; por otro lado, el control que el individuo ejerce sobre el acto, oponiéndose y resistiéndose tenazmente a su ejecución mediante energías inhibiciones. Esta lucha de fuerzas en pugna genera un estado de angustia intensa, tal como es dado observar en las neurosis obsesivas.

Los actos obsesivos se desencadenan en forma automática, impulsiva, a pesar de la oposición energética del enfermo. Esta resistencia y la imposibilidad de inhibir el acto, por su imposición obsesiva a la conciencia, angustian al paciente temeroso de llegar a su ejecución. Para eludir esta posibilidad, descarga la tensión psíquica y aminora la angustia recurriendo a la ejecución de actos distintos a los señalados por el imperativo de la obsesión. Estos actos de descarga han sido denominados "ceremoniales", (empleo de determinados signos y palabras; gestos cabalísticos y actos de superstición, tocar madera, etc.).

### **Alteraciones de la segunda etapa: de ejecución**

- 1) Apraxias:** La apraxia consiste en la imposibilidad de ejecutar un acto que se ordena con perfecta adecuación a su objetivo, sin que exista parálisis, ni ataxia, ni agnosia. El enfermo realiza movimientos que son correctos, de perfecta coordinación motriz pero que, aunque forman parte del acto ordenado, no corresponden exactamente a sus distintas fases. Ante todo es necesario cerciorarse si no padece de "agnosia", es decir, falta de reconocimiento de los objetos que deben intervenir en el acto a realizar. Al dar la orden de encender un cigarrillo, por ejemplo, lo veremos llevarse el fósforo a la boca, o para encender el fósforo frotar la caja contra la pared.
- 2) Ecopraxias:** La ecopraxia consiste en la imitación de los actos realizados por otras personas, los que se ejecutan en una forma más o menos automática. La ecopraxia se suele manifestar en los oligofrénicos que no han superado la etapa imitativa de la evolución ontogenética del hombre, cuando éste aprende determinados actos por imitación de los que ejecutan las personas que lo rodean. La ecopraxia tiene, por lo tanto, una significación normal en los primeros estadios de la evolución del individuo.
- 3) Amaneramiento:** El amaneramiento, también llamado "manierismo", es un trastorno por el cual los actos pierden su normal simplicidad y espontaneidad debido al agregado de movimientos innecesarios que complican su ejecución corriente. Ese agregado superfluo determina actos amanerados y un tanto ridículos que llaman la aten-

ción por apartarse de lo común. El amaneramiento es de observación frecuente en los esquizofrénicos; en menor proporción se da en los epilépticos.

- 4) **Extravagancias y estereotipias:** Se conoce por extravagancia a la exageración del amaneramiento el cual culmina en gestos y actitudes forzadas, carentes totalmente de soltura y de naturalidad. Cuando estas extravagancias o amaneramientos exagerados se repiten constantemente reciben la denominación de estereotipias que se expresan por una sucesión innecesaria de movimientos y actitudes que no tienen ninguna significación, ni reportan ninguna utilidad.
- 5) **Intercepción cinética:** La interpretación cinética consiste en la interrupción brusca de un acto o movimiento que se encuentra en plena ejecución. El enfermo queda momentáneamente en la actitud en que lo sorprende esa intercepción; en algunos casos la acción no se reanuda, otras veces, tras un breve lapso, el movimiento se reinicia en el mismo sentido o en otro diferente. Se observa en los esquizofrénicos.
- 6) **Negativismo:** El negativismo es la resistencia opuesta por el enfermo a toda sugerencia en el sentido de que cambie de actitud o ejecute un acto o movimiento determinado. Es un trastorno en el que intervienen mecanismos psíquicos complejos, diversamente interpretados en su significación; actualmente prevalece la idea de considerarlo como una forma de exteriorización de la intercepción de la voluntad.

El negativismo es una manifestación catatónica muy frecuente en la esquizofrenia.

Fuera de la esquizofrenia el negativismo puede observarse en los siguientes casos: en la melancolía, en la que, debido al sentimiento de impotencia, el enfermo rechaza y se resiste a la ejecución de cualquier acto. En la histeria, en algunos imbéciles, en seniles que creen no ser suficientemente respetados; en niños caprichosos, en algunos perversos y personas malignas con espíritu de contradicción.

En algunos casos graves de negativismo los músculos adquieren tal grado de contradicción que es posible mover al enfermo como si se tratara de una tabla. Esto es lo que se conoce por estupor negativista.

Se denomina negativismo pasivo a aquel por el cual el paciente manifiesta una oposición permanente a ejecutar cualquier acto o movimiento que se le ordene. Se dice que hay negativismo activo cuando el enfermo realiza un acto o un movimiento completamente

opuesto a aquel que se le indica.

- 7) Obediencia automática:** Se incluye entre los estados de aumento de sugestibilidad; es más bien una obediencia pasiva.

El enfermo obedece y ejecuta pasivamente todos los actos y movimientos que se le sugieran, exactamente lo contrario de lo que ocurre en el negativismo por el que se resiste a su ejecución. La caída completa de la voluntad convierte al sujeto en un verdadero autó-mata librado a la voluntad de quien lo dirija.

- 8) Flexibilidad cérea:** También llamada catalepsia, es de observación muy frecuente en la esquizofrenia. Consiste en un estado especial del aparato muscular caracterizado por una blandura particular que le da una amplia plasticidad, la cual hace posible una marcada exageración del tono postural. El paciente puede adoptar actitudes por demás exageradas de sus miembros y aun de todo su cuerpo, persistiendo en ellas durante un tiempo más o menos largo hasta que lo vence la fatiga muscular.

## CAPÍTULO V

### NEUROSIS

#### CLASIFICACIONES ACTUALES

Desde que en 1894 Freud describió las neurosis de angustia, confiéndoles una entidad propia e independiente, hasta la década de los 60, en la que los trabajos de Klein y su escuela sugieren la distinta naturaleza etiopatogénica de la ansiedad generalizada y las crisis de angustia (ataques de pánico), ambos trastornos se incluían bajo el epígrafe de las neurosis de angustia como aspectos clínicos peculiares del mismo cuadro.

Desde el ámbito de la psiquiatría americana el planteamiento de la clasificación de estos trastornos cambia con el DSM-III (1980), ya que se decide eliminar el término neurosis por considerarse excesivamente cargado de connotaciones psicoanalíticas. En los sucesivos DSM se mantiene este criterio y en el actual DSM-IV (1995) estos trastornos quedan recogidos en tres apartados (trastornos de ansiedad, somatomorfos y disociativos).

En la ICD-10 (1992), por el contrario, estos trastornos se mantienen agrupados bajo el epígrafe <trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos>, que recoge 7 categorías de trastornos.

En el DSM-IV los trastornos obsesivos y trastornos por estrés se incluyen entre los trastornos de ansiedad, mientras que en el ICD-10 se clasifican separadamente. En ambas clasificaciones desaparece el viejo término de histeria, patología que queda desperdigada entre los trastornos somatomorfos y los trastornos disociativos.

#### TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La angustia aparece ante cualquier eventualidad de amenaza a la identidad y de agresión al yo personal. Puede emerger en circunstancias diversas que van desde la más estricta normalidad a la franca psicopatología.

La angustia, pues, acompaña al hombre en el curso de su existencia. En términos generales, la angustia normal se explica cuantitativa y cualitativamente por el estímulo que la desencadena.

Es posible que existan diferencias cualitativas entre la angustia normal y patológica, especialmente con la ansiedad endógena que subya-

ce en las crisis de angustia. De cualquier forma, la angustia patológica queda definida por ser más corporal, desproporcionada al estímulo y persistente por encima de los límites adaptativos, ya que mantiene al sujeto en un estado de hiperactivación inadecuado que afecta al rendimiento, el funcionamiento psicosocial y la libertad personal.

Puede constituirse primariamente en el epicentro de un cuadro clínico que aparece como reacción a una situación (reacción neurótica de angustia) o expresión de un conflicto psicobiológico (trastorno de angustia). En otras ocasiones, la angustia aflora de forma secundaria o acompañando otro trastorno específico subyacente (depresión, psicosis, neurosis obsesiva, enfermedades orgánicas, etc.).

### **Datos epidemiológicos y estadísticos.**

La angustia y la depresión son dos de los fenómenos morbosos más frecuentes en la práctica médica.

Las mujeres son más proclives a padecer el trastorno y duplican la cifra de los varones en las consultas generales y en la misma proporción en los gabinetes especializados.

La edad de inicio de los trastornos de angustia se sitúa entre los 20 y 40 años (edad media de inicio, 26 años).

Muchos cuadros de aparición tardíos que están teñidos de gran ansiedad no son, en realidad, trastornos de angustia, sino depresiones ansiosas. Finalmente, la duración media de los síntomas antes del tratamiento es de 5 años aproximadamente.

### **Etiopatogenia.**

#### **1) Genética**

Los trabajos clásicos sobre trastornos de ansiedad ya señalaban una predisposición familiar, especialmente para las crisis de angustia (pánico). La genética en el momento actual confirma que:

- 1)** las crisis de angustia tienen un claro condicionamiento genético (aunque un 50% de la varianza depende de factores ambientales);
- 2)** la agorafobia se asocia con las crisis de angustia;
- 3)** los trastornos obsesivos y la depresión no guardan relación genética con los trastornos de ansiedad.

El modo de transmisión es desconocido, pero, a diferencia de la visión clásica que admitía una herencia poligénica, se sugiere un gen autosómico dominante.

Se plantea el carácter genético-hereditario del trastorno de pánico al

comprobar la asociación de éste con la laxitud articular, patología de carácter genético.

Cabe plantearse, finalmente, qué es lo que se hereda. Evidentemente, es una fragilidad somática, en especial referida al sistema nervioso vegetativo y quizás una especial estructuración del SNC, constitución hiperemotiva.

## 2) Biología

La observación de que el ejercicio físico con elevación de lactato iónico provocaba crisis de angustia en pacientes ansiosos, fue un hallazgo importante que estimuló la investigación en este campo.

La administración intravenosa de lactato sódico provoca crisis de ansiedad en pacientes con antecedentes de anteriores ataques (95%) de forma significativamente más elevado que en normales.

La provocación de crisis por inhalación de CO<sub>2</sub> al 5% o por hiperventilación se ha relacionado con: hipersensibilidad de los quimiorreceptores respiratorios, alcalosis metabólicas, estimulación directa del *locus coeruleus* e *hipoxia*.

Las teorías biológicas de las crisis de angustia (pánico) involucran:

- 1) estructuras temporolímbicas y amígdalaM
- 2) sistema septo-hipocámpico, influenciado por las vías 5-HT del rafe
- 3) locus coeruleus, núcleo mesencefálico situado en la protuberancia, que produce la mayoría de la noradrenalina que se encuentra en el SNC y, por tanto, se relaciona con conductas de alarma, miedo y despertar.

A nivel de la región septohipocámpica se produce una intensa activación (bien de forma espontánea, por aumento de la actividad noradrenérgica a nivel del locus coeruleus, que provoca un incremento de actividad en las vías eferentes que van al córtex, hipotálamo, tálamo e hipófisis anterior, lo cual da lugar a la sintomatología propia de la crisis de angustia.

## 3) Cognición

El papel que tiene en la génesis de la angustia la valoración cognitiva permanente de los estímulos externos, que se interpretan ineludiblemente en términos amenazantes. La intensidad y duración de la reacción de angustia están determinadas, por la cantidad de amenaza y la persistencia de la interpretación cognitiva amenazante, lo que se traduce fisiológicamente por un incremento de la hiperexcita-

ción neurofuncional.

Los mecanismos cognitivos desempeñan un papel relevante en el mantenimiento del estado de angustia, ya que, tras las crisis, el paciente desarrolla una ansiedad anticipatoria, que es el paso previo que conduce a las conductas de evitación y conforma el síndrome agorafóbico.

La ansiedad anticipatoria se concreta en un estado de ansiedad permanente que no sólo aboca al síndrome agorafóbico, sino que acentúa la posibilidad de que se presenten nuevas crisis por incremento de la hiperexcitación basal.

#### **4) Teorías dinámicas**

Freud, consideró la ansiedad como una señal de alarma que surge ante un peligro pulsional, inaceptable (agresivo o sexual) para el yo, que debe ser reprimido.

Según estas teorías, la angustia, aunque ubicada en el yo, procede siempre de conflictos a nivel del ello o el superyó. Si bien puede resultar válida la interpretación de la angustia como señal de alarma que expresa conflictos intrapsíquicos, especialmente en los estados de ansiedad generalizada, el resto de consideraciones dinámicas son especulativas y no se han sometido a experimentación rigurosa.

#### **3) Acontecimientos de vida**

Desde un punto de vista concreto, los factores precipitantes o desencadenantes que pueden asociarse a un trastorno de ansiedad son múltiples, especialmente traumas o conflictos emocionales intensos o repetidos, situaciones físicas que representan una sobrecarga tensional, conflictos laborales, enfermedades orgánicas crónicas o largas convalecencias, situaciones de abandono y traumas o problemas sexuales entre otros. Tales acontecimientos están ligados con frecuencia a la ansiedad generalizada y a la pérdida de la egostasis. Sin embargo, el papel de tales acontecimientos es más controvertido en las crisis de angustia, ya que no es raro que se presenten por primera vez de forma espontánea (40%).

En la etiopatogenia de los trastornos de angustia se imbrican los estímulos o conflictos ambientales y una personalidad, estructurada a su vez en función de una dotación genética y unas experiencias tempranas. Es probable, asimismo, que en la génesis de las crisis de angustia exista una mayor participación de los factores fisiológicos y, por tanto, queden más condicionadas por la dotación genética, la cual

garantiza en estos casos un sustrato neurovegetativo lábil.

### Aspectos Clínicos

La angustia primaria se expresa a partir de dos planos: el psíquico y el somático.

**a)** En el *plano psíquico* el sujeto se encuentra nervioso, inquieto, con un sentimiento penoso de malestar moral que anuncia la fragilidad de un yo que se siente amenazado. Su mundo se va estrechando y se hace cada vez más hosco. Todo le preocupa y progresivamente esta situación va afectando más su rendimiento profesional, lo que le hace sentir incapaz. Los ruidos le sobresaltan, el futuro le agobia y poco a poco entra en una restricción de su relación social. Vive en un estado de constante tensión diurna que por la noche se manifiesta por dificultad de dormir y pesadillas, que son la expresión del mundo conflictivo y agobiante del angustiado.

Fundamentalmente de malhumor e irritable, puede sentirse en ocasiones desolado por su situación y llorar. El llanto del angustiado es de impotencia y sobrecarga tensional, lo que hace que se sienta más tranquilo y relajado después de la eclosión emotiva.

Es frecuente que esta amenaza a su integridad y la pérdida de control sobre sí mismo se manifiesten por miedo a padecer una grave enfermedad somática (desintegración física) o a caer en una irreversible enfermedad mental (desintegración psíquica).

**b)** En el *plano somático* la sintomatología somática es amplia, pero de alguna forma consecuencia de la disregulación neurovegetativa y neuroendocrina presente en estos enfermos a causa de la elevada hiperactivación. Palpitaciones, taquicardia, astenia, disnea, mareos, opresión torácica, algias difusas, inestabilidad, cefaleas, parestesias o temblores, sudoración, hipertensión o hipotensión, anorexia o bulimia, sequedad de boca, náuseas, vómitos, estreñimiento o diarrea, poliuria, hipertonía muscular, trastornos de la función sexual, etc., constituyen el espectro sintomático más frecuente en estos enfermos.

Este complejo clínico puede manifestarse por una eclosión aguda (crisis de angustia) o de forma permanente (ansiedad generalizada).

### 1) CRISIS DE ANGUSTIA (ATAQUES DE PÁNICO)

Son episodios súbitos, de aparición diurna o nocturna, caracterizados por una descarga neurovegetativa, intenso agobio moral, frecuente vivencia de muerte, ansiedad y eventualmente inquietud psicomotriz,

cuya duración no sobrepase los 15-30 min.

Las crisis de angustia tienen a considerarse de naturaleza esencialmente endógena y sustancialmente diferentes etiopatogénicamente de los estados permanentes de angustia, más relacionados con una conflictiva personal (personalidad neurótica) o ambiental (reacción neurótica de angustia).

Una presentación peculiar de las crisis de angustia está constituida por las vivencias súbitas de despersonalización.

La sintomatología más llamativa está formada por las vivencias de despersonalización y extrañeza de sí mismo, que pueden ir acompañadas de fenómenos de desrealización y alteraciones sensoperceptivas. En estos pacientes, la expresión de la crisis se hace a través de la esfera psíquica, lo cual puede prestarse a confusión con estos psicóticos. La ausencia del temple delirante, la conciencia de enfermedad y la puesta en marcha de claros mecanismos neuróticos (ansiedad anticipatoria, conductas de evitación) distancian este síndrome de la patología psicótica y le confieren su naturaleza dentro de los trastornos de ansiedad no psicóticos. Se discute su origen.

En el reciente DSM-IV (1995), aunque se acepta la existencia de subcrisis, deben presentarse, como mínimo, cuatro de los siguientes síntomas para proceder al diagnóstico de trastorno por crisis de angustia:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o desmayo.
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
10. Miedo a perder el control o volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
13. Escalofríos o sofocaciones.

En ocasiones, las crisis se presentan de forma atenuada y focalizada (crisis angoroides, asmatiformes, seudoveriginosas).

## 2) TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

Constituye un diagnóstico residual caracterizado por un estado persistente de ansiedad, aunque el curso es fluctuante. Los síntomas de forma sintética pueden reagruparse en las siguientes tres categorías básicas:

- 1) **Tensión motora** (temblor, inquietud, sobresaltos, tensión y algias musculares, fatigabilidad).
- 2) **Hiperactividad autonómica** (palpitaciones, opresión precordial, disnea, náuseas, polaquiuria, mareo, sudoración, algias abdominales, manos frías y húmedas, diarrea, dificultad de tragar, sofocos o escalofríos).
- 3) **Vigilancia y alerta** (nerviosismo, impaciencia, irritabilidad, falta de atención y concentración, hipervigilancia, insomnio de primera mitad, mala calidad del sueño, pesadillas).

En el DSM-IV para el diagnóstico de ansiedad generalizada se precisan ansiedad y preocupación durante 6 meses, más como mínimo tres de los siguientes seis síntomas: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño, con afectación clínicamente significativa o deterioro social, laboral u otros.

Los síntomas son muy similares a los de las crisis de angustia. Sin embargo, en la ansiedad generalizada no se manifiestan de forma crítica y los de tipo autonómico, especialmente cardiovasculares y respiratorios, son menos frecuentes y severos.

Con frecuencia se trata de personalidades neuróticas en las que la ansiedad es un patrón constante de sus vidas. Con el tiempo, los síntomas se mitigan o, como mínimo, el sujeto aprende a vivir con ellos (período de estado).

Sin embargo, subyace una ansiedad flotante, constante, que no abandona al enfermo y le condena a una vida limitada existencialmente en todos los planos (laboral, social, sentimental, etc.).

Si el cuadro se prolonga (el tiempo es variable para cada sujeto), se alcanza la fase crónica.

En ella persiste atenuada toda la sintomatología anterior, pero se sobreañaden otros elementos, como la tristeza, la apatía, la astenia intensa, el desinterés, la pérdida del impulso vital, etc., que expresan la claudicación psicofísica y existencial del sujeto. Como vemos, estos aspectos están más cerca de la depresión que de la propia neurosis de

angustia, por lo que la confusión entre los dos síndromes es frecuente, ya que ambos se mueven en la esfera de la hipovitalidad.

### **Curso y Pronóstico.**

Normalmente existe una tendencia hacia la cronicidad en los trastornos de angustia, especialmente cuando no son reactivos a circunstancias desencadenantes específicas. Sin embargo, dentro de este curso prolongado el cuadro experimenta fluctuaciones, durante las cuales períodos de atemperamiento clínico se entremezclan con otros en los que la sintomatología se reagudiza.

El pronóstico varía en función de la personalidad previa, la conflictiva actual y las estrategias terapéuticas, pero en cualquier caso parece más grave que el de los trastornos depresivos.

### **Tratamiento.**

La terapéutica de la ansiedad generalizada debe ser polidimensional. La psicoterapia en cualquiera de sus modalidades es imprescindible, en tanto que la psicofarmacología tiene una indicación frecuente como tratamiento complementario, pero en ciertos casos puede omitirse. Las diferentes técnicas de relajación pueden ser, asimismo, útiles en algunos pacientes con predominio de la hipertonía muscular.

### **Diagnóstico Diferencial**

#### **a) Trastornos orgánicos.**

Hipertiroidismo. Taquicardia paroxística supraventricular. Feocromocitoma. Crisis hipoglucémicas. Crisis comiciales parciales complejas. Prolapso de la válvula mitral (PVM). Patologías respiratorias. Síndrome vertiginoso

#### **a) Trastornos psíquicos.**

Estados depresivos. Fobias. Histeria de conversión.

### **3) TRASTORNOS OBSESIVOS**

Westphal, en 1877, propone una definición de las obsesiones que por su importancia histórica y su vigencia en algunas esferas reproductivas: "ideas parásitas, las cuales, permaneciendo intacta la inteligencia, y sin que exista un estado emotivo o pasional, surgen ante la conciencia, se imponen a ella contra su voluntad, se atraviesan e imponen al juego normal de las ideas, y son, siempre, reconocidas por el propio enfermo como anormales, extrañas a su yo".

## **Datos epidemiológicos y estadísticos**

La proporción de trastornos obsesivos entre pacientes psiquiátricos ambulatorios se sitúa alrededor del 1%.

La prevalencia real de este trastorno en la población general es desconocida. La distribución por sexos es equitativa. Sin que existan demostraciones fehacientes, se tiende a considerar que el obsesivo se ubica más bien en clases sociales acomodadas.

Igualmente, hay una corriente general que opina que el paciente obsesivo tiene una buena dotación intelectual y un nivel de formación esmerado.

La edad de los primeros síntomas, siempre difícil de precisar por interferirse con los rasgos de personalidad, se sitúa entre los 20 y los 40 años, de forma que dos terceras partes de los casos muestran clínica activa antes de los 20 años y sólo un 15% sobrepasados los 35 años.

## **Etiopatogenia.**

Los factores genéticos son importantes en la etiopatogenia del TO, según se desprende los estudios en gemelos y en familiares.

El modo de transmisión es desconocido, pero se sugiere una forma genética dominante, si bien existe una clara implicación de factores no genéticos.

Alguno de estos casos se pone en marcha a partir de desencadenantes físicos (encefalopatías, parkinsonismo, tuberculosis, etc.) o psíquicos (problemas sexuales, laborales o matrimoniales, parto, embarazo, fallecimientos, etc.).

El papel de la educación merece una atención especial. Es frecuente que estos pacientes hayan sido educados en medios donde de manera exagerada la limpieza, la religión, la moral, el orden o la culpa sobresalgan como valores educativos predominantes.

La etiopatogenia de estos trastornos se entiende a partir de la imbricación de factores biológicos y psicosociales.

## **Aspectos Clínicos.**

La clínica obsesiva se desarrolla en el plano del pensamiento o en el de la acción.

En circunstancias especiales de la vida ordinaria, como en situaciones de agotamiento y estrés, pueden aparecer fenómenos como releer un texto, repetir frases, no poderse desprender de una frase o canción que surge reiteradamente en el pensamiento, repetir determinados movimientos, contar objetos o cualquier fenómeno similar cuya natura-

leza obsesivoide se manifiesta por la reiteración incoercible. Tales estados desaparecen una vez que cede el agotamiento, el conflicto o la situación de tensión que los origina.

Asimismo, fenómenos obsesivos (obsesivoides) pueden aparecer secundariamente a patologías psiquiátricas (depresión, esquizofrenia) o neurológicas (epilepsia, enfermedad de Gilles de la Tourette, corea, encefalitis, etc.).

## **Manifestaciones Clínicas.**

### **1. Pensamientos obsesivos**

Constituyen la esencia del TO y se caracterizan por ser cogniciones o imágenes mentales intrusas, parásitas, repetitivas y egodistónicas. Quedan delimitados por:

- 1) su carácter insólito, intruso y parásito, que el paciente vivencia como extraño;
- 2) reconocerse como propios y el paciente tener conciencia de enfermedad;
- 3) ser reiterativos y persistentes;
- 4) ser de contenido negativo;
- 5) resistencia al fenómeno, lo que supone una lucha interna que genera ansiedad, si bien puede variar según las circunstancias, la severidad del cuadro o el período de enfermedad, de forma que en estadios avanzados puede estar atenuada o ser nula, y
- 6) interferencias en las diferentes áreas de la vida, si bien pueden estar más alteradas unas facetas que otras, habitualmente las más íntimas (hogar).

Según la forma, las obsesiones pueden manifestarse en forma de:

- 1) impulsos obsesivos, (agresivos o sexuales), también denominados fobias de impulsión (por ej.: temor a dañar a seres queridos);
- 2) imágenes o representaciones obsesivas, no frecuentes, pero significativas y ansiógenas;
- 3) temores obsesivos (generalmente ligados a la contaminación, a la nosofobia o a la dismorfofobia), también denominados fobias obsesivas para distinguirlos de las auténticas fobias (v. Diagnóstico diferencial);
- 4) ideas obsesivas (en forma de escrúpulos de limpieza, cavilaciones religiosas o metafísicas, necesidad de simetría y orden, paso del

tiempo u otras,

- 5) dudas, fenómeno ideativo constante en el obsesivo, pero relevante en algunas formas clínicas (comprobadores-dubitativos, temores de contaminación).

## 1. Compulsiones.

Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable.

Los rituales obsesivos, suelen ser secundarios a pensamientos obsesivos (sólo un 20-30% padecen obsesiones puras sin compulsiones), aunque ocasionalmente, desde su sentido mágico, sirven para liberar la angustia y facilitar la cognición, y en otros casos, como en el coleccionismo mórbido o la meticulosidad (propios de la personalidad obsesiva), su significación se agota con su ejecución.

Las comprobaciones (secundarias a dudas obsesivas) y los rituales de limpieza (secundarios a temores de contaminación) son los actos obsesivos más frecuentes.

## 2. Estado afectivo básico.

La angustia no es primaria en estos enfermos, sino que es un elemento adicional que surge como consecuencia de la lucha interna inextinguible de estos pacientes. Es de destacar que la tristeza u otros fenómenos que se sitúan en la esfera de lo depresivo-hipovital, como la inseguridad, la culpa, la duda, la incompletud, etc., se asocian más a menudo con los trastornos obsesivos que con la angustia.

Aunque muchos obsesivos tienen concomitantemente síntomas de todas las áreas, se han descrito cuatro síndromes básicos:

- 1) obsesivos con rituales de limpieza, que representan el 50%,
- 2) dubitativos con conductas de comprobación;
- 3) rumiadores con pensamientos, pero sin conductas obsesivas, que alcanzan el 25%, y
- 4) obsesivos con entrecimiento y escasas manifestaciones de ansiedad, grupo poco frecuente en el que la lentitud puede ser consecuencia de los pensamientos y de los rituales, pero que se vuelve ocasionalmente el síntoma primario.

## **Personalidad Obsesiva.**

Los pacientes afectados de un TO muestran un mismo tipo de personalidad, con unos rasgos comunes. Por otra parte, es evidente que el término obsesivo se emplea igualmente para designar síntomas clínicos que para referirse a rasgos de personalidad. La transición entre éstos y aquéllos es ciertamente sutil en algunos casos e impide establecer unos límites nítidos.

Freud (1908) define el carácter sádico-anal en función de la tríada: ordenacismo, parsimonia y obstinación. Otras aportaciones posteriores han completado los rasgos de personalidad obsesiva: meticulosidad, pedantería, tacañería, disciplina, escrupulosidad, rigidez, tendencia a la duda y la abulia, desprecio hacia los otros, tendencia a la introspección, formas inconclusas de pensamiento e inseguridad personal.

En general, los trabajos clásicos señalan una elevada frecuencia (50-80%) de personalidades obsesivas entre los pacientes obsesivos, lo que avalaría la continuidad personalidad-TO.

El paso de la personalidad obsesiva al TO es a veces tan matizado que se hace muy difícil precisar dónde acaba una y dónde empieza el otro, pues muchas veces los síntomas obsesivos son exageración de rasgos de personalidad preexistentes.

Puede considerarse que, así como los rasgos de personalidad no interfieren con las actividades normales del sujeto e, incluso si se canalizan, pueden proporcionarle buenos rendimientos profesionales, los síntomas obsesivos perturban al paciente ya no sólo en el plano personal, sino en el espectro de su vida de relación y laboral-social.

## **Curso y Pronóstico.**

El cuadro suele iniciarse en período infanto-juvenil de forma insidiosa, aunque, más infrecuentemente, la presentación es aguda.

Aunque en general el curso de los TO es crónico, con períodos de relativa mejoría y otros de empeoramiento, se observan casos de curso fásico.

Se han considerado índices de mal pronóstico: personalidad premórbida obsesiva, gravedad de la primera hospitalización, alteraciones neuróticas infantiles, soltería, sobrecarga de antecedentes familiares, educación rígida, gravedad clínica, síntomas motores, comienzo precoz, inicio del tratamiento retrasado y formas monosintomáticas. Por el contrario, son índices de buen pronóstico: atipicidad, ausencia de síntomas motores, breve período entre el inicio y el tratamiento, personalidad premórbida sana, inicio por factores desencadenantes, duración corta de los síntomas, curso fásico o episódico e intensa carga afectiva acompa-

ñante. De cualquier forma, el tema del pronóstico está todavía sujeto a estudios suficientemente controlados, valorando todas las variables, ya que con frecuencia fallan los puntos de referencia apuntados.

### **Diagnóstico Diferencial.**

Neurosis fóbica. Impulsiones. Esquizofrenia. Depresión.

## **4) TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA**

Las fobias son un tipo especial de temor. El término fobia deriva de la palabra griega phobos, que significa temor, pánico y terror, y de la deidad del mismo nombre, que provocaba pánico en sus enemigos.

Las cuatro características que permiten definir un temor concreto como fobia:

1. Es desproporcionado a la situación que lo crea.
2. No puede ser explicado o razonado.
3. Se encuentra fuera del control voluntario.
4. Conduce a la evitación de la situación temida.

Según estos puntos de referencia queda clara la categoría de la fobia frente al miedo u otros temores que de forma normal o patológica pueden presentarse en el hombre.

En este grupo de trastornos la ansiedad se pone en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos (externos al enfermo) que no son en sí mismo generalmente peligrosos. En consecuencia, éstos se evitan de un modo específico o son afrontados con temor.

### **Datos epidemiológicos y estadísticos.**

La distribución de las diferentes fobias varía notablemente en la función de la edad y del sexo. En la población infantil son frecuentes los temores (90%) con una incidencia manifiesta hacia los 3 años.

Con la maduración y el aprendizaje, estos miedos van disminuyendo, de forma que la mayor parte han desaparecido al llegar a la pubertad.

Al margen de los factores ambientales que pudieran explicar esta abundancia de temores infantiles, se han sugerido mecanismos innatos.

Entre la población normal, (1969) encontraron 7,7% de fobias, parece haber, en términos generales un predominio de mujeres fóbicas.

### **Clasificación de las fobias, Aspectos clínicos.**

Clasificó las fobias en las siguientes categorías:

#### **1. Fobias a estímulos externos:**

■ Fobias a animales (3%) ■ Síndrome agorafóbico (60%) ■ Fobias sociales (8%) ■ Otras fobias específicas (14%)

## 2. Fobias a estímulos internos:

■ Nosofobias (15%) ■ Fobias obsesivas.

Si agrupamos las fobias a animales y otras fobias específicas, cuyas características básicas son similares, tenemos tres conjuntos con unas peculiaridades diferentes:

**1)** agorafobias; **2)** fobias sociales, y **3)** fobias simples (monosintomáticas y específicas).

### 1) Agorafobia.

El término agorafobia, utilizado en un sentido más amplio que el original ("miedo irracional a lugares o plazas públicas"), implica "no sólo temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar). El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas; entre ellas temores a salir del hogar, a entrar en tiendas y almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de las conductas de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar confinados en su casa.

La presencia simultánea de tantos estímulos fóbicos se debe probablemente a que en la agorafobia, a diferencia de otras fobias, lo que subyace es un miedo a la indefensión en determinadas situaciones, más que temor a la situación en sí misma. Por ello, estos pacientes reducen e incluso superan las conductas de evitación cuando se encuentran acompañados de personas de confianza.

Frecuentemente ubicado dentro de las agorafobias se encuentra el *síndrome de despersonalización ansioso-fóbico*, descrito por Roth en 1959, que por sus características peculiares creemos que merece un trato especial. Sus síntomas más sobresalientes son: despersonalización, ansiedad fóbica, trastornos de lóbulo temporal (déja vu, memoria panorámica, micropsias o macropsias, hiperacusia, etc.) y otras manifestaciones neuróticas y neurovegetativas, que por su aparatosidad y presentación crítica provocan con frecuencia la ansiedad anticipatoria y las conductas de evitación que constituyen la agorafobia. En opinión de Roth, la cronicidad de este cuadro se debe a disfun-

ciones del lóbulo temporal o del sistema límbico.

La secuencia frecuente que se establece a partir de una súbita crisis de ansiedad (que en la terminología americana y de forma gráfica se denomina ataque de pánico), ya que la aparatosidad del episodio propicia un estado de ansiedad anticipatoria que finaliza en conductas de evitación (de situaciones o lugares temidos) propias de la agorafobia. En ciertos casos, la agorafobia no viene precedida de crisis, sino que emerge en sujetos neuróticos con dilatada historia psicopatológica en la línea neurótica (ansiedad generalizada, histeria, etc.). En estos pacientes con estructuras de personalidad neuróticas, la agorafobia está más circunscrita a determinadas circunstancias (metros, ascensores, autobuses, etc.), cuya evitación permite una movilidad relativamente normal.

La distribución bimodal respecto a la edad de inicio, con un pico en la adolescencia tardía y otro alrededor de los 30 años, podría corresponder a las dos modalidades descritas; sin crisis (final de la adolescencia) y con crisis de ansiedad (década de los 30).

## 2) Fobia Social

Las fobias sociales gozan de atención creciente, a juzgar por el aumento de publicaciones sobre las mismas, particularmente por su elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (depresión, trastorno por angustia, agorafobia, abuso de tóxicos, etc.) y las nuevas expectativas terapéuticas.

Se define como "temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional y tiene a evitarlo, o experimenta ansiedad o malestar intensos en situaciones sociales o actuaciones en público.

Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales o sociales, o bien producen

un malestar clínicamente significativo.

Las actividades típicamente incluyen beber, comer o hablar en público, escribir en presencia de otros, mantener entrevistas, pedir información a desconocidos, utilizar lavabos públicos y ruborizarse.

### 3) Fobias específicas (simples)

Se definen como temores acusados y persistentes, excesivos e irracionales, desencadenados por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (animales, volar, precipicios, oscuridad, sangre, inyecciones, alturas, truenos, etc.).

La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede ser similar a la de la crisis de angustia situacional. La evitación fóbica es notable en estos casos y, al margen de los estímulos fóbicos, el sujeto se encuentra perfectamente, sin ansiedad flotante ni otros trastornos psíquicos. Son generalmente sujetos de personalidad normal y buena adaptación social.

El tipo concreto de fobia a la sangre, inyecciones y heridas constituye un grupo especial, ya que tras una primera fase de excitación simpática se produce una segunda de predominio parasimpático (bradicardia, hipotensión y mareo), que contrasta con la taquicardia e hipertensión propias del resto de las fobias, aunque la respuesta al tratamiento conductual es también excelente.

Otro grupo característico es el de las fobias a animales, que también se inicia en la infancia, evoluciona crónicamente y es mucho más frecuente en el sexo femenino.

### Personalidad Fóbica.

Se les han atribuido muchas y diversas características. Timidez, recato, introversión, inmadurez, sumisión, idealismo, vivencia sobrevalorada de amenaza exterior, bloqueo afectivo e inmadurez emocional son algunos de los rasgos apuntados.

Se les atribuyen también otras características típicas de la personalidad oral, tales como dependencia, falta de autoestima, sugestionabilidad, inseguridad, pesimismo, pasividad y temor a la sexualidad, y algunas de la personalidad obsesiva, como la rigidez o la severidad superyoica.

En términos generales, se ha descrito el carácter fóbico en función de dos aspectos fundamentales:

**a) Constante estado de alerta.** Actitud de vigilancia permanente para detectar las amenazas que proceden del exterior y especialmente de

su propio mundo interior, que el sujeto percibe difuso. Por el conocido mecanismo de proyección sitúa en los objetos del mundo sus temores internos.

- b) Actitud de huida.** Esta postura se ha descrito bajo dos posibles variantes: la actitud pasiva, que provoca inhibiciones parciales o totales, y el comportamiento de desafío, que corresponde a una actitud contrapuesta a la anterior, en la que el sujeto se lanza hacia delante dominando su fragilidad intrapsíquica a base de anticiparse al peligro, arremetiendo y sobreocupándose con el fin de no dar opción a que el conflicto emerja.

### **Etiopatogenia.**

En general se tiende a poner en entredicho el origen genético de las fobias. Algunos autores, como Marks, consideran que no existen pruebas evidentes de que el patrimonio genético desempeñe un papel significativo en estos casos.

Es probable, que el neuroticismo o alto rasgo de ansiedad, que favorece una elevada vulnerabilidad para la eclosión vegetativa y está en el origen de muchas agorafobias, esté en parte condicionado genéticamente.

El condicionamiento hereditario de la agorafobia está acreditado a costa de las crisis de angustia, cuya raigambre genética (factor vulnerabilidad o predisposición) está hoy fuera de discusión.

Existen influencias familiares y culturales en la determinación del tipo de fobia, ya que frecuentemente el mismo temor se presenta en otros familiares cercanos al paciente. La situación sociocultural interviene, asimismo, en la elección del tema fóbico, sobre todo en las nosofobias.

En cuanto al origen, creemos que la estructuración de las fobias puede contemplarse en función de dos variables:

- a)** el nivel de ansiedad flotante y **b)** el condicionamiento.

### **Diagnóstico Diferencial.**

- 1.** Trastornos obsesivos. **2.** Histeria. **3.** Depresión.

### **Curso y Pronóstico**

El curso que suele ser crónico. El pronóstico de las fobias ha mejorado sensiblemente en los últimos años a partir de las nuevas técnicas de modificación de conducta y los actuales psicofármacos.

### **Tratamiento**

El tratamiento de las fobias sociales se fundamenta en terapéuticas far-

macológicas y conductistas (desensibilización y exposición in vivo, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de reestructuración cognitiva).

A nivel farmacológico, los betabloqueadores se han utilizado con éxito en las formas no generalizadas. En las generalizadas, si bien se han empleado varios fármacos (alprazolán, clonacepan, clomipramina, buspirona, moclobemide, ISRS), la fenelcina (45-75 mg/día) parece el tratamiento, por el momento, más eficaz, (Liebowitz, 1993; Den Boer y cols., 1995), si bien hay que mantenerlo prolongadamente durante meses para valorar su efecto y siempre en combinación con terapias psicológicas.

En las agorafobias sin historia previa de crisis de angustia, la exposición in vivo es el tratamiento preferente.

## **HISTERIA**

A finales del siglo XIX, Charcot aborda con dedicación el problema de la histeria sustentando una concepción neurológica-orgánica (proceso degenerativo hereditario del SN).

En el ocaso del siglo, Janet, discípulo también de Charcot, centra el problema en la peculiar estructura de la conciencia del histérico que se encuentra reducida y disociada. Estos pacientes manifiestan una gran facilidad para vivir con intensidad las imágenes e hipnotizarse con ellas, y las desarrollan hasta la realización plástica y motora de la idea fija, fenómeno fundamental de la histeria, la cual nace como un producto del automatismo psicológico.

Sin embargo, la gran revolución en el terreno de la histeria se lleva a cabo con Freud, el cual defiende la causalidad psíquica e inconsciente del trastorno a partir de sus estudios en el caso de Anna. Sustenta inicialmente que la represión inconsciente de los sentimientos, deseos y temores, producida por un acontecimiento traumático, es la base de los fenómenos histéricos, y formula con posterioridad una teoría psicosexual (edípica) del problema.

La escuela analítica contemporánea coincide en considerar los síntomas histéricos como el producto de conflictos infantiles e impulsos reprimidos y no resueltos.

Se define la histeria como: "Trastorno mental en el que se produce ya sea una estrechez del campo de la conciencia o bien una alteración de la función motriz o de la sensorial, por motivos de los cuales la persona no tiene conciencia y que parecen tener valor simbólico o ventaja psicológica.

Puede caracterizarse por fenómenos de conversión o disociativos. En la forma de conversión, el síntoma principal o único consiste en la alteración psicógena de alguna función corporal, por ejemplo: parálisis,

temblor, ceguera, episodios convulsivos.

En la variedad disociativa, el hecho más notable es la restricción del campo de la conciencia, que parece servir a un propósito inconsciente y que generalmente va seguido o acompañado por amnesia selectiva. Puede haber cambios espectaculares de la personalidad esencialmente superficiales, que a veces se manifiestan en forma de fugas.

El comportamiento puede imitar una psicosis o, más bien, la idea que el paciente tiene acerca de una psicosis.

Desde la publicación del DSM-III en 1980 desaparece de la clasificación americana el término histeria, y se reconocen dos grandes grupos que integran los trastornos somatomorfos y los trastornos disociativos.

En el actual DSM-IV (1995) y en la ICD-10 se mantienen ambos grupos.

### **Datos Epidemiológicos y estadísticos.**

La frecuencia del trastorno de somatización (síndrome de Briquet) varía ampliamente en mujeres de población general, según los estudios de 0,38 al 4,4%.

La frecuencia más alta de histerias en el sexo femenino (3:1).

### **Clasificación.**

Desde un enfoque fundamentalmente clínico, se han distinguido en la histeria unos fenómenos somáticos (histeria de conversión) y unas manifestaciones psíquicas (histeria disociativa); la primera, eje de los estudios e interpretaciones freudianas, y la segunda, enraizada en el concepto de disociación de Janet.

#### **1) Trastorno de somatización (síndrome de Briquet)**

Incluido en el apartado de trastornos somatomorfos, supone una alteración crónica fluctuante de múltiples síntomas físicos, que se inicia antes de los 30 años, rara vez se diagnostica en varones y provoca atención médica frecuente y deterioro significativo en todas las áreas del individuo.

Los síntomas son de varios órdenes (dolorosos, gastrointestinales, dérmicos, sexuales, seudoneurológicos) y no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o efectos de una sustancia. Si existe una causa médica, ésta no explica la sintomatología. Entre los síntomas más frecuentes figuran vómitos, mareos, algias varias, dificultad de deglución, pruritos, quemazón en recto o genitales y menstruaciones dolorosas.

La mayoría de estos pacientes presentan trastornos de personalidad, especialmente histriónica, pero también de otro tipo (pasivo-depen-

diente, sensitivo-agresiva).

## **2) Trastorno de conversión.**

Caracterizado por uno o más síntomas o déficit que afectan, generalmente de forma aguda, las funciones motoras voluntarias o sensoriales y sugieren una enfermedad neurológica o médica (afasia, ceguera, parálisis, contracturas, diplopía, anestias, etc.). Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes. El síntoma no está producido intencionadamente, ni es simulado, ni se explica por la presencia de una enfermedad médica o efectos directos de una sustancia o por comportamientos culturalmente aceptados como normales, de forma que el trastorno provoca malestar significativo o deterioro sociolaboral o de otro orden.

En la historia clínica los datos más relevantes para efectuar el diagnóstico son los siguientes:

1. presencia de factores psicológicos relacionados con el síntoma.
2. Cuadro clínico atípico, sin organización según enfermedad médica definida;
3. Presencia de la *belle indifference*;
4. Personalidad previa frecuentemente anormal;
5. Modificación de los síntomas por sugestión;
6. Ganancia secundaria;
7. Antecedentes de otros episodios conversos, y
8. Acontecimientos de vida conflictivos.

## **1) Trastornos disociativos.**

Alteraciones, generalmente de aparición súbita y duración breve (días, semanas), que afectan las funciones integradoras de la identidad, la memoria o la conciencia. Si bien alguno de estos trastornos aparece, como la despersonalización, en contextos clínicos variados (esquizofrenia, trastornos de ansiedad, epilepsia de lóbulo temporal, ingesta de tóxicos, traumatismos craneales, etc.), en general los cuadros disociativos (amnesia, fuga, personalidad múltiple) se sitúan en el marco de la histeria.

## **Etiopatogenia.**

### **Aspectos biológicos.**

Los estudios genéticos sobre la histeria, aunque en ocasiones contradictorios, no apoyan la idea de histeria como enfermedad y avalan más bien un enfoque psicosocial.

Desde la perspectiva neurofisiológica, defiende que la histeria en la mujer es un síndrome equivalente a la psicopatía del varón. Ambas corresponden, en su opinión, a disfunciones del hemisferio dominante, y en concreto la histeria implica un defecto en la comprensión de las señales endógenas somáticas y de la integración sensorio-motora.

### **Aspectos psicosociales.**

Llama la atención la Organización familiar y social de estos pacientes, que está marcada por el signo de la tolerancia. Es particularmente llamativo el dominio de la situación que obtienen a través de su forma peculiar de personalidad o utilizando su sintomatología para manejar el ambiente.

Por esto, la conducta histérica comporta necesariamente público, ya que de otra forma se pierde la relación de diálogo especial, que estos sujetos establecen con el mundo.

El medio se usa para conseguir saciar las desmesuradas demandas de afecto que caracterizan a estos pacientes.

El simulacro histérico responde por completo a una necesidad puramente personal: es útil.

Otro aspecto importante que hay que considerar en la etiopatogenia de la histeria es el referente a los factores étnicos y sociales. Existe consenso acerca de que las manifestaciones histéricas varían de una cultura a otra y de una situación histórica a otra, así como la tolerancia que cada sociedad tiene respecto a estos fenómenos, lo cual repercute en su facilitación o inhibición. Las culturas primitivas son más dadas a las manifestaciones histéricas aparatosas y expresivas, en tanto que las más industrializadas canalizan una patología más sutil (somatizaciones, etc.).

### **Psicoanálisis.**

La teoría freudiana de la histeria según la cual la represión y regresión a la etapa fálica (edípica) son la base de este trastorno. Ha sido una neurosis fundamental en la historia del psicoanálisis, y no en vano uno de los primeros libros escritos por Freud (Estudio sobre la histeria) se centró en este tema.

Para el psicoanálisis la conversión somática en la histeria está orga-

nizada según su significación simbólica. La zona somática afectada por la conversión es elegida en virtud de un desplazamiento del impulso libidinoso, que produce una erotización que es un aspecto fundamental en el fenómeno de la conversión. Por el desplazamiento se reavivan viejas conexiones sexuales infantiles entre las zonas erógenas y elementos del esquema corporal en vías de estructuración.

Cómo todo síntoma neurótico, la conversión es una forma de hacer realidad el deseo inconsciente, este trastorno proviene, según esta escuela, de la total imposibilidad por parte del sujeto de solucionar el complejo de Edipo y evitar la angustia de castración.

### **Aspectos clínicos.**

La clínica de la histeria es abundante e invade la corporalidad en todas sus formas, demostrando la ubicuidad del fenómeno.

#### **◆ Accidentes somáticos.**

##### **I - Agudos**

##### **a) Crisis excitomotrices:**

1. Gran crisis de Charcot. Prototipo de la crisis histérica, se manifiesta a través de los siguientes períodos: a) pródromos (aura: dolores ováricos, bolo faríngeo, palpitaciones, acúfenos, trastornos visuales, etc.; b) período epileptoide: convulsiones tónicas seguidas de otras de tipo clónico; c) período de contorsiones y movimientos incoordinados (clownismo), en el que la lucha, grita y se contorsiona; d) período de trance o de actitudes pasionales, en el que representa escenas violentas o eróticas, y e) período terminal, en el que se recupera la conciencia, tras crisis constrictivas residuales, llantos y sollozos.

2. Formas menores. Expresión atenuada o parcial de la anterior.

3. Formas atípicas. Sintomatología extrapiramidal, accesos de hipo, bostezos, crisis de risa o llanto, temblores, tics, movimientos coreiformes, etc.

##### **b) Crisis de inhibición:**

1. Letargia histérica. Simula el coma. Se recupera, sin embargo, por técnicas sugestivas o dolorosas. Hay una oposición manifiesta a la abertura de párpados.

2. Accesos catalépticos.

3. Crisis sincopales. Están en la frontera de los trastornos neurovegetativos.

## II - Persistentes:

- a) Sistema nervioso de la vida de relación: Motores. Sensitivos. Síndromes sensoriales
- b) Sistema neurovegetativo: Predominancia motriz. Predominancia sensitiva. Síndromes vasomotores y tróficos.

### ◆ Accidentes psíquicos

#### 1. Trastornos de la memoria (amnesia disociativa)

Punto fundamental de la teoría freudiana, implican incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante.

#### 2. Inhibición intelectual (aislada o que acompaña otros trastornos)

Al igual que en los trastornos de memoria se pueden plantear dudas de diagnóstico diferencial con demencias o pseudodemencias depresivas.

#### 3. Estados de sonambulismo. Fugas.

Se producen viajes repentinos lejos del hogar o trabajo con incapacidad para recordar el pasado y confusión sobre la identidad personal o asunción de una nueva identidad.

#### 4. Estados segundos.

Actualmente descritos como trastornos de identidad disociativos o personalidad múltiple. Raro fenómeno caracterizado por la presencia de dos o más identidades o estados de personalidad, de forma que cada uno controla de forma recurrente y súbita la conducta del sujeto un cierto tiempo, sin relación con la personalidad y actividad anterior.

No es extraño que este trastorno se asocie a patologías ajenas a la histeria (estrés postraumático, trastornos afectivos, trastornos límite de personalidad, esquizofrenia, epilepsia, etc.), por lo que ha de ser especialmente cuidadoso el diagnóstico diferencial.

#### 5. Estados disociativos agudos.

1) Síndrome de Ganser, breve estado mental, de inicio y terminación bruscos, con amnesia posterior, caracterizado por trastornos de conciencia, alucinaciones y respuestas extravagantes a las preguntas, "psicosis carcelarias". Posteriormente, si bien se ubica especialmente en el terreno de la histeria, se ha descrito en otras condiciones patológicas, (esquizofrenia, neurosífilis, alcoholismo, accidentes vasculares cerebrales, depresión, epilepsia, traumatismos craneales, etc.). Al margen

de las características clínicas (pararrespuestas, alucinaciones o ilusiones visuales, desorientación, amnesia y oscilaciones de la conciencia que explican por qué algunos autores hablan de seudodemencia):

**a)** los síntomas son una representación imperfecta de la enfermedad que sugieren, **b)** los síntomas parecen corresponder a la idea que el paciente tiene de la enfermedad, **c)** se puede constatar un beneficio secundario, y **d)** existen antecedentes personales de sintomatología histérica previa.

2. Estados crepusculares.
3. Estados amnésicos alucinatorios.

### **Diagnóstico de la histeria:**

1. Los síntomas-signos son una caricatura de la realidad clínica orgánica, ya que su fisonomía, topografía, otros síntomas-signos acompañantes y exploraciones complementarias, no corresponden a las verdaderas somatosis.
2. Si la fuente de duda es la patología psíquica, también cabe defender aquí que la histeria imprime un sello al cuadro (supuesta psicosis o depresión) que sin graves dificultades permite llegar a un diagnóstico.
3. La sintomatología aparece o desaparece bajo influjo de la sugestión o por circunstancias fortuitas.
4. Asociación frecuente de varias de estas manifestaciones, cuya conexión no es establecida en orden al sentido orgánico, sino a otro regido por el sustrato emocional y la expresión simbólica del conflicto.
5. Antecedentes frecuentes de distintos o similares episodios de naturaleza psicógena.
6. La incidencia de trastornos sexuales y afectivos (especialmente ansiedad y depresión), historia anterior de enfermedades vagas o no diagnosticadas e inhibición afectiva.
7. Estructuración del cuadro sobre una personalidad previa con rasgos histéricos.
8. La edad de aparición se sitúa alrededor de los 15-25 años. Aunque puede empezar en cualquier período, a medida que aumenta la edad decrecen las posibilidades de que se trate de un cuadro histérico.

### **Personalidad Histérica.**

Los siguientes rasgos de personalidad histérica que por nuestra parte

comentamos a continuación:

1. **Egocentrismo.** El sujeto tiene la necesidad de destacar sobre los demás y ser el centro de atención.
2. **Histrionismo.** Representa, pero no simula, su personaje, un personaje hiperexpresivo en la mímica y dramático en su contenido. Exhibicionista e imaginativo, encubre la realidad que no le agrada para construir un mundo más acorde con su fantasía. El es teatro; no hace de actor, él es actor; no tiene emociones, él es emoción. La belle indifférence frente a sus síntomas es producto de esta actitud vital.
3. **Labilidad emocional.** Es inestable e incontrolado en sus manifestaciones afectivas, que bajo la apariencia de una calurosa empatía traducen una auténtica pobreza emocional.
4. **Sugestionabilidad.** Esta se manifiesta tanto a nivel clínico, lo que puede hacer variar la aparición o desaparición de un síntoma.
5. **Dependencia.** Son personas en el fondo tremendamente débiles que no han alcanzado la independencia emocional adulta.
6. **Erotización de las relaciones sociales.** La seducción es el arma que el histérico utiliza para alcanzar su posición ventajosa y lograr ser el centro permanente de atención.
7. **Temor a la sexualidad.** Pese a la apariencia de persona sexualmente activa, exuberante en ocasiones, el paciente histérico presenta una importante problemática sexual.

Diagnóstico Diferencial.

- A) Trastornos orgánicos.** Tetania. Epilepsia. Síndromes extrapiramidales
- B) Trastornos psicósomáticos.** Hipocondría. Depresión.

### **Curso y Pronóstico.**

La auténtica neurosis histérica es un trastorno crónico cuyas manifestaciones clínicas suelen ser transitorias y aparecen en relación con situaciones ambientales concretas. La recuperación espontánea varía del 60 al 80% entre la primera semana y al año de iniciados los síntomas.

En la vejez, la sintomatología histérica es mucho más irreductible, porque falta la flexibilidad suficiente para que el paciente reelabore el conflicto y recupere el equilibrio.

Respecto al pronóstico, diferentes estudios longitudinales demuestran una evolución favorable en histerias de conversión monosintomáticas. El componente hipocondríaco empeora, por el contrario, el pronóstico.

Hay que distinguir entre el tratamiento de la clínica histérica, mani-

fiesta habitualmente en forma aguda, y la terapéutica de la personalidad histérica.

En el primer caso se aconseja:

- 1)** aislar al paciente del ambiente, sobre todo cuando no puede esperarse de éste una colaboración adecuada.
- 2)** Disminuir las ventajas del estado patológico y fomentar la situación de salud, dosis bajas de ansiolíticos, psicoterapia de apoyo y relajación.

## CAPÍTULO VI

### PERSONALIDAD: ESTRUCTURA Y DESARROLLO

Todas las definiciones de personalidad, se refieren a un modo de ser único o individual, sin embargo se ha tratado de comprender la personalidad desde distintos enfoques: Biológicos, psicológicos, filosóficos, jurídicos, etc.

Teniendo en cuenta los diferentes enfoques se puede definir la personalidad de las siguientes maneras:

- ◆ “Es aquello que permite una predicción de lo que una persona va a hacer en una situación dada”.
- ◆ “Es la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente”.
- ◆ “Es la configuración única que toma en el transcurso de la historia de un individuo, el conjunto de los sistemas responsables de su conducta”.

Vemos que en las distintas definiciones aparecen elementos comunes, que son:

1. La individualidad: a pesar de que varios individuos compartan características comunes, la personalidad es irrepetible, (algo similar a las huellas dactilares).
2. La integración de varios factores, no como una mera sumatoria sino como una especial organización.
3. La estabilidad, a través del tiempo en el modo de conducirse.
4. El dinamismo de la personalidad, concepto que no se contrapone con la característica anterior, sino que implica que no es un proceso cerrado o estático sino factible de un continuo crecimiento y modificaciones, por ejemplo en situaciones críticas, enfermedades, en el proceso de curación.

“La personalidad se entiende como una totalidad expresada en conductas (Implícitas y/o explícitas), que se traducen en el nivel de la Mente, del Cuerpo y de Las Relaciones Interpersonales”.

- Biológico: Sistema Nervioso Central.

- Psicológico: Aprendizaje y desarrollo
- Social: Aprendizaje y proceso de socialización.

Los diferentes elementos de la personalidad se irán integrando como los pisos de un edificio, es imposible construir el 2do. Piso si no está el 1ro., es decir que debe haber maduración, la que dependerá en primera instancia de la integridad del nivel biológico; a modo de ejemplo en un niño con trastornos en su SNC no podrán integrarse adecuadamente elementos que dependen del factor psicológico, es decir que aún presentes los estímulos externos (enseñanza), no alcanzará el nivel promedio de desarrollo intelectual.

Así sucesivamente estos tres niveles se van integrando de una manera compleja donde dependerán de la indemnidad y presencia del anterior, y a su vez se modificarán mutuamente.

“La estructura de la personalidad es la resultante de la interacción entre la programación genética y la programación social”.

Cuando nace un niño este tiene en su código genético la programación para su desarrollo. Si fuera posible concebir al individuo fuera de un contexto social, se reproduciría casi fielmente la programación genética, al mejor estilo “Tarzán”. Como esto es imposible para el desarrollo de la personalidad de un sujeto, la sociedad va influyendo sobre él para que se adapte al momento histórico, social y cultural que le toque vivir.

Programación genética vs. Programación social = Desarrollo de la Personalidad.

“La estructuración de la personalidad, resulta del frágil equilibrio entre los requerimientos internos que hacen al ser individual y las postulaciones o exigencias externas que condicionan al ser social”.

Las motivaciones generan en el niño necesidades cuya satisfacción puede o no ser facilitada por el medio ambiente. Si es satisfecha, se genera un cambio que da paso a una nueva motivación. Se instaura la posibilidad de expresarse genuinamente en armonía con su entorno, lo que a su vez genera un feed-back positivo, de confianza, autoafirmación, y satisfacción, lo que da curso a nuevas motivaciones.

Si el medio es desfavorable, amenazante o incomprensivo el niño se siente mal, no expresará la motivación genuina y se acumulará energía que produce un estado de desequilibrio interno. Optará entonces por otras Conductas Sustitutas de la motivación genuina, que si cuentan con la aprobación del medio. La prohibición de la motivación genera un mandato u orden de renunciar a ella.

La repetición de conductas estereotipadas sustitutas determinarán trastornos de la personalidad (ej.: Neurosis).

Del interjuego entre las posibilidades del individuo y las respuestas de su medio ambiente, en las distintas etapas del desarrollo instintivo y motivación surgirán las diferentes estructuras de personalidad predominantemente adecuadas o patológicas.

## **PERSONALIDAD**

Proviene del griego *persona* à máscara teatral usada por los actores dramáticos.

Con el tiempo se refiere a la persona real, a sus rasgos más aparentes explícitos y manifiestos.

Posteriormente alcanza su significado final, penetrando también en lo hondo, proyectándose sobre las cualidades psicológicas internas (las más ocultas del individuo).

La personalidad se ve hoy como un modelo complejo de características psicológicas profundas, que son generalmente inconscientes, que se expresan automáticamente en cada faceta del funcionamiento individual.

La personalidad comprende lo que una persona es, lo que hace y lo que tiene.

La persona emerge como un sujeto único. Se puede definir como la integración dinámica de los aspectos cognitivos (intelectuales) connativos (pulsionales y voluntarios) y afectivos, así como por los aspectos psicológicos y morfológicos del individuo.

La normalidad de la personalidad refleja la habilidad del individuo para enfrentarse con el medio de una manera flexible, actuando con una tendencia a adaptarse a la realidad en forma creativa.

La personalidad es estable - interna - consistente y diferente.

- ◆ Estable: sufre cambios pero hasta cierto límite. Se desarrolla y cambia a lo largo del ciclo vital pero persiste un núcleo de continuidad.
- ◆ Interna: la personalidad es una estructura interna del individuo y por lo tanto no es accesible a la observación directa.
- ◆ La consistencia de la personalidad se refiere a que ella determina que la conducta de la persona sea constante en diferentes ocasiones y toda vía determine que la conducta sea diferente de una situación a otra.

La personalidad no puede concebirse como una entidad que existe dentro de los individuos, sino como una construcción cognitiva. Las conductas ocurren pero su significado lo da quien las observa.

La personalidad es el conjunto de categorías que usamos para organizar las observaciones de la conducta de un ser humano.

El desarrollo de la personalidad: es la transformación gradual del

organismo biológico en persona BIOSOCIAL.

El Self se refiere a algo diferente del cuerpo, es una experiencia interna que puede cambiar o ser influenciada por los deseos de otras personas aunque el cuerpo no cambio. El self no es físico (Yo).

Allport: Person es la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que permiten su particular adaptación al entorno.

Temperamento + carácter à manera de ser de un individuo

Temperamento: está determinado desde el momento de la fecundación.

Carácter: está moldeado por el medio ambiente. Forma de responder ante diferentes estímulos y situaciones, de reaccionar anímicamente.

## **RASGOS DE PERSONALIDAD**

Los rasgos de personalidad son pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo.

Cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos, y causan incapacitación social, disfuncionalismo ocupacional, y/o malestar subjetivo, hablamos entonces de "trastorno de personalidad".

Entendemos la personalidad como el conjunto de modalidades adaptativas que el individuo utiliza en su contacto cotidiano con el ambiente en que se desenvuelve.

La personalidad es asintomática, está desprovista de ansiedad, es egosintónica y está orientada esencialmente a la adaptación mutua y constructiva entre individuo y ambiente.

Rasgos de personalidad son pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el medio ambiente y con uno mismo.

Las personalidades pertinentes son aquellas cuyas conductas y características pueden considerarse adecuadas a las pautas generales del medio socio - cultural en el que viven.

Adecuación implica adaptación activa y pertinentes, un psiquismo organizado y con cierto nivel de coherencia interna.

Teniendo en cuenta los rasgos que distinguen a cada individuo, se puede decir que implementan dichos rasgos de carácter para conseguir algún tipo de éxito.

El DSM IV agrupa los trastornos de la personalidad en torno a 3 grandes tipos de características genéricas:

- I. Sujetos extraños: (esquizoides, esquizotípicos y paranoides).
- II. Sujetos inmaduros (histriónicos, narcisistas, antisociales y límite).
- III. Sujetos temerosos (evitadores, dependientes obsesivo compulsivos y pasivo agresivos).

## SUJETOS EXTRAÑOS

Consisten en un grupo de personas que se caracterizan por su incapacidad para mantener relaciones interpersonales debido a su **introversión**.

- 1) Son individuos mal socializados, viven socialmente aislados, en distintas formas de marginalidad. Les falta sintonía y calidez y tienen una especial dificultad para aprender las habilidades sociales más elementales.
- 2) Son individuos raros e impenetrables.
- 3) Carecen de sentido del humor y de intereses afiliativos.
- 4) Suelen ser fríos e inexpresivos. Desajustados emocionalmente.
- 5) Es fácil encontrarlos adheridos a sectas y a grupos extraños.
- 6) Son altamente vulnerables a la patología psiquiátrica, en particular a la Esquizofrenia y al uso adictivo de sustancias.
- 7) Presenten elevadas puntuaciones de psicoticismo y de esquizotipia, que es una construcción psicológica que expresaría la predisposición a la psicosis de tipo esquizofrénico.
- 8) Estos trastornos de la personalidad apenas se modifican a lo largo de la vida del sujeto.

Este agrupamiento comprende:

- Trastorno Paranoide de la personalidad
- Trastorno Esquizoide de la personalidad.
- Trastorno Esquizotípico de la personalidad.

## TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD PARANOIDE

Las personalidades paranoides se caracterizan por:

- 1) La desconfianza, la hipersensibilidad, la suspicacia. No solo desconfía de las motivaciones del otro, sino que busca indicios que confirmen su desconfianza, tienen propensión a dar significado a los detalles más insignificantes.  
Esta suspicacia lo mantiene hipervigilante e hipersensible, en estado de alerta. El paranoide es siempre el centro de atención persecutoria o aclamatoria (centralidad).
- 2) Son rectos, justicieros, racionales y normativos, rígidos, son generalmente litigantes, presentan una exageración de la preocupación por los valores morales, corren a los tribunales dispuestos a hacer valer su razón.

- 3) Son personas proclives a la autorreferencia y al entendimiento malévolo y hostil de las personas y circunstancias. No suelen tener amigos.
- 4) El pensamiento proyectivo es una de las características básicas de la personalidad paranoide.  
La proyección es un mecanismo de defensa por el cual se le atribuyen a los demás lo que resulta intolerable para ellos mismos.
- 5) El mundo hostil del paranoide, se basa en la sensación de que los otros sostienen sentimientos antagónicos y por lo tanto se relaciona con el mundo en forma defensiva (restricción afectiva).
- 6) Sus relaciones suelen basarse en la subordinación, ubican a las personas por encima o por debajo de ellos, y suelen ser desconsiderados y despóticos con los que considera inferiores y dóciles y obedientes con la autoridad.  
Esto explica el autoritarismo y la celotipía.

### **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOIDE**

Los sujetos esquizoides se caracterizan por:

- 1) Son individuos aislados, distantes, retraídos, no sociables, parecen indiferentes a la interacción personal por su frialdad y su nula expresividad emocional.  
Suelen vivir ensimismados y ausentes, como si su atención estuviese permanentemente dirigida hacia sus vivencias internas.
- 2) Presentan frecuentes quejas de vaciedad y les faltan temas para comunicar o intercambiar en una conversación. Las respuestas al interlocutor son cortas y a veces metafóricas.
- 3) Esta incapacidad para las relaciones sociales suele ir acompañada de vivencias autorreferenciales, fobias múltiples, mecanismos de evitación y alta disconformidad con la autoimagen.
- 4) Son vulnerables a los estados distímicos, a las reacciones desadaptativas, al consumo de tóxicos e incluso a episodios delirantes de corta duración.
- 5) La rareza del esquizoide se concreta en la introversión, el aislamiento y la vida al margen de la estructura sociofamiliar.

### **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICO**

Los esquizotípicos son los más raros entre los sujetos extraños. El desorden esquizotípico de la personalidad ocupa un lugar intermedio entre los desórdenes esquizoides y la esquizofrenia.

Se caracterizan por:

- 1) Son personas que llaman la atención por su aspecto externo desalineado y extravagante. Con frecuencia hablan solos de temas ininteligibles.
- 2) Son fríos e impenetrables, les falta un rapport adecuado, una sociabilidad.
- 3) Tienen una forma de comunicación extraña, el lenguaje no es claro y requiere ser interpretado. Solo comparten convicciones en torno a lo paranormal (telepatía, clarividencia, poderes ocultos, extraterrestres, etc.) y rituales esotéricos.
- 4) Tienen pensamiento mágico.
- 5) Casi siempre reciben el etiquetado social de enfermos psíquicos.
- 6) Suelen ser hospitalizados psiquiátricamente en algún momento de su biografía.
- 7) Es frecuente encontrar personalidades esquizotípicas entre los mendigos, los vagabundos, los marginados y entre los pertenecientes a sectas esotéricas.

	<b>Mec. de defensa</b>	<b>Origen</b>	<b>Curso y Pronóstico</b>
T. Paranoide de la personalidad	Proyección. Identificación proyectiva	Transformación de sentimientos amorosos en vivencias de odio y persecución, hostilidad.	Estadios previos de una psicosis. (Paranoia o Esquizofrenia)
T. Esquizoide de la personalidad	Disociación Intelectualización	Crianza fría, vacía sin empatía, deprivación temprana de los vínculos.	El 50% previo a la Esquizofrenia
T. Esquizotípico de la personalidad	Disociación Intelectualización	Es un cuadro común entre familiares biológicos de esquizofrénicos crónicos, es parte del espectro esquizofrénico	1/3 de los pacientes llega a tener episodios de Esquizofrenia.

## **SUJETOS INMADUROS**

### **TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD**

Tienen una profunda necesidad de protección y de gratificación por parte de otras personas.

Adoptan actitudes manipulativas, demandantes, exigentes, con lo que llenan sus necesidades de afecto y protección.

Las características principales de este trastorno de la personalidad son:

- 1) **Histrionismo (aparatosidad - sobreactuación).** Presentan una conducta exuberante, dramática, extrovertida, mientras los demás les dirigen la atención hacia ellos.
- 2) Estos individuos utilizan la seducción y el manejo de los demás para lograr que se los atienda, obtener lo que desean o para evadirse de situaciones desagradables.
- 3) **Incapacidad para modular su afectividad.** Si fracasan en su relación interpersonal surgen serios desajustes emocionales y conductuales ya que carecen de estabilidad emocional, son frecuentes los episodios depresivos o distimias y los bruscos cambios de humor.
- 4) **Llaman la atención por el dramatismo que ponen, por la teatralidad pero los afectos son rápidamente cambiantes, lo que los conduce a actitudes caprichosas, con estados de excitación e intolerancia a la frustración que los lleva al desajuste.**
- 5) **Se relacionan en busca de la aprobación. Se venden, son sexualmente provocativos. Cuando el medioambiente no les responde, sufren crisis.**
- 6) **Tienen tendencia a deformar la realidad y a refugiarse en lo fantástico.**

### **TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD**

Los individuos que presentan este trastorno tienen un sentimiento exagerado acerca de la importancia de su persona o están convencidos de poseer características peculiares que los diferencian de los demás.

Tienen fantasías de éxito ilimitado. Se muestran necesitados de que los demás les presten atención y los valoren en forma constante.

Se usa el término narcisismo como " la concentración del interés psicológico sobre el Self ".

- 1) **Narcisismo no significa sólo egocentrismo, sino que estos individuos también presentan una sobrevaloración de sus condiciones personales. Dirigen sus afectos hacia ellos mismos más que hacia los demás y desean que los demás, no sólo los reconozcan, sino que sostengan**

su autoestima.

- 2) Se consideran merecedores de trato privilegiado y se embarcan en fantasías de éxito y de prestigio.
- 3) Tendencia a la grandiosidad, a la autoimportancia y a la hipersensibilidad.
- 4) Son personas carentes de empatía, sin generosidad. Pueden ser duros y despiadados cuando se proponen vengarse o ganar poder. Desvalorizan las opiniones de los otros. Desdennan a los demás, se vuelven explotadores y se sienten con derecho a ser servidos.
- 5) Tienen una necesidad exhibicionista de atención y de admiración y son envidiosos y descalificadores con los que consiguieron reputación social.
- 6) Tienen a autocontemplarse, a cuidar su aspecto y adquirir todos los signos que reflejan un alto status social.

### **TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (BORDERLINE)**

Se caracterizan por presentar una “estable inestabilidad” en los afectos y la conducta.

Es el trastorno de la personalidad que no decide organizarse conductualmente.

Es la perturbación psiquiátrica más temible porque da lugar a sintomatología alternante a una velocidad que hace inoperantes a los tratamientos.

Son un tratado viviente de psiquiatría.

- 1) En los individuos con trastorno borderline hay impulsividad e impredecibilidad de sus actos.  
Las relaciones interpersonales son intensas e inestables. Hay severa angustia y falta de control de la misma.
- 2) La inestabilidad afectiva los lleva a una gran intolerancia a estar solos. También presentan inestabilidad de su propia imagen y de las relaciones interpersonales, lo que hace ingobernable la vida psíquica y la conducta.
- 3) Reacciones de ira y conductas agresivas por descontrol. Presentan conductas actuadas (acting out) hacia el alcohol, la droga, la automutilación, accidentes recurrentes, gestos suicidas, peleas y policirugía.
- 4) Tienen un sentimiento crónico de vacío interior. No toleran la soledad y son hipersensibles al rechazo. Frecuentemente consumen tóxicos y se los encuentra en ambientes marginales y cometen delitos.
- 5) Los síntomas pueden presentarse por agrupamientos donde predominen síntomas afectivos, connotivos o cognitivos. Durante las crisis

presentan una angustia abrumadora y fuera de las crisis, los afectos son poco manifiestos. Pueden presentar cortos períodos psicóticos.

- 6) Van recibiendo diagnósticos diferentes y no responden a los tratamientos.

## **TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD**

Los individuos que padecen este trastorno presentan patrones de conducta que se hallan en conflicto con la sociedad.

Son egoístas, insensibles, impulsivos e incapaces de sentirse culpables o de aprender a través de la experiencia.

Tienen una muy baja tolerancia a la frustración.

Sus características principales son:

- 1) Son individuos que comprenden intelectualmente, pero sin las connotaciones emotivas correspondientes.
- 2) Es una persona altamente asocial, agresiva e impulsiva que carece de sentido de culpa, y que es incapaz de crear, con las otras personas, lazos afectivos duraderos.
- 3) Siempre se gesta tempranamente, anterior a los 15 años, son chicos que mienten, roban, se escapan de su casa.  
Presentan al menos 3 de los siguientes síntomas:  
vagancia - delincuencia - expulsión de la escuela por mala conducta - fugas nocturnas de su casa - mentira persistente - relaciones sexuales casuales - robo - vandalismo - peleas frecuentes - violaciones a las reglas del hogar y de la escuela.
- 4) No se arrepienten. Se destacan por su frialdad y falta de miedo. La gente se aparta de ellos, dado que son muy fríos afectivamente y se muestran insensibles a los sentimientos de los demás.
- 5) Sienten placer compitiendo y humillando a las otras personas. Son crueles y maliciosos.
- 6) Buscan situaciones de riesgo y peligrosas.
- 7) Presenten alta impulsividad, irritabilidad y agresividad.
- 8) Incapacidad para mantener una conducta laboral adecuada, para actuar como padres, para aceptar las normas legales para mantener una pareja.

	<b>Mec. de defensa</b>	<b>Origen</b>	<b>Curso y Pronóstico</b>
T. P. Histriónico	Proyección, conversión, negación, regresión Disociación	Sexualización o erotización de las relaciones humanas fijación a la etapa oral del desarrollo libidinal	o Existe un mejoramiento gradual a medida que avanzan en edad. 1/3 casos el cuadro se atenúa.
T. P. Antisocial	Proyección Disociación, Identificación Proyectiva	Se trataría de un fracaso en la socialización. Deprivación afectiva precoz. Herencia	Curso irreversible
T. Narcisista de la personalidad	Idealización Identificación	Desarrollo errado del Self en la niñez, autoestima crónicamente frágil, mala relación de los padres con sus niños. Fijación pre edípica.	Cambian poco
T. Límite de la personalidad (Boderline)	Disociación Splitting Identificación Proyectiva Acting out	Etiología genética y psicológica - individuación - predisposición familiar a los desórdenes afectivos, abuso familiar (sexual), - incapacidad para tolerar el estrés.	- Cambian poco - Riesgo suicida

## SUJETOS TEMEROSOS

Constituyen un grupo de individuos caracterizados por un miedo patológico que determina la biografía del sujeto.

- 1) Son personas extrañamente sensibles a las señales de castigo, a las cuales responden con intensas reacciones emocionales.
- 2) Son individuos incapaces de adquirir estrategias de afrontamiento ade-

cuadas que da lugar a que presenten conductas explosivas, desorganizadas y mal dirigidas que alternan con el retraimiento y la inhibición. Estos comportamientos no sólo son inútiles como recursos para afrontar el miedo, sino que agregan nuevos conflictos en las relaciones interpersonales.

- 3) No se valen de la acción para adquirir seguridad emocional y control y por eso recurren a la fantasía, supersticiones, y a vinculaciones parásitas que son ambivalentes y conflictivas, ya que oscilan ente la hostilidad acusatoria y el maternazgo sobreprotector.
- 4) Temen hacer el ridículo, a sus semejantes, temen fracasar y en general temen ante cualquier incertidumbre y cualquier novedad.
- 5) Son personas introvertidas y con elevadas puntuaciones de neuroticismo.
- 6) La diferente expresión clínica de cada trastorno parece depender de las estrategias que el sujeto pone en marcha para defenderse de la ansiedad, una vez fracasada la adquisición de los aprendizajes adaptativos.

Este agrupamiento de trastornos de la personalidad comprende:

- ◆ T.P. por Evitación - T.P. por Dependencia - T.P. Obsesivo compulsivo  
- T.P. Pasivo Agresivo

## **SUJETOS TEMEROSOS**

### **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD OBSESIVO COMPULSIVO**

Los individuos con este trastorno de la personalidad presentan una limitación para la expresión emocional.

En su vida diaria son ordenados, perseverantes, obstinados e indecisos. Se muestran escrupulosos, con una conciencia y una crítica exageradas en cuanto a sí mismos y a los demás.

- 1) Son individuos con limitación emocional. Están invariablemente malhumorados o tristes, cubren estas características con un aire de austeridad y seriedad y control emocional permanente.
- 2) Presentan pérdida de la flexibilidad y de la espontaneidad de su conducta y actitudes frente a los proyectos.  
Tienen tendencia a delatar la concreción de las cosas.
- 3) Son ordenados, limpios, meticulosos, perseverantes. Son normativos. Utilizan largas listas con cantidades de obligaciones y tareas por realizar.
- 4) Por el exceso de responsabilidad y la seriedad con que ejercen sus tareas, les resulta difícil un adecuado uso del tiempo libre.

- 5) Son indecisos y tienden a dudar sistemáticamente, por lo que recurren a continuas repeticiones y comprobaciones. No toleran la menor incertidumbre.
- 6) A medida que logran una mayor adaptación al ambiente, presentan mayor dificultad para poner distancia y poder dedicarse a cumplir sus objetivos. (work - alcoholics o dependientes del trabajo).
- 7) Tienen miedo a todo y viven atrincherados en un mundo a la defensiva.
- 8) Son escrupulosos con el orden social, les aterra la posibilidad de transgresión.
- 9) Son disciplinados.
- 10) Se sienten empujados a comprobar o repetir conductas rituales a pesar de reconocerlas racionalmente como supersticiosas.

### **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA**

Este grupo de individuos se caracteriza por sentimientos de apego y dependencia en una dimensión excesiva que los hacen desadaptativos e inflexibles.

- 1) Tienen una marcada necesidad de que se les brinde afecto y de recibir aprobación social. Viven de acuerdo a los deseos de los otros, ya que entregan su poder de decisión para someterse a la voluntad de los demás.
- 2) Son individuos que subordinan sus propias necesidades a las de los demás. Tratan de complacer permanentemente y evitan todo aquello que pueda disgustar a la persona de quien dependen.
- 3) Permiten que los otros asuman responsabilidades en áreas importantes de su vida, por falta de confianza en sí mismos. La autoestima que presentan es sólo la que deriva de la que le aportan los demás. Su autoestima es nula y presentan abundantes sentimientos de insuficiencia.
- 4) Tienen miedo a la soledad. Si son abandonados por aquellos con los que estaban relacionados, rápidamente tienden a relacionarse con nuevas personas.
- 5) Se consideran incapaces de vivir por cuenta propia y por esto se adhieren a otras personas en forma subordinada y obediente.
- 6) Tienen la necesidad de un reaseguro del medio, en cuanto a lo que dicen o hacen. Tienden a denigrarse como medio para alcanzar ese reaseguro dado por los demás, o para afianzar la dependencia.
- 7) Sienten miedo a la discrepancia y/o a la tensión interpersonal y en

cualquier relación son el miembro pasivo.

- 8) Cuando están sometidos, apoyados o conducidos por un apareja nutriente funcionan socialmente en forma adecuada. Cuando pierden este sostén se abandonan, se vuelven tensos, aumentan sus temores, los sentimientos de infelicidad y la depresión.
- 9) Adquieren su ubicación social haciendo "cosas buenas" o intentando halagar al otro, cree que con esas conductas tienen permiso o autorización para vincularse o ser aceptado por los otros.
- 10) La dependencia involucra un sistema particular de pensar, sentir y conducirse.

Las conductas dependientes son autodestructivas para los individuos.

## **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN**

Este trastorno de la personalidad se caracteriza por que los individuos presentan una actitud persistente de rechazo al establecimiento de relaciones con los demás, a pesar de que poseen un fuerte deseo de mantener esas relaciones. Como resultado de la conducta evitativa, se va estableciendo un notable deterioro de su funcionamiento social y ocupacional.

No son individuos asociales, sino tímidos y desarrollan una gran sensibilidad a ser rechazados o humillados por los demás.

Presentan un gran deseo de compañía de otras personas, pero necesitan que les demuestren que los aceptan sin hacerles la menor crítica.

- 1) Tienen una hipersensibilidad al rechazo, temen la evaluación negativa de los demás, y no toleran la crítica ni hacer el ridículo.
- 2) Desean la seguridad que les ofrecen los demás, buscan la presencia de otros seres humanos y necesitan de su calor humano, pero justifican su tendencia a evitar las relaciones humanas por el miedo al rechazo y a la humillación.
- 3) Debido al temor al contacto social, carecen de recursos para la interacción personal, de este modo recurren a estrategias de evitación para liberarse del hecho de sentirse examinados.
- 4) Interpretan erróneamente los comentarios de los demás. El enfrentarse a una mínima actitud de rechazo los lleva a aumentar su aislamiento social.
- 5) Generalmente se los encuentra en profesiones marginales, son personas con poco interés por su avance personal o por el ejercicio de autoridad. Desaprovechan oportunidades laborales por temor a la responsabilidad.

- 6) Se muestran tímidos y hacen esfuerzos por agradar al prójimo.
- 7) Tienen rasgos de autodesvaloración. Baja autoestima y son frecuentes los episodios depresivos o estados de ansiedad.  
El rasgo más característico es el deseo de una relación vincular, pero con temor.

### **TRASTORNO PASIVO - AGRESIVO DE LA PERSONALIDAD**

Muestran una tendencia encubierta a obstruir o delatar la concreción de una tarea, ya sea por obstinación o ineficacia.

Son resistentes a las exigencias de los demás o de la autoridad, por medio de conductas de oposición y/o obstrucción.

Tienen una historia de trabajo profesional y/o laboral donde han dependido de patrones o superiores, lo que genera en ellos resentimientos.

- 1) Son personas que postergan el cumplimiento o se resisten a las demandas de 3ros., utilizan la excusa o encuentran defectos en sus superiores como mecanismo para no cumplir las tareas encomendadas.  
No son conscientes de que pueden negarse a una solicitud con actitudes y conductas diferentes.
- 2) Se camuflan a veces entre otra sintomatología psiquiátrica, pero se hacen más patentes en el ámbito laboral.
- 3) Viven contrariados, siempre ponen objeciones a todo, discuten por cualquier motivo y viven en un perpetuo estado de irritación y del mal humor.
- 4) Son propensos a la suspicacia.
- 5) Intentan manejar las relaciones interpersonales, pero siempre en un marco situacional de dependencia, donde ven a las figuras de autoridad como arbitrarias e injustas.
- 6) Tendencia a transferir a los demás la responsabilidad del cumplimiento de las obligaciones propias, culpando a los otros de las dificultades y problemas.
- 7) Toman venganza por las actitudes que supuestamente tienen los demás con ellos, utilizando actitudes pasivas, de resistencia, de sabotaje.  
La venganza siempre es a través de procedimientos indirectos como agresiones encubiertas; boicoteos, pequeños sabotajes, obstrucciones en general.
- 8) En los lugares donde hay esta clase de personas suelen desaparecer las cosas, estropearse mucho los aparatos, perderse los documentos y circular anónimos.

	<b>Mec. de defensa</b>	<b>Origen</b>	<b>Curso y Pronóstico</b>
T. P. O. C.	Racionalización aislamiento for- mación reactiva Anulación retro- activa	Herencia, fijación en la etapa anal. Refuerzo cultura de los rasgos de perso- nalidad obsesivos	Variable e impre- decible. Los síntomas pue- den evolucionar a la depresión.
T.P. por Dependencia	Negación Identificación Represión Proyección	Herencia, fijación oral. Padres autori- tarios y sobrepro- tectores. Tendencia al conformismo, y temperamentos débiles.	Muy reservado por la dependen- cia a una rela- ción estable o por el aislamien- to si está solo débiles.
T.P. por Evitación	Evitación Desplazamiento Proyección Represión	El temperamento y los factores de socialización jue- gan un rol causal. Sobreprotección paterna o padres que los rechazaron y los desvalorizaron	Pronóstico malo Riesgo suicida.
T.P. Pasivo		Factores relaciona- dos con la crianza, padres agresivos	Reservados, 40% internados Riesgo suicida

## CAPÍTULO VII

### TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Los trastornos del estado de ánimo han recibido diferentes nominaciones a través del tiempo como trastornos afectivos o del humor; son siempre vivencias afectivas patológicas que generan respuestas afectivas excesivas las cuales se manifiestan en la conducta; estas pueden ser causadas en forma endógena o motivadas psicológicamente.

Bajo esta denominación agrupa a los Trastornos Bipolares y a los Trastornos Depresivos; diferenciando dentro de los Depresivos Mayor y a la Distimia y dentro de los Bipolares, el Trastorno Bipolar y la Ciclotimia.

#### **A - TRASTORNOS BIPOLARES. {Psicosis maníaco depresivas}**

Con episodios o períodos de manía o hipomanía, solos o asociados a depresiones.

El DSM IV diferencia los siguientes cuadros:

296,6x - Trastorno bipolar mixto [depresión intensa o mayor, entremezclada con manía dentro del mismo episodio].

296,4x - Trastorno bipolar, maníaco [episodios maníacos y episodios depresivos mayores separados, con el episodio actual maníaco].

296,5x - Trastorno bipolar, depresivo [episodios maníacos y depresivos mayores separados, con el episodio actual depresivo].

301,13 - Ciclotimia [alteración crónica, 2 años o más del estado de ánimo con alternancias de depresión moderada y de hipomanía. Algunos lo consideran una variante más benigna del 296,6x].

296,70 - Trastorno bipolar, sin otra especificación [grupo residual para cuadros bipolares atípicos].

#### **Características de los trastornos bipolares.**

1. La característica esencial es la alternancia de episodios maníacos y depresivos.
2. No reconocen motivo desencadenante claro, en apariencia, respecto de la intensa repercusión psicológica que provocan.
3. Tampoco existen evidencias comprobables, al momento actual, de un

componente somático que haya determinado la aparición del cuadro y que lo mantenga.

4. El comienzo suele ser solapado, insidioso y progresivo.
5. Existen antecedentes heredo familiares.
6. Aparecen en la juventud, generalmente entre los 15 y los 30 años, aunque la forma Unipolar puede ser más tardía.
7. Son habituales las alteraciones del sueño.
8. Evolucionan por fases periódicas, con intervalos libres entre cada episodio {las recurrentes}.
9. Algunas formas, dejadas a su libre evolución, pueden incrementar el número y frecuencia de ciclos.
10. Durante estos intervalos demuestran rasgos de pulcritud, orden y perseverancia, lo que puede semejar una Neurosis Obsesiva.
11. El tiempo que transcurre {intervalo libre} entre cada episodio se va acortando cuantos más se han padecido.
12. No padecen deterioro o defecto como lo experimentan la psicosis procesuales. Sin embargo, la recurrencia puede llevar a la incapacidad.
13. La aparición de algunos cuadros parece guardar relación con los cambios estacionales {depresión estacional}.
14. No son el epifenómeno de otra alteración psicopatológica previa.

En el año 1975 se habla de 2 tipos de Enfermedades Bipolares.

**TB 1:** aquellos en los que el paciente ha tenido un episodio de manía que necesitó hospitalización.

**TB 2:** con cuadros depresivos que necesitaron hospitalización y cuadros hipomaníacos. { > índice de suicidios o de intentos }.

Otro cuadro bipolar CICLOTIMIA: {oscilaciones menores o más leves de euforia y/o depresión alternantes}.

Evolucionan por fases: episodio con irrupción de síntomas agudos incomprensibles psicopatologicamente pero no dejan secuela (restitución ad integrum). Tienen un curso cíclico.

### **SINDROME DE EXCITACIÓN PSICOMOTRIZ.**

1. Observación: Hay una exageración de la indumentaria y del porte. La expresión del rostro y la actividad general del cuerpo es variable: en los casos ligeros { hipomanía } es de alegría, en casos más avanzados es cambiante con un aumento de la actividad motriz y en casos

extremos se observan la ira, los músculos en tensión y se puede llegar al furor maníaco.

2. Atención: Paraprosexia con aumento de la atención espontánea y disminución de la atención voluntaria.
3. Sensopercepción: La percepción es acelerada pero es muy superficial y son muy frecuentes de observar las ilusiones.
4. Ideación: El capital ideativo es normal, lo que se perturba es el flujo de ideas, que está muy acelerado. No son raras las ideas delirantes aunque se caracterizan por su escaso vigor y repercusión, son generalmente ideas de tinte megalómano.
5. Asociación de Ideas: El ritmo asociativo se encuentra muy acelerado lo que lleva a realizar asociaciones muy fugaces y laxas que conoce como FUGA DE IDEAS.
6. Juicio: Se encuentra desviado por la gran exaltación afectiva.
7. Pensamiento: Debido a la fuga de ideas, el pensamiento presenta un curso muy acelerado lo que lo transforma en un pensamiento incoherente. Puede presentar en el contenido ideas delirantes {megalómanas y paranoides}.
8. Memoria: La memoria de fijación se encuentra disminuída por disminución de la atención {hipomnesia de fijación}. La evocación es perfecta, es frecuente la hiperpnnesia debido a la taquipsiquia.
9. Afectividad: Se observa una gran exaltación afectiva y labilidad afectiva debido a la liberación del control cortical.
10. Actividad: Es exagerada, el individuo se encuentra en constante movimiento, hay una marcada logorrea con obscenidades, también se observa graforrea. Hiperbulia improductiva.

### **TRIADA DIAGNÓSTICA.**

- a) Psíquico:      1. Hipertimia placentera [ euforia vital ].  
                         2. Paraprosexia.  
                         3. Fuga de ideas.
- b) Motor:          Hiperbulia improductiva - hiperpcinesia.

### **FORMAS CLÍNICAS.**

1. Excitación simple: Estado de alegría y ligera euforia, sensación de bienestar y satisfacción, fácil sintonía con el ambiente.

2. Hipomanía: Hay un grado mayor de excitación, el enfermo se descontrola por la exaltación afectiva que desvía la crítica.
3. Manía: Mayor exaltación y mayor descontrol del juicio.
4. Manía Aguda: La excitación, mucho más intensa impide lograr la tranquilización del enfermo.
5. Manía Sobreaguda: {Furor Maníaco} Grados extremos de excitación, el enfermo se vuelve muy peligroso.

### **ETIOLOGICAMENTE:**

1. Manía esencial {endógena}
2. Manía sintomática {secundaria a intoxicación alcohólica, demencia senil, parálisis general progresiva y esquizofrenia}.
3. Manía psicógena {histeria}.

### **B - TRASTORNOS DEPRESIVOS. {con episodios o períodos depresivos solamente}.**

En estos cuadros encontramos diferentes síntomas, como por ej.; el estado de ánimo deprimido, pérdida del interés o de la capacidad de experimentar placer, agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de la energía, sentimientos de inutilidad, ruina, culpa o de responsabilidad por desastres que ocurren más allá de cualquier posibilidad real.

También son habituales las alteraciones del sueño, del peso, del apetito y del deseo sexual.

El DSM IV se refiere a los siguientes cuadros:

296,2x - Depresión mayor, episodio único {síndrome depresivo completo, de días o meses de duración}.

296,3x - Depresión mayor, recurrente {varios episodios de depresión mayor}.

300,40 - Distimia {alteración crónica, 2 años o más, del estado de ánimo con síndrome incompleto de depresión}.

311,00 - Trastorno depresivo, sin otra especificación {grupo residual para cuadros depresivos atípicos}.

### **DISTIMIA {Neurosis Depresiva - Carácter melancólico}.**

- A) El DSM IV refiere que se trata de una perturbación crónica del humor, que involucra el humor depresivo, por lo menos en los dos últimos años y puede ir acompañado por algunos de los síntomas asociados.

**B)** Presencia, mientras deprimido, de por lo menos dos de los siguientes síntomas:

1. Poco apetito o hiperfagia.
2. Insomnio o hipersomnía.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Pobre concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimiento de desesperanza.

**C)** Durante un período de dos años de la perturbación, nunca ha estado sin síntomas por más de dos meses.

El paciente que padece una Distimia se ha acostumbrado a convivir con su perturbación, y espera mejorarse en algún momento.

Es necesario incorporar a esta clasificación la Perturbación Afectiva Estacional {Seasonal Affective Disorder} que se presenta en el paso del otoño al invierno.

Este cuadro es recurrente, con características más hipoanérgicas que afectivas, pero la recurrencia hace que el paciente se sienta con una "espada de Damócles" al comenzar cada cambio estacional.

En primavera/verano algunos cuadros suelen cursar con hipomanía o franca manía. El cuadro clínico cursa con una profunda astenia y adinamia, somnolencia, enlentecimiento psicomotor y lo que termina de colocar el sello es el altísimo consumo de hidratos de carbono (dulces) que realiza.

Esta perturbación estaría, según algunos autores, en relación con el fotoperíodo y su incidencia en la secreción de melatonina. Resultado de ello es la indicación de fototerapia.

### **SINDROME DEPRESIVO.**

1. **Observación:** La expresión de tristeza en el rostro, los hombros caídos, la lentitud de los movimientos, el entrecejo fruncido con la llamada omega melancólica, la vestimenta poco cuidada, el paso lento, el tono bajo de la voz, las quejas, las lágrimas, la vista perdida y la cabeza inclinada hacia abajo.
2. **Atención:** A primera vista impresiona muy disminuída, pero esto es sólo en apariencia y por la gran introversión, ya que su atención está particularmente dirigida a los temas relacionados con su estado. No les interesa nada de lo exterior.
3. **Sensopercepción:** En los estados depresivos la percepción del tiem-

po se hace puntual, solo se registra un presente cargado de ansiedad, culpa, tristeza, ineptitud, fracaso. Los logros del pasado no cuentan y las posibilidades del futuro no existen.

Cuantitativamente disminuida por la falta de interés hacia el mundo externo, en cambio aumentada hacia el mundo interno.

Cualitativamente pueden observarse algunos fenómenos alucinatorios, casi siempre cenestésicos referidos a distintos órganos y son más frecuente de observar en los casos crónicos.

- 4. Ideación:** Es cuantitativamente normal, pero el flujo de ideas es lento por la bradipsiquia. Cualitativamente se observan ideas delirantes por la exaltación afectiva, son de impotencia, de ruina, de auto culpabilidad, de suicidio.
- 5. Asociación de Ideas:** Se hace lentamente por la bradipsiquia, pero su coherencia es normal.
- 6. Juicio:** Puede estar desviado por la exaltación afectiva.
- 7. Pensamiento:** Curso lento, contenido es frecuente el delirante, por ej.: delirio hipocondríaco, ideas de ruinas y autoculpabilidad, ideas de indignidad y autoacusación que llevan al suicidio. En los casos crónicos se pueden observar sentimientos de negación y de no existencia como el delirio de Cottard, o nihilista.
- 8. Memoria:** No hay alteraciones groseras, mientras dura la depresión se hace más difícil retener información especialmente si no está conectada con las vivencias penosas o vinculadas al estado depresivo. Memoria de fijación deficiente. Memoria de evocación se reciente para los acontecimientos recientes, pero es correcta para los hechos del pasado.
- 9. Conciencia:** No hay alteraciones groseras, si bien el desinterés que llega a ser muy intenso en los casos graves, puede hacer suponer cierto grado de obnubilación de la conciencia, leve y fácilmente descartable si se exige la atención del investigado.
- 10. Orientación:** No hay alteraciones, también por desinterés puede observarse errores en las fechas.
- 11. Afectividad:** En esta función se objetivan los síntomas y signos más importantes del síndrome depresivo. La emoción es permanentemente de tristeza, el aspecto de estos pacientes hace suponer la existencia de sentimientos penosos que se confirman con el relato. Sufren, se sienten culpables, otros se abruma con supuestas responsabilidades. La vivencia de fracaso y de imposibilidad de salida

de la situación en la que se encuentra les hace considerar la vida sin sentido, ya que no vislumbran ninguna posibilidad de cambio. Algunos pacientes refieren un sentimiento de soledad y abandono, una sensación de desamparo y una búsqueda de apoyo, ayuda, estima, afecto que hacen a veces muy difícil la respuesta reparadora del entrevistador.

Prevalece el estado displacentero en el tono afectivo.

**12.Actividad:** Lo que se observa con mayor frecuencia es la inhibición motora expresada ya sea a través de una lentificación de los movimientos en los estados más leves, hasta la inmovilidad y permanencia en cama en los casos más graves. La actividad motriz está muy disminuída, son características, la inmovilidad, la actitud de cavilación y el ensimismamiento.

Puede observarse también una disociación entre las áreas afectiva y motora.

**13.Perturbaciones Somáticas:** Digestiones laboriosas, estreñimiento, hipotensión arterial, edema, cianosis, disminución de la temperatura de miembros inferiores, astenia, impotencia y amenorrea. Disminución de la libido en ambos sexos.

**14.Perturbaciones del Sueño:** La alteración del sueño mas a menudo asociada a un episodio depresivo mayor es el insomnio medio o el tardío. También se puede presentar el insomnio inicial y menos frecuentemente los sujetos se quejan de exceso de sueño {hipersomnia}.

## FORMAS CLÍNICAS.

1. Melancolía simple: La descripta.
2. Melancolía delirante: Cuando se agregan concepciones delirantes hipocondríacas, de ruina o el delirio de Cottard.
3. Melancolía ansiosa: La ansiedad interviene como componente de los estados melancólicos en forma de crisis paroxísticas, se originan en el desasosiego alteraciones cenestésicas.  
Se observa un enfermo muy intranquilo, en constante movimiento que grita, llora o gime. Su rostro refleja angustia y desesperación.
4. Melancolía estuporosa: Generalmente aparece luego de un período de melancolía simple o delirante. Se caracteriza por la inmovilidad { el enfermo en una posición determinada no habla ni efectúa ningún gesto ni reacciona ante los estímulos }, no se alimenta y frecuentemente se observa gatismo.

## **CLASIFICACIÓN SEGÚN LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA.**

Esta clasificación se basa en la observación de los síntomas y los signos en las hipótesis etiológicas, en la evolución y en las respuestas terapéuticas. Tiene en cuenta especialmente los aspectos fenoménicos.

1. Depresión endógena
2. Depresión sintomática
3. Depresión involutiva
4. Depresión secundaria
5. Depresión reactiva.

### **1.- Depresión endógena o depresión mayor.**

El término endógeno indica que no tiene una causa externa evidente, parecen surgir en forma espontánea y tienen tendencia a la repetición.

Como la interpretación de la realidad se halla distorsionada (juicio desviado) y con frecuencia aparecen delirios y alucinaciones, hablamos de Depresión psicótica.

Esta denominación corresponde a la fase depresiva de la psicosis maníaco depresiva. Descrita por los clínicos franceses y alemanes del siglo XIX, se caracteriza por aparecer sin que pueda detectarse una causa en el relato que hace el paciente. No es una reacción emocional a una pérdida. Evoluciona por episodios o fases, a veces de remisión espontánea. El primero aparece alrededor de los 20 años, a veces pasa casi inadvertido para la familia. Puede presentarse el síndrome completo o sólo algunos pocos síntomas o signos. Merece especial mención, particularmente cuando aparece como único síntoma, la inhibición psicomotriz, que puede ser sentida por el paciente como cansancio o desgano.

Algunos pacientes tienen solamente episodios de depresión (depresión monopolar recidivante) y otros pacientes solo presentan episodios maníacos. Puede presentarse en un mismo individuo la alternancia de estos ciclos.

La naturaleza cíclica, a menudo sin causa externa aparente que la desencadena y la elevada frecuencia en algunas familias indican una causa genética de la psicosis maníaco-depresiva.

Se encuentran frecuentemente antecedentes de problemas similares en la familia y también de la otra psicosis endógena, la esquizofrenia. Se trata con antidepresivos. La psicoterapia es útil en los períodos de interfase. Permite que los pacientes tengan más clara conciencia del comienzo de sus estados y consulten. Soluciona también los aspectos neuróticos que muchas veces agraven el cuadro.

## 2.- Depresión sintomática.

Los clínicos son quienes conocen mejor este tipo de depresiones que son un síntoma más de algunas patologías prevalentemente orgánicas, como la hepatitis, la brucelosis, la gripe, la intoxicación por plomo, etc. El tratamiento que puede efectuar el especialista estará particularmente en relación con el nivel de depresión. Éste estará más vinculado al monto de rasgos depresivos que a la enfermedad orgánica causante.

### **Depresiones secundarias o sintomáticas: {DSM IV: Trastorno afectivo orgánico}.**

Como su nombre lo indica, son depresiones sintomáticas, secundarias a patologías orgánicas de diferentes etiologías; una vez resuelta la causa que la provoca, la depresión mejorará.

Entre ellas podemos citar las siguientes causas:

1. **Endocrinológicas:** hiper e hipotiroidismo, hiperadrenocorticismo, hiper e hipoaldosteronismo.
2. **Tumorales:** los tumores del aparato digestivo suelen acompañarse de depresión.
3. **Neurológicas:** Parkinson, la depresión puede preceder a las manifestaciones extrapiramidales e incluso durante un tiempo ser su única expresión. Esclerosis múltiple. Enfermedad de Huntington.
4. **Sistémicas y/o autoinmunitarias:** Lupus eritematoso sistémico.
5. **Tóxicas:** plomo, mercurio, monóxido de carbono (crónicamente), alucinógenos.
6. **Drogas:**
  - a) Antihipertensivas: reserpina, alfa-metil-dopa, guanetidina, clonidina. El efecto depresógeno de estas drogas es severo.
  - b) Neurolépticos: Es un efecto importantísimo a descartar la depresión secundaria inducida por los neurolépticos respecto de la hipoabulia del paciente crónico.
  - c) Corticoides: también pueden producir excitación.
  - d) Anticonceptivos orales: El efecto depresivo es el efecto colateral más habitual, más aun en mujeres con antecedentes o predisuestas.
  - e) Analgésicos.
  - f) Depresores del SNC: el más común es el alcohol.

**g) Antineoplásicos.**

**3.- Depresión involutiva.**

Se trata de una depresión de intensidad psicótica que ocurre en el climaterio sin antecedentes de psicosis maniaco-depresiva.

Este cuadro se presenta en un período particular de la vida que llamamos involución y que no implica ningún tipo de deterioro. Es éste el tiempo en el que desaparecen las menstruaciones en la mujer y disminuye la potencia en el hombre. En la esfera afectiva, los cambios en la familia y en el trabajo inciden muy especialmente en el área de las emociones. Los hijos son adolescentes o se independizan o se van del hogar paterno. Los vínculos con estos hijos y también con los padres y con la pareja, que se fantasearon como estabilizados, sufren nuevos cambios sustanciales, que son más difíciles de tolerar porque, de todos modos, el futuro se achica y los logros que no se consiguieron resultan más difíciles de alcanzar. Los hijos son nuevos interlocutores válidos y los propios padres empiezan a dejar de serlo para transformarse muchas veces en nuevos hijos, dependientes y no deseados como tales.

Muestran en este período una especial intolerancia a situaciones de pérdida, ya se trata de una situación claramente identificable, como puede ser la pérdida de un trabajo o el casamiento de un hijo preferido con una pareja no deseada o, con mucha frecuencia, pequeños cambios que podrían ser tolerados adecuadamente por una personalidad bien estructurada. En estos casos suele ser difícil detectar estas pequeñas pérdidas, porque sólo pueden entenderse como tales si se esclarece de entrada la especial significación que tienen para el paciente, ya que se trata de situaciones que pueden incluirse dentro de la evolución normal de una familia o de una persona.

El diagnóstico se hace teniendo en cuenta el tipo de personalidad, la edad de aparición, el tipo de pérdidas y la gran ansiedad que, en general, acompaña a estos cuadros.

Son comunes las ideas delirantes, frecuentemente relacionadas con el cuerpo o el funcionamiento orgánico. También se presenta agitación y angustia.

**4.- Depresión secundaria.**

Están incluídas en esta categoría las depresiones de muy distinto nivel de gravedad que se presentan como consecuencia de problemas que afectan particularmente el área de lo psicológico o como reacción a ellos. Me refiero, por ej.; al estado depresivo que se observa en algunos

casos de neuróticos obsesivos graves que se ven inutilizados por los síntomas. También están presentes estas depresiones en los estados posteriores a problemas vasculares {demencias arterioescleróticas de comienzo} en los que el paciente asiste a su deterioro.

### **5.- Depresión reactiva o exógena.**

Son las depresiones precipitadas por acontecimientos del medio ambiente, a los que responde el paciente.

El origen está fuera del individuo y éste reacciona a la causa desencadenante.

También se la conoce como depresión neurótica ya que generalmente se halla intacta la facultad del paciente para comprender y evaluar la realidad (juicio conservado).

Es necesario insistir en la importancia de la psicoterapia y la contraindicación de los psicofármacos antidepressivos que descalifican el valor terapéutico de la palabra y hacen suponer al paciente que la solución puede venir de afuera hacia adentro en forma de una pastilla que se ingiere.



## CAPÍTULO VIII

### PSICOSIS DELIRANTES DELIRIOS

El primer problema a plantear es la distinción entre idea delirante y error.

Toda idea delirante sería:

- a) una representación falseada por la enfermedad,
- b) un error de causa patológica,
- c) de carácter incorregible ( irreductibilidad ),
- d) de carácter absurdo o inverosimilitud.

El término "delirio" se aplicó, en primer lugar, a un trastorno profundo y global de la vida psíquica, tal como se manifiesta en clínica en los estados de confusión y de agitación.

Fue así como la palabra "delirium" se reservó a las psicosis delirantes agudas como "Delirium tremens" o "Delirio febril" {Delirios Agudos}.

#### **DELIRIO: Definiciones.**

Es una perturbación del contenido del pensamiento, producto de un juicio desviado y tendencioso, que elabora una trama más o menos compleja y más o menos verosímil o absurda, pero siempre patológicamente errónea y de cuya realidad el enfermo tiene completa certeza y se mantiene irreductible en sus convicciones.

Para H. Ey: Es una radical modificación de las relaciones del individuo con la realidad, es decir, la alienación del yo, consiste en una inversión de las relaciones del yo con su mundo.

Psicoanalíticamente el delirio debe ser considerado como una estructura que emerge en el psiquismo sin que medien circunstancias externas al sujeto que justifiquen y den consistencia racional a las ideas que la componen y que por otra parte son incorregibles por la experiencia, la angustia o el razonamiento.

"La característica de las ideas delirantes es que su aparición depende de necesidades y fantasías internas, siendo, una vez instauradas, inaccesibles a la influencia del médico o de las personas que rodean al sujeto. Por lo tanto, debemos considerar que una idea es o no deliran-

te, ya que lo primordial estriba en el mecanismo inconsciente por el que ha legado a determinado convencimiento de manera que, incluso, puede darse que una idea sea cierta y delirante al mismo tiempo”.

La estrecha vinculación que existe entre las ideas delirantes y las fantasías inconscientes es la que hace que el delirio sea incorregible e influenciabile. Por otra parte, el contenido del delirio es parte de una realidad histórica, infantil del sujeto. En última instancia, esto pone de relieve que el delirio nace del mundo intrapsíquico.

## **CLASIFICACIÓN DE LOS DELIRIOS.**

**A) Según su estructura:** Los podemos clasificar como sistematizados o no sistematizados.

Son sistematizados cuando las ideas delirantes constituyen un método inmovible que forma parte de la personalidad del enfermo, teniendo una coherencia interna que le permite mantenerse dentro de límites, que dan peso y consistencia a su argumento. Dichas ideas no se desgastan y no pierden fuerza afectiva. Todo conocimiento o todo hecho pasa a ser englobado en el sistema delirante, que puede ser mono o pluritemático, pero siempre organizado y coherente.

Los delirios no sistematizados, en cambio, no poseen orden ni claridad, son como un conjunto de creencias delirantes diferentes, que no poseen fuerza propia, ni se consolidan en un sistema que agrupe y anexe las ideas en forma unitaria, por lo cual el delirio va careciendo de fuerza y se empobrece con el transcurso del tiempo.

**B) Según sus contenidos:** encontramos una extensa variedad, de la cual tomaremos los ejemplos más representativos.

**a) Delirio de persecución:** es un delirio en el que el sentimiento predominante es el temor al ataque, el rapto, el atropello ocasionado por parte del resto de la gente, seres y objetos que están acechando permanentemente la vida del delirante.

La formación del delirio de persecución se facilita por el mecanismo de la proyección, que lleva fácilmente a interpretaciones incorrectas de la realidad. Sirve para aliviar la ansiedad de la culpa; y como una medida más para contrarrestar el ataque a la autoestima.

**b) Delirio de perjuicio:** es una variedad del delirio de persecución que consiste en la creencia del enfermo de ser víctima de hostilidades y molestias que lo llevan a sentirse constantemente disconforme y desvalorizado.

**c) Delirio hipocondríaco:** el enfermo experimenta perturbaciones

cenestésicas o sensaciones que lo conducen a ideas delirantes acerca de enfermedades incurables que padece, órganos inexistentes, etc.

- d) **Delirio de grandeza:** el sentimiento de omnipotencia impera y el delirante se siente capaz de efectuar toda clase de actos, hazañas y milagros, creyéndose un gran personaje, que a veces asume una forma histórica, mística o extraterrena. Los delirios de grandeza se originan en el sentimiento de incapacidad, inseguridad o inferioridad, cuyo reconocimiento consciente se impide por los componentes afectivos o ideativos exagerados del delirio; el contenido de los delirios de grandeza indica muy frecuentemente la naturaleza de las frustraciones previas. Su significado simbólico no es habitualmente muy complicado y se analiza muy fácilmente.
- e) **Delirio místico:** coincide con sentimientos placenteros que conducen a estados vividos como de buenaventuranza; por lo general va asociado con alucinaciones en las que santos, vírgenes y dioses se comunican con el enfermo beatificándolo y constituyéndolo en su elegido y enviado para propagar su mensaje en la tierra.
- f) **Delirios pasionales:** se llama así a un conjunto de delirios en los que la estructura típica se encuentra exacerbada, y se revela como una afectividad patológica, en cuanto sus contenidos son esencialmente imaginativos, cristalizados, inconmovibles e impermeables a toda evidencia. Dentro de estos delirios de exaltación pasional distinguimos: el celotípico y el erotomaníaco.
  - a) **Delirio celotípico:** se basa en una situación triangular en la que se vive fantaseadamente una relación de pareja. El miembro delirante se siente traicionado, víctima de toda clase de engaños y forzado a actuar morbosamente en contra de supuestas intenciones de su pareja y del presunto rival, vigilando, investigando y tratando de probar por todos los medios, la veracidad y consistencia de sus sospechas de infidelidad, y buscando justificación en sus celos desmedidos, originados en detalles insignificantes, pero en los que él ve toda clase de ultrajes a su honor.
  - b) **Delirio erotomaníaco:** en este tipo de delirio prevalece la ilusión delirante de ser amado, de concentrar pasión amorosa de varias personas, pasando cada uno de estos amores por diferentes etapas de esperanza, despecho y rencor, cuando el transcurso del tiempo demuestra la no concreción de los afectos.

Estos enamoramientos pueden ser platónicos o sexuales, están

dirigidos a alguien que no sabe ni llegará quizás a enterarse nunca que constituye un objeto amoroso.

Suelen ser amores imposibles por múltiples causas y se actúan a través de la vigilancia y el control, inclusive a distancia, de la persona amada, buscando significados de respuesta afectiva en cada uno de los actos que ésta realiza.

**g) Delirio de reivindicación:** bajo este rubro se agrupan los delirios cuyos temas centrales descansan en la consecución de justicia y amparo y reconocimiento de valores, hazañas o derechos que supuestamente les son negados. Estos enfermos se caracterizan por: mostrarse tercos, fantásticos en sus convicciones y empeñados en lograr su objetivo a pesar de todas las trabas y fracasos. Por ej.: los querellantes, que acumulan proceso tras proceso, persiguiendo el triunfo de una venganza, clamando sin cesar por sus derechos, sus propiedades o su honor, en medio de la exasperación de sentir que todo el mundo es enemigo y está en su contra.

Los inventores, son otra clase de delirantes que demandan por el plagio de alguna "creación" que les pertenece, y viven tomando precauciones y ocultando sus "descubrimientos", luchando contra intrigas o conspiraciones montadas, según ellos, para desposeerlos de sus inventos.

Por última, otro tipo de delirantes son conocidos como idealistas, personajes que luchan en pro de una reforma del mundo o las instituciones; sueñan con mejorar sistemas o sus impulsos filantrópicos los llevan a instrumentar campañas publicitarias, panfletos o cualquier arma que sirva a sus ideales.

**h) Delirio depresivo:** el delirio depresivo representa frecuentemente la expresión o racionalización ideativa de una expresión afectiva. La depresión se origina fácilmente cuando al debilitarse la represión, el material mental, compuesto de deseos, recuerdos e ideas de naturaleza emocional dolorosa, pasa a la conciencia.

El delirio depresivo representa, frecuentemente, la racionalización de una depresión que tuvo origen en una tendencia hostil inconsciente hacia personas contra las que no deberían dirigirse tales sentimientos o tendencias.

Los delirios depresivos se expresan lo más a menudo en ideas de culpabilidad, enfermedad o pobreza; cuando se debilita la represión de tendencias deseadas inconscientemente repudiadas, pueden brotar ideas de culpabilidad y de pérdida de la autoestima.

Las ideas de enfermedad pueden ocasionalmente tener origen en trastornos cenestésicos producidos en vísceras que, a través del aparato endocrino y del sistema nervioso autónomo, son influenciadas por los estados emocionales. Los intentos de racionalización de tales sensaciones cenestésicas pueden originar delirios en los que el paciente cree sufrir distintas enfermedades.

Las ideas de pobreza son habitualmente la representación ideativa de un sentimiento subjetivo de pérdida del valor social; los delirios de culpabilidad pueden ir acompañados de esas ideas de pobreza.

Algunas veces, en los delirios depresivos aparecen ideas nihilistas expresando entonces el enfermo que él no tiene cerebro, o sentimiento, o que está muerto, o que otras partes de la realidad no existen ya; tales ideas nihilistas tienen su origen probablemente en vagos sentimientos de cambio emocional, o en el sentimiento subjetivo de irrealidad y de alteración de la personalidad. Esta sensación subjetiva de ausencia o cambio se racionaliza en las ideas de aniquilación.

**C) Según su curso:** un delirio puede ser agudo o crónico, con evolución deficitaria o no deficitaria.

Estos términos se aplican comúnmente para las manifestaciones bruscas o intensas (**agudo**) y las manifestaciones permanentes (**crónico**), según evolucionen hacia un deterioro total o demencia (deficitario) o se mantengan enquistados sin contaminar otras áreas de la personalidad (no deficitario).

**1) Delirio agudo:** es también la denominación con que se conoce un síndrome grave, caracterizado por la agitación psicomotora intensa y progresiva, alucinaciones, muecas faciales y trastornos neurovegetativos, especialmente una rápida deshidratación e hipertermia ayudan al diagnóstico diferencial.

Sin la intervención médica sobreviene la muerte en un lapso de 3 a 12 días. Se presenta en enfermedades infecciosas, después de un estado confusional, durante una convalecencia, en accesos de paludismo, o aparece como el momento terminal de una psicosis en la que impera la desnutrición.

**2) Delirios Subagudos:** organizaciones delirantes transitorias.

**3) Delirio crónico:** actualmente se llama delirio crónico a un grupo de psicosis caracterizadas por ideas delirantes que hacen parte esencial del cuadro. Estas son creencias ficticias o fenómenos intuitivos o ilusorios, imaginativos, alucinatorios o interpretativos, etc., que el

enfermo vive activamente y que colorean su relación con el mundo. Estos enfermos difícilmente remiten, una vez instalados en la personalidad.

- a) Los delirios crónicos, que conducen a la disociación Esquizofrénica. {Esquizofrenia Paranoide}.
- b) Los delirios sistematizados. {Paranoia}.
- c) Los delirios en los que el contraste es máximo entre el carácter fantástico de la producción delirante y la inalterabilidad del fondo mental. {Parafrenias}.

### **DELIRIOS AGUDOS (Psicosis exógenas).**

Los trastornos exógenos u orgánicos pueden ser agudos o crónicos. En los agudos en el DSM-IV aparecen como delirium en cambio en el ICD-10 mantiene la denominación clásica, en la categoría trastornos mentales orgánicos.

Entre los trastornos psiquiátricos los exógenos son cuadros clínicos que obedecen, en principio, a una causa médica detectable, una infección, un traumatismo, un crecimiento tumoral o cualquier otro agente nocivo que agrede al sistema nervioso central y provoca en consecuencias problemas en la vida psíquica y en la conducta del individuo, entre ellas la alteración de la conciencia se distingue, estando en relación con diferentes procesos tóxicos que afecten al cerebro.

La escuela francesa divide los trastornos en psicosis confusionales o síndromes confuso-oníricos y demencias.

Clásicamente se han dividido los trastornos exógenos según su curso en agudos y crónicos. Los agudos tienen como síntoma principal la alteración de la conciencia (delirium) y los crónicos el deterioro de las capacidades intelectuales y de la personalidad (demencia).

### **DELIRIO AGUDO: Delirium Tremens**

1. Alucinaciones vívidas que pueden ser visuales (zoopsias) táctiles u olfatorias.
2. Trastornos de la orientación: Es típico que se conserva la orientación autopsíquica (perfectamente orientado sobre la propia persona, dice su nombre, profesión, nombre de los familiares, edad, y lugar de nacimiento) y es completa la desorientación alopsíquica (ignora el lugar en que se encuentra, el día en que vive, hay falseamiento de la situación, desconocen a los familiares, médicos y enfermeras).
3. Delirio profesional: La imperfecta percepción del mundo externo origina un falseamiento de la situación, el cual, conjuntamente con la

metamorfosis fantástica de los recuerdos, hace que el delirante crea hallarse en los lugares que habitualmente frecuenta, dedicado a sus cotidianas ocupaciones.

El contenido del delirio se refiere a la profesión del sujeto ( el coche-ro guía, el carpintero sierra, el pintor embadurna las paredes y el actor representa, todo ello imaginariamente ).

Tales movimientos profesionales se repiten monótonamente durante horas.

4. Funciones receptoras: Conciencia. Obnubilación del sensorio.
5. Memoria: Hay importantes trastornos de la memoria pues durante toda la fase delirante se conservan solo recuerdos parciales de conocimientos previos, preferentemente de sus hábitos y costumbres. También se olvida la sucesión cronológica de los hechos.
6. Trastornos de la ideación: El enfermo responde rápidamente a las preguntas que se le hacen, aunque por lo general deforma las respuestas en el sentido de sus delirios y sensaciones. Las ideas delirantes son habitualmente fugitivas, relacionadas con las alucinaciones por lo que predominan las ideas de tipo ansioso, terrorífico o persecutorio.
7. Afectividad: Es característica cierta especial mezcla de euforia y ansiedad. Por lo general no existe sensación de enfermedad, ni influye en el estado del ánimo la sensación de hallarse enfermo.
8. Conducta: Es habitual la intranquilidad motora manifestada en el delirio profesional o de ocupación. Siempre tiene algo que hacer. Llama la atención que el delirio es casi silencioso y que el enfermo dice muy pocas palabras en comparación con su extraordinaria inquietud motriz. Agitación.
9. Síntomas Somáticos: Hay una marcada hiperactividad autónoma; taquicardia, sudoración profusa - temblor - fiebre - convulsiones.

## **SINDROME CONFUSIONAL**

Como síndrome orgánico {alteraciones anatomopatológicas a nivel de la corteza cerebral} el síndrome confusional difiere fundamentalmente del oligofrénico y del demencial porque las lesiones son reversibles, la mayor parte de las veces.

La característica primordial del Síndrome confusional es el Desorden Psíquico, debido a la perturbación global de todas las funciones de la psique; dicho desorden hace que la personalidad pierda totalmente su

autonomía y la autoconducción consciente.

“Consiste en una perturbación orgánica del cerebro, que se traduce en el terreno psíquico por un estado de obnubilación de intensidad variable, que puede llegar hasta la suspensión total de todas las funciones mentales por una alteración de las células corticales. Dicha alteración es debida a diversos factores de cuya restitución total o parcial, depende la curación o el paso a los estados demenciales”.

### **1. Conciencia:**

La obnubilación de la conciencia constituye el síntoma capital, a expensas del cual se produce todo el desorden psíquico. La obnubilación, es un estado de conciencia caracterizado por la pérdida de la lucidez normal de la misma. Existe un adormecimiento, un enturbamiento de la claridad de conciencia y desconecta al individuo del mundo exterior y de su propio mundo.

2. El enfermo pierde sus conexiones y por ese motivo se desorienta en tiempo y espacio.

Conservan más o menos la orientación autopsíquica.

### **3. Observación:**

Llama la atención el aspecto de desorden y extravío que presenta. La facie refleja una expresión característica de profunda extrañeza, queda perplejo, ejecuta una serie de movimientos y gestos torpes.

También es frecuente observar el mal estado físico general (temperatura, piel reseca, desnutrición y deshidratación).

El interrogatorio es siempre muy penoso, por la falta casi absoluta de atención, cuando se logra, la palabra del enfermo es titubeante, de tonalidad baja, a veces cuesta mucho trabajo oír lo que el enfermo dice. Marcada bradipsiquia.

### **4. Atención:**

Se encuentra siempre muy disminuída. Prevalece la forma espontánea, que se presenta muy inestable.

### **5. Sensopercepción:**

Se encuentra profundamente alterada, existe un embotamiento general de todo el sensorio. Cuantitativamente disminuida. Cualitativamente son frecuentes las ilusiones debido a la imperfecta captación, a lo que se suma la rápida fatiga de la atención.

También son frecuentes las alucinaciones, las más comunes son las visuales, que son las que obedecen a factores tóxicos e infecciosos.

Las alucinaciones cenestésicas ocupan el segundo lugar por su fre-

cuencia, las táctiles y las cinéticas.

#### **6. Ideación:**

El capital ideativo resulta inapreciable. Pueden haber ideas delirantes de carácter persecutorio y de perjuicio.

El mecanismo ideativo, es de gran lentitud por la marcada bradipsiquia.

#### **7. Asociación de Ideas:**

El mecanismo asociativo se realiza con extraordinaria lentitud. Las asociaciones son precarias.

#### **8. Juicio: Suspendido.**

#### **9. Memoria:**

Está muy perturbada la memoria de fijación, el enfermo no fija absolutamente nada.

Amnesia lacunar durante el período que dura la confusión. La evocación de los recuerdos durante la confusión se hace en forma muy defectuosa. Falsos Reconocimientos.

#### **10. Afectividad:**

Está generalmente amortiguada por el estado de embotamiento que padece la psique.

Hay sentimiento de extrañeza, de despersonalización.

#### **11. Actividad:**

Se encuentra muy disminuída.

### **ETIOLOGÍA:**

#### **A) Causas directas**

1. Meningoencefalitis agudas.
2. Estados de Shock {traumático, emotivo}.

#### **B) Causas Indirectas:**

1. Infecciones generales. {Neumonía - Paludismo - Septicemia - TBC}
2. Intoxicaciones. {Alcohólica - Plomo - Toxicomanías}.

### **FORMAS CLÍNICAS:**

1. Confusión mental simple: la descripta.
2. Confusión mental onírica {delirante}: Se instala el delirio onírico. En los casos leves, es frecuente que existe confusión durante el día y onirismo por la noche. A veces el enfermo delira con sus ocupaciones {delirio onírico de pre-

ocupación profesional}.

**3. Confusión mental agitada:**

Cuando el enfermo presenta una gran excitación psicomotriz, se irrita con facilidad, se agita, corre, desgarrar sus ropas, rompe muebles.

**4. Confusión mental estuporosa:**

La confusión llega a un grado muy profundo, pudiendo alcanzar hasta la suspensión total de la actividad psíquica.

El enfermo permanece en cama inmóvil, con el rostro inexpresivo, los ojos entreabiertos y la mirada fija.

## **DELIRIOS SUB-AGUDOS**

Son reacciones delirantes transitorias que requieren un trastorno de personalidad previa. También se las conoce como psicosis reactivas breves, o reacciones paranoides.

*Psicosis reactivas breves:* este concepto, hoy en discusión, se refiere a un grupo de pacientes (con trastornos de la personalidad) que frente a determinadas circunstancias estresantes muy intensas y súbitas presentan una psicosis aguda de breve duración (horas a días). Para llegar a este diagnóstico debe comprobarse, entonces, un estímulo psíquico traumático grave para nuestra cultura, previo al desencadenamiento de la psicosis. Esta, la psicosis, debe ser de breve duración y debe descartarse una psicosis orgánica breve aguda (una epilepsia temporal, una abstinencia de sustancias de abuso o la presencia de un tóxico como la cocaína, alcohol -embriaguez patológica- o las anfetaminas y similares, etc.) y luego detectar un trastorno de personalidad.

Las denominadas psicosis reactivas breves son entradas a la locura, de muy breve duración, polimorfas, generalmente desencadenadas por factores reactivos, pero sólo pueden padecerlo determinadas estructuras anormales de la personalidad. Por otra parte, también estas personalidades anormales pueden de manera insidiosa y crónica hacer un desarrollo delirante e ir hacia un tipo de psicosis delirantes denominadas paranoia. Por lo tanto, psicosis reactivas breves y paranoia son dos modalidades que tienen los psicópatas de entrar al círculo de las psicosis endógenas. La otra alternativa es, como para cualquier grupo psicopatológico, entrar en cualquiera de las posibilidades del grupo exógeno u orgánico como psicosis orgánicas breves (por ejemplo, el consecutivo a la ingesta de drogas, abstinencias, epilepsias del lóbulo temporal, etc.).

**Características Clínicas:**

- ◆ Psicosis agudas de breve duración (horas a semanas).
- ◆ Reactivas o desencadenadas por un conflicto.
- ◆ De curso fásico (remiten con restitución al nivel premórbido).
- ◆ Pueden ser periódicas.
- ◆ Desorden previo de la personalidad.
- ◆ No confundir con una psicosis endógena y se debe descartar siempre una psicosis orgánica breve, ya que muchas psicosis endógenas inician su evolución con micropsicosis de este tipo.
- ◆ El tratamiento es con neurolépticos para retirarlos rápidamente, internación eventual.
- ◆ Psicoterapia individual y familiar postepisodio.



## CAPÍTULO IX

### TRASTORNO DELIRANTE (PARANOIA) Y OTRAS PSICOSIS DELIRANTES CRÓNICAS

#### PSICOSIS PARANOICA

El término paranoia deriva del griego para, de lado, paralelo, y nous, espíritu, pensamiento. Tal vez podría traducirse como pensamiento paralelo o espíritu no centrado.

Por supuesto, sin ordenación taxonómica alguna, encontramos excelentes descripciones literarias e históricas de sujetos que padecieron trastornos de esta índole. Citemos a Otelio, con sus celos morbosos en Shakespeare, al inefable Don Quijote, con sus interpretaciones delirantes en Cervantes, y al mismo W. A. Mozart, quien compuso su Requiem convencido de que un complot iba a asesinarlo.

Kraepelin, define la paranoia como un cuadro delirante crónico, que cursa sin deterioro ni alucinaciones, a diferencia de la demencia precoz (esquizofrenia). "Desarrollo insidioso, bajo la dependencia de causas internas y según una evolución continua de un sistema delirante duradero e imposible de sacudir, y que se instaura con una conservación completa de la claridad y del orden en el pensamiento, el querer y la acción". Además, este autor aporta otros datos: trastornos elementales y delirio. Entre los primeros cita las "experiencias visionarias", relacionadas con las ideas de referencia junto a la ausencia de alucinaciones; el fenómeno de "ilusiones de memoria", y también el "delirio de relación"; se refiere a la versión que el paciente hace de gestos, palabras, etc., y proclama una alteración de la interpretación.

En cuanto al delirio, destacan dos direcciones frecuentemente coexistentes. Una es el delirio de perjuicio, en el que se albergan el de persecución, el de celos y la hipocondría. El otro es el de grandeza, en el que se incluye el de inventores, interpretadores genealógicos, místicos y erotómanos. Llamó también la atención a Kraepelin la sistematización del delirio. Dice al respecto: "Es elaborado intelectualmente, coherente a una unidad, sin grandes contradicciones internas".

**Caracteres Generales:**

1. Su sistematización, que es el de la mayor importancia.
2. Su desarrollo coherente a partir de la personalidad.
3. Su lucidez.
4. La ausencia de demencia o disgregación de la personalidad.
5. Su irreducibilidad o, al menos, su fijeza.

**Delirio Crónico:** cuyo carácter esencial está constituido por un sistema de construcción y elaboración "razonada". Naturalmente, es a este grupo al que se aplica el concepto de paranoia.

En esta forma de psicosis, el aspecto psicogenético es de la mayor importancia. Este hecho domina toda la estructura paranoica y la asemeja a las neurosis.

La psicogénesis es tan grande y patente que parece ser para muchos autores exclusiva. En este sentido se ha intentado ahondar en los mecanismos "puramente" psíquicos de la edificación delirante, relacionándolos con el desarrollo histórico y afectivo de la personalidad.

Estos sujetos presentan anomalías de su vida psíquica; un terreno sobre el cual se desarrolla la psicosis, sin que sea necesario admitir que la psicosis sea una simple hipertrofia de los rasgos psíquicos constitucionales. Trastorno de la personalidad paranoide.

El paranoico construye su delirio, como construye su personalidad, en función de cierta concepción de sí mismo. La psicosis paranoica, se edifica gracias a una cierta conciencia del Yo, ideal y dramática a la vez, como un modelo que el sujeto proyecta ante sí y que el delirio "realiza".

La concepción de Serieux y Capgras define la psicosis paranoica típica o delirio de interpretación como una psicosis constitucional, que se desarrolla gracias a una anomalía de la personalidad, caracterizada por la hipertrofia o hiperestesia del Yo y por el déficit circunscrito de la autocrítica.

**El tema dramático fundamental. El tema de persecución.**

Uno de los caracteres más notables de estos delirios es la posibilidad de enunciar el tema principal, de definirse por una fórmula. Se les puede definir también por su contenido: delirio de persecución, delirio celotípico, etc. Es éste, aunque no lo parezca, uno de sus rasgos más importantes, pues, en efecto, estos delirios constituyen un sistema significativo de creencias dramáticas que es posible reducir a una fórmula.

El delirio paranoico es un relato, una novela. Se trata de una historia cuyo interés radica en las peripecias de la lucha. El personaje central es el mismo enfermo.

Los temas esenciales que constituyen las leyes del desarrollo de estos delirios han sido fijados por Serieux y Capgras en número de siete: persecución, grandeza, celos, amor, misticismo, hipocondría, autoacusación. Pero, por variados que sean estos temas en su apariencia, todos se reducen a una sola fórmula fundamental: el tema de persecución.

El tema de persecución constituye la trama de la paranoia. Se le encuentra manifiesto o latente en la estructura temática de todo delirio paranoico.

El tema permanece siempre idéntico a sí mismo, ya se desarrolle el drama en el mundo de los objetos, del cuerpo, del espíritu, de la naturaleza o del mundo social.

### **El desarrollo coherente, sistemático. La locura razonante.**

En su conjunto, la estructura delirante paranoica se presenta de un modo coherente y firme: las diversas partes del sistema están bien encañadas y sólidamente articuladas. El enfermo presenta, o por mejor decir, expone su ficción de una manera racionalizada, cerrada, organizada, deducida y preparada por entero, y, "digerida". El delirio es su vida, su fe, su acción.

Los argumentos, las pruebas, todo el arsenal de hipótesis posibles, las justificaciones, las verificaciones, los recuerdos "exactos", y los delitos flagrantes, todo está listo, preparado, clasificado. La demostración, incluso sobria, es contundente; es la evidencia misma que se opone, que se defiende. "Sería yo un loco de no creer en ello", dice el paranoico.

Un delirio hasta tal punto sistematizado, "demostrado" y "demostrativo", acumulando por estratificación todas las pruebas a partir de sus premisas, rigurosamente deducido en sus conclusiones, lleva consigo fatalmente la convicción del sujeto. Y a veces no sólo del sujeto, sino también de su medio.

La locura compartida, el delirio colectivo, se encuentran preferentemente en estos delirios sistematizados. "Se trata, de una psicosis persuasiva".

Es la comprensión directa y casi exhaustiva del delirio por el observador lo que ha valido a esta psicosis la denominación de "locura razonante" dada por la escuela francesa. La interpretación patológica es el modo de organización y progresión de las psicosis paranoicas.

Todo le parece bueno al paranoico para construir y edificar su delirio. A la luz de tal foco de error, todo se modifica y se transforma: las cosas, las gentes, los gestos, las palabras. Nada permanece dentro de este orden objetivo, que se confunde con la indiferencia de la naturaleza respecto al individuo. Todo está dirigido a favor o en contra del

mismo; él es el ombligo del mundo. Nada acontece sin que él sea el centro o el objetivo.

### **Ausencia de la evolución demencial.**

La evolución es indefinida por así decirlo: la enfermedad no camina progresivamente hacia la debilidad intelectual". Aun llegados a una avanzada edad, quince o veinte años después del comienzo de la psicosis, las interpretaciones conservan la misma actividad delirante y el mismo vigor intelectual. Lo más importante en este aspecto es lo que podríamos llamar la cristalización del delirio. Esto, es de una importancia capital para la definición del delirio paranoico, es decir, la sistematización. Un sistema, es un sistema cerrado.

### **PERSONALIDAD PARANOIDE**

- 1. Desconfianza** Es una actitud bien detectable en estos sujetos. Tienen una suspicacia permanente y, a veces oculta en la apariencia de lo contrario. Poseen una creencia exagerada de las posibilidades agresivas y conspiradoras del prójimo, y se sienten fácilmente provocados y aludidos. Una actitud distante en sus relaciones sociales que se manifiesta básicamente en dos maneras: desmesurada gentileza, mezclada con reticencia, o una agresividad manifestada directamente o disfrazada en proyecciones.
- 2. Rigidez.** Son individuos autoritarios que toleran difícilmente que se les lleve la contra. Gran incapacidad en hacer una labor autocrítica de su sistema de valores.
- 3. Hipertrofia del yo.** Egocentrismo marcado y la valoración exagerada y reiterada de sus virtudes, éxitos o aciertos. Redunda en acentuar su narcisismo, siempre los mejores hechos o palabras son los suyos, como si necesitaran retroalimentar su orgullo. Esta necesidad de grandiosidad suele ser molesta para los demás, pero a la vez los convierte en un fácil blanco para aduladores.
- 4. Juicios erróneos pasionales.** Sería el individuo que todo lo interpreta a su manera, pero en grado superlativo. La lógica del paranoico es sólo aparente. En efecto, pueden utilizar argumentos lógicos en lo concerniente a sus convicciones, pero es un racionalismo mórbido, puesto que excluye todo aquello que pueda ser distinto o crítico respecto a sus ideas.
- 5. Justicia y fanatismo.** Las normas, la lealtad y la justicia sirven como disfraz al resentimiento y agresividad. Tienen tendencia a fortalecer su autodefensa mediante práctica de artes marciales y tenencia de

armas. Su conducta y agresividad se justificarán en pro de la causa, no es extraño por ello que tengan graves problemas de inadaptación social por sus pleitos, imposiciones, agresividad, desprecios, etc. A menudo la biografía del paranoico es una suma de fracasos y quejellas que lo conducen al aislamiento.

### **Mecanismos de defensa.**

- 1) La negación de la realidad es la primera defensa significativa. El individuo cegado por la actitud pasional no es capaz de aceptar la realidad y la niega: tanto la de sí mismo como la de los demás.
- 2) La proyección. Su actitud recelosa y desconfiada proyectada a los demás. Su ira y enojo. "Son ellos los que me provocan, no yo".
- 3) Formación reactiva.

### **FORMAS CLINICAS DE LAS PARANOIAS**

Las diferentes formas clínicas de la enfermedad están determinadas por las características de su contenido de ideas delirantes.

**1º) Paranoia persecutoria:** Constituye la paranoia clásica descrita por Kraepelin; para los franceses es el delirio de interpretación de contenido persecutorio.

La trama de este delirio gira en torno de los supuestos perjuicios y persecuciones de que se hace víctima al enfermo y que son anteriores, de índole y por causas muy diversas.

**2º) Paranoia querellante:** Corresponde a lo que los franceses llaman: delirio interpretativo de reivindicación.

Este tipo de paranoia constituye en realidad una variante de la anterior, debido a que la concepción delirante parte de la idea de haber sido perjudicado, o de que se ha cometido una injusticia que debe ser reparada.

Son los enfermos más tercos, empecinados y fanáticos, que llegan a sacrificarlo todo a sus creencias y a su sed de justicia y que buscando el castigo de los supuestos culpables se convierten de perseguidos en perseguidores.

Son variedades de estos delirios con caracteres particulares:

**a) Delirios de desposesión:** característico de personas que buscan ser reivindicadas por la expropiación de sus bienes,

**b) Sinistrosis:** se observa en obreros que han sufrido accidentes de trabajo y se creen mal indemnizados.

- 3°) Paranoia de celos:** Delirio interpretativo de celos. El celoso interpreta falsamente los detalles más insignificantes de las relaciones con su cónyuge y, por lo tanto, con su problema; un gesto o una actitud, el estado de ánimo, la expresión del rostro, una palabra no intencionada, todo alude a su honor ultrajado y llega hasta dudar de la legitimidad de sus hijos. Los celosos son, por sus reacciones, delirantes muy peligrosos.
- 4°) Paranoia erótica:** Es el delirio interpretativo erótico de la clasificación francesa. Un amor puramente platónico o sensual no correspondido, por rechazo o por diversas causas que se oponen a su realización da origen a las falsas interpretaciones y a las concepciones delirantes. Los más mínimos detalles, expresiones o actos de la persona amada son interpretados en el sentido del delirio.
- 5°) Paranoia mística:** De contenido religioso, es el delirio interpretativo místico de los franceses. El enfermo que se cree un elegido o un enviado, realiza una serie de interpretaciones siguiendo esa orientación. Esta forma de paranoia presenta la característica particular de las alucinaciones visuales que reproducen imágenes religiosas; en ocasiones hay también alucinaciones auditivas. En realidad no se trata de verdaderas alucinaciones, sino de alucinaciones psíquicas debidas al profundo misticismo que transporta a estos enfermos a un verdadero estado de ensueño.
- 6°) Paranoia hipocondríaca:** Es el delirio interpretativo hipocondríaco de la clasificación francesa, delirio sistematizado cuyas falsas interpretaciones tienen su punto de partida en sensaciones cenestésicas reales.

## EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Los cuadros paranoicos casi nunca aparecen antes de la edad adulta. El desarrollo paranoico crónico es poco frecuente. Aunque el sujeto ha llamado siempre la atención por su personalidad especial, el delirio paranoico se manifiesta claramente alrededor de los 40 años de edad. Son individuos testarudos y desconfiados, cuya sensibilidad les va generando dudas e incertidumbres que se resolverán organizando deducciones delirantes. La instauración es, pues, lenta y solapada. En todas las formas evolutivas temáticas existe una alternancia entre períodos de mayor intensidad delirante y etapas más sosegadas, aunque sin perder la actividad. En estas últimas, el individuo puede realizar las distintas tareas de su vida con aparente normalidad; incluso el diálogo con él no señala trastornos notables, mientras no se mencione directamente el delirio.

Las etapas de recrudescimiento de la actividad delirante coinciden a menudo con alguno de los factores desencadenantes mencionados, aunque a veces no parece existir nada significativo que lo motive.

Las actitudes de estos pacientes pueden resultar chocantes si no se conoce su patología. Un individuo que se sienta perseguido y humillado responderá fácilmente de forma colérica, malhumorada y agresiva. Llega así a insultos, amenazas, denuncias, cartas ofensivas, etc., con la sorpresa de su receptor. En este contexto se entiende la potencialidad agresiva tan intensa de estos pacientes.

Se admite en general que los individuos paranoicos muestran una cierta capacidad de autocontrol y su evolución es compatible con la vida extrahospitalaria en su medio, en el cual serán considerados a menudo como "tipos raros".

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

### **1) Reacciones paranoides.**

Requieren una detenida valoración de las circunstancias que han concurrido para motivar el episodio. Deben buscarse acontecimientos relacionados con pérdida de autoestima o sumisión pasiva respecto a alguna situación frustrante. No deben desdeñarse las consecuencias que producen ciertas enfermedades orgánicas, sobre todo si comportan alguna limitación social notable. Su raciocinio delirante da cierta abordabilidad, a diferencia de los desarrollos paranoicos genuinos.

### **2) Esquizofrenia.**

Para establecer el diagnóstico diferencial entre el trastorno delirante (paranoia) y la esquizofrenia, es necesario basarse en dos puntos en los que Bleuler fundamenta el diagnóstico de la primera:

1) La fundamentación de la idea por el paciente: el paranoico va disipando las dudas acerca de su delirio mediante argumentaciones lógicas entre unas representaciones y otras. En su discurso llega a convicciones generalmente irreales donde no establece su autocrítica y que, por lo tanto, no es capaz de considerar en los términos lógicos que se le proponen. Incluso se irrita si se insiste en ello. Aquí un sujeto sano dudaría y comprobaría. Esto no ocurre en el paranoico por su certeza delirante. También se puede observar que falsea la interpretación de sus recuerdos o percepciones para justificar más el delirio.

2) Propagación del delirio: progresivamente va afectando sectores más

amplios hasta monopolizar totalmente su conducta. Además, puede incluso extenderse a otro sujeto (*folie a deux*) o colectivamente. Esta propagación social rara vez se observa en el esquizofrénico.

## PSICOSIS PARAFRENICAS

Dentro del dominio de los delirios crónicos, se pueden ubicar (entre los estados delirantes sistematizados y coherentes del delirio paranoico y los del tipo de la disgregación esquizofrénica) un grupo de delirios que no son asimilables a una u otra de estas grandes categorías. Se trata de las parafrenias.

Estos se caracterizan por:

1. El carácter paralógico de su producción.
2. La importancia del trabajo imaginativo en su elaboración.
3. La superposición de una realidad fantástica a la realidad objetiva, sin que el delirante pierda contacto, sin embargo, con esta última.
4. La ausencia de disgregación de la personalidad.
5. Conservación de la capacidad intelectual.

Kraepelin creó un "estado fuelle" entre la esquizofrenia y la paranoia, al que llamó parafrenia, que con múltiples dubitaciones, salió, entró y volvió a salir del cuadro de la demencia precoz. (esquizofrenia).

"Existen, dice él, casos en los cuales no son los trastornos de la afectividad o de la voluntad los que predominan, sino las construcciones delirantes. La deterioración afectiva es poco importante, aun en las fases extremas de su evolución".

Según su concepción existen cuatro formas clínicas:

### a) La parafrenia sistemática.

La descripción de Kraepelin coincide con muchas otras debidas a autores franceses referentes a los delirios crónicos progresivos con gran actividad alucinatoria. Kraepelin insiste en la importancia de las alucinaciones y en el hecho de que la evolución, incluso larga, no llega a producir nunca una auténtica destrucción de la personalidad. Con tanto mayor motivo no conduce nunca a un estado demencial. Se trata frecuentemente de individuos del sexo masculino, de treinta a cuarenta años de edad.

El delirio sistematizado alucinatorio crónico de los franceses, se inicia en la etapa media de la vida, en plena edad adulta, entre los 35 y 40

años. Sus características fundamentales sobresalientes son: predominio del mecanismo alucinatorio, que supera en mucho al mecanismo interpretativo inicial, que subsiste; y sistematización laxa como consecuencia de ese doble mecanismo psicológico.

Esta mala sistematización puede mantenerse indefinidamente, lo que debe considerarse como expresión del estancamiento del proceso deficitario.

El mecanismo alucinatorio es a menudo secundario al interpretativo, que es el encargado de impulsar y encaminar la organización del delirio.

La percepción es patológica en la mayor parte de los aparatos sensoriales.

Se destacan en primer término, las alucinaciones auditivas que desempeñan un papel importantísimo por lo constantes y numerosas y por su activa participación en la organización del delirio. La mayor parte de las veces son desagradables, dando lugar a ideas de perjuicio y de persecución. No son raras las alucinaciones auditivas de carácter imperativo.

También son de gran importancia y sumamente frecuentes las alucinaciones de la sensibilidad general y cenestésicas. Los enfermos bajo la forma de pinchazos, golpes, pellizcos, quemaduras, contactos eléctricos, etc. Son muy frecuentes las alucinaciones táctiles a nivel de los órganos genitales.

Las alucinaciones visuales, excepto en los místicos, son raras; cuando existen deben referirse a la intoxicación alcohólica. En cambio, no es raro hallar alucinaciones olfatorias y gustativas; los enfermos perciben olores, la aparición de estos tipos de alucinaciones se vincula siempre con graves perturbaciones y defectos en la integración de la personalidad.

Suelen observarse también alucinaciones verbomotoras de Seglás.

Este conjunto de alucinaciones que se reúnen y ensamblan de las más variadas maneras en el delirio alucinatorio crónico, indica que esta sistematización es pobre e inconsistente.

El mecanismo interpretativo que nunca falta, sobre todo al comienzo de la enfermedad, es, en muchas oportunidades, el mecanismo con el cual inicia su marcha el delirio sistematizado alucinatorio crónico. La ausencia de alucinaciones, que sólo aparecen después del período inicial y, en ocasiones, después de un lapso prolongado, puede inducir a error confundiéndose este delirio con las verdaderas paranoias, las que posteriormente son descartadas cuando surge el mecanismo alucinatorio y otras manifestaciones clínicas, que obligan a rectificar el diagnóstico.

En cuanto a las ideas que forman el contenido conceptual del delirio se destacan, con mayor claridad que en los delirios paranoicos, varios tipos que matizan diversamente a estos que calificamos mal sistematizados. En primer término figuran ideas de perjuicio y de persecución que

evidencian el fondo persecutorio, sobre todo en el comienzo de la enfermedad, y que se observa también en aquellos delirios que presentan un matiz erótico, místico o celoso.

En determinado momento, a veces muy tempranamente, hacen irrupción las ideas megalómanas que ponen de manifiesto aún más lo endeble de la organización sistematizada del delirio.

La diversidad de ideas delirantes, que empobrecen la sistematización, y la variedad de mecanismos que intervienen, pues a esta altura de la evolución suelen agregarse los mecanismos imaginativo e intuitivo, señalan la tendencia al polimorfismo. Como si todo fuera poco, para afianzar aún más el empobrecimiento paulatino del delirio, hacen su aparición los neologismos, a veces muy numerosos, que permiten al enfermo expresar sus concepciones patológicas a través de los significados precisos que les asigna.

El delirio sistematizado crónico tiene, por lo general, una larga evolución debido a un período de estado que se prolonga indefinidamente, y durante el cual se estabiliza manteniendo cierto grado de sistematización gracias a la detención del proceso de declinación, que no llega a la desintegración de la personalidad.

La detención de la evolución del proceso se hace a distintos niveles que guardan directa relación y dependencia con los factores ya considerados: edad, contextura general e intensidad del ataque. Una vez llegado el delirio al período de estado se mantiene estacionario a través de muchos años, sin que aumente el desmedro psíquico; sólo en edades avanzadas se observa empobrecimiento del delirio y embrutecimiento de la personalidad.

## **b) La parafrenia expansiva.**

Se la encuentra principalmente en mujeres, y se caracteriza por trastornos del humor en el sentido de cierta excitación maníaca, de tal manera, que el mismo Kraepelin confiesa haber considerado durante mucho tiempo a tales enfermos como maníacos. La actividad delirante se lleva a cabo sobre contenidos religiosos, proféticos y eróticos. Los cuadros oníricos son frecuentes y la evolución no conduce a una disminución de la capacidad intelectual.

Son delirios con un polimorfismo bien marcado, tanto en sus mecanismos (alucinatorio, imaginativo e intuitivo), como en las concepciones, sobre tema religiosos, filosóficos, científicos, eróticos, etc; con tintes a veces persecutorios, pero esencialmente con gran megalomanía. Esto produce en el enfermo una acentuada exaltación afectiva, con un esta-

do expansivo, eufórico, hipomaniaco o maniaco aparentando suficiencia o superioridad.

Kraepelin denominó a este tipo de delirios: *parafrenia expansiva*. En Francia, Gilbert-Ballet: "delirios alucinatorios crónicos a forma megalómana o de grandeza".

### **c) La parafrenia confabulante.**

Esta forma es, según Kraepelin, más rara. El delirio está elaborado con ideas de grandeza, de mecanismo imaginativo. Con la evolución el delirio palidece ("verbläss") y pierde actividad, sin que el sujeto pierda sus facultades intelectuales.

El mecanismo es esencialmente imaginativo, con escasas interpretaciones.

Son delirios imaginativos, fabulatorios, fantásticos; delirios absurdos e inverosímiles, en los que se mezclan y confunden concepciones megalómanas y persecutorias. Tomamos como forma tipo, al delirio sistematizado de Dupré y Logre.

Los caracteres semiológicos más importantes que permiten establecer su individualización son:

- 1) Mecanismo imaginativo único. Es muy raro observar falsas interpretaciones; en la elaboración del delirio interviene escasamente el razonamiento inductivo-deductivo, todo es producto de una imaginación incontenible que desborda en una absurda fantasía.
- 2) Tampoco existen alucinaciones.
- 3) Las concepciones delirantes, producto de la imaginación surgen de una manera fácil y espontánea, las ideas fluyen en sucesión interminable y el enfermo construye una fábula sin fin. No existe actividad razonante inductiva - deductiva para la elaboración del delirio; el juicio acepta sin criticar todo el producto de la imaginación.
- 4) Las concepciones y el delirio elaborado, son francamente inverosímiles. Al respecto podemos leer en Sergent: Es una yuxtaposición, una sucesión de gran número de cuentos, más que una sistematización, permaneciendo el colorido general de las múltiples fabulaciones, uniforme y subordinado a las tendencias del sujeto.

De acuerdo con esto, y a favor de las corrientes afectivas y tendencias del individuo, predominan en el delirio las ideas megalómanas, que dan lugar a un humor general placentero, eufórico, con ligera y fácil excitación. Sin embargo, a pesar del predominio de la megalomanía, al margen de la misma y relacionándose con ella se observan otras ideas delirantes, especialmente las perse-

cutorias. Asimismo, al calor de la megalomanía, se desarrollan temas eróticos a manera de novelas de amor.

- 5) La capacidad intelectual y el vigor de la estructura psicológica del delirio son también factores importantes. En relación con estos valores y en directa dependencia de ellos está la integración del delirio y la solidez de su organización y de su sistematización. En consecuencia los conceptos encerrados en los delirios imaginativos varían desde los delirios imaginativos de los inventores, con inteligencia más o menos sólidas, hasta los delirios imaginativos de los débiles mentales, con inteligencias mediocres y concepciones pueriles.

#### **d) La parafrenia fantástica.**

Esta forma ha sido objeto de las mejores descripciones de Kraepelin. Insiste este autor sobre el carácter monstruoso de la producción delirante, lo absurdo de los conceptos, la megalomanía y la magnitud de las fabulaciones paramnésicas. A propósito de sus enfermos, Kraepelin observa que ciertos de ellos sufren un deterioro de sus facultades intelectuales, pero nos dice: "Conozco casos en los cuales, aun después de uno o varios decenios, a pesar de las más extrañas y fantásticas ideas, no habían llegado a presentar una verdadera confusión de ideas ni el menor grado de deterioro intelectual".

Este grupo comprende formas en las cuales se observa claramente el disloque funcional de la psique, con profundo defecto y gran embrutecimiento, que denuncian una grave perturbación de la personalidad. Existen numerosas alucinaciones auditivas, cenestésicas y pseudoalucinaciones. Los mecanismos, intuitivo, imaginativo, sugestivo e ilusorio se unen al alucinatorio, generando un delirio absurdo, grotesco, desorganizado y dislocado. Y también aportan su contribución, una gran cantidad de neologismos, de construcción y significaciones más absurdas que en las anteriores formas de delirios. Hay ideas persecutorias y una fantástica megalomanía.

Son enfermos más embrutecidos, menos sociables que los anteriores, con escasa afectividad y tendencia al autismo.

Kraepelin los llamó: parafrenias fantásticas, y la consideró como la forma más grave dado el embrutecimiento, admitiendo la debilitación psíquica, al extremo de considerarla como la forma de transición entre su grupo de delirios parafrénicos y los delirios paranoides de la demencia precoz (esquizofrenia)

En Francia, Gilbert-Ballet los consideró bajo el rótulo de delirios alu-

cinatorios crónicos a forma fantástica.

La realidad clínica está constituida por los delirios crónicos caracterizados por la riqueza lujurante de la imaginación y por el modo de pensamiento paralógico sin evolución demencial. Este contraste entre la enormidad absurda de estos delirios y la integridad, a menudo sorprendente, de la inteligencia, es un primer carácter decisivo. Puesto que tales delirios no pueden ser considerados ni como delirios paranoicos ni como formas de esquizofrenia.

Por otra parte, dada su naturaleza, a la vez imaginativa y alucinatoria, no pueden tampoco entrar cómodamente en los patrones de la clasificación francesa.

Precisamente con el designio de introducir un poco de orden (y un orden natural) en la clasificación de los delirios crónicos es por lo que nos vemos obligados a aceptar la noción de parafrenia. Es, pues, fácil comprender que, frente a los delirios sistematizados, delirios que constituyen el grupo de la paranoia, existen delirios no sistematizados, que son los paranoicos.

Dentro de este último género cabe distinguir dos especies diferentes: los delirios esquizofrénicos y los delirios parafrénicos.



## CAPÍTULO X

### ESQUIZOFRENIA

Este término se utiliza para distintas reacciones patológicas de la personalidad aparentemente relacionadas, cuya patogenia es compleja y generalmente originada por una multitud de factores. Muchas veces el diagnóstico es descriptivo. Por tal motivo, lo mejor sería llamar a estas enfermedades indistintamente esquizofrenias o mejor aun reacciones esquizofrénicas. De manera general, deberíamos considerar a esta enfermedad como una reacción psicobiológica que se instala en una personalidad de base insuficiente y el yo culmina en una incapacidad para cumplir las demandas impuestas para el ajuste a la vida adulta. Esta reacción también se caracteriza por un gradual alejamiento progresivo de contacto de persona y hechos del medio ambiente y una regresión en la forma infantil de sentir y obrar; una capacidad afectiva y una expresión emotiva deterioradas.

En la actualidad, podemos considerar que más que una sola enfermedad, existen una serie de afecciones con síntomas y mecanismos psicopatológicos comunes; por ello es necesario hablar de un síndrome esquizofrénico, caracterizado por un ataque a una personalidad aún no organizada fuerte y vigorosamente, ocasionándole una desintegración, que puede abarcar desde formas leves hasta las más graves de las desorganizaciones.

Entonces, el síndrome esquizofrénico es un trastorno disgregatorio, de la personalidad de curso a veces incierto, pues puede ser nada más que un brote y el enfermo se restituye o bien seguir un curso demencial.

#### Definiciones

**Bleuler:** Un grupo de psicosis cuyo curso es, a veces, crónico y a veces está marcado por ataques intermitentes y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una restitución ad integrum

**Bumke:** Cursos y cuadros clínicos polimorfos con tendencia a la cronicidad que aparecen en la edad juvenil y que generalmente llevan a la destrucción de la personalidad.

La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del

pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular.

### **Psicosis que evoluciona por brotes.**

Brote es un episodio psicótico endógeno que deja tras de sí alteraciones de la personalidad con tendencia a la creciente alteración de la personalidad.

Luego de finalizado el brote deja sus secuelas, un trastorno de distinta intensidad que hace diferente al paciente.

Las lesiones producidas en los episodios psicóticos empujan cada vez más al enfermo a una alteración de la personalidad, irreversible la mayoría de las veces.

Al principio puede presentarse en pleno restablecimiento entre los brotes, de manera que no quedan alteraciones del carácter o son insignificantes, pero luego se va defectuando la personalidad.

### **SINTOMATOLOGIA**

La diversidad de los síntomas es múltiple. Pero sobre la base de numerosas, extensivas y profundas observaciones clínicas, E. Bleuler dividió las manifestaciones en dos categorías:

- 1) Síntomas fundamentales o primarios.
- 2) Síntomas accesorios.

Los primeros se encuentran presentes en todas las reacciones esquizofrénicas y reposan sobre cuatro caracteres semiológicos básicos, también llamadas las cuatro A de Bleuler que son:

#### **a) Inadecuación Afectiva:**

Es la incoordinación que existe entre el estado emocional del esquizofrénico y el flujo de su lenguaje. El que lo escucha lo encuentra raro, extraño inverosímil. Debido a que el enfermo expresa una emoción fuera de lugar, ilógica, como es reírse de una noticia desagradable para él mismo o los demás. A veces no revela emoción alguna (inanimados o con apatía), no obstante estar en un lugar dramático, sanatorial u hospitalario. Otras, una peculiar sonrisa que no trasunta emoción alguna.

#### **b) Pensamiento autístico, autismo:**

Retracción sobre sí mismo, indiferencia a los estímulos externos. Pérdida de contacto con el mundo exterior, viviendo solamente su mundo interno. La palabra autístico deriva del griego autos (sí mismo), lo que significa que se trata de un pensamiento autocentra-

do, solo inteligible por su propio yo, que no está acorde con la realidad que lo rodea.

El pensamiento autístico utiliza elementos procesales que no constituyen la parte mental consciente y despierta de una persona normal, sino que generalmente se encuentra en los sueños, en los delirios, en las confusiones, en las condiciones de fatiga extremas, en los infantiles (niños muy pequeños) y en los pensamientos de pueblos muy primitivos. El observador, al no comprender lo que piensa el esquizofrénico, no deberá suponer que tal lenguaje o conducta no tenga significado. Para el enfermo están plenas de significación. Tiene su código propio. Las actividades verbales se hallan al servicio de liberar tensiones y no al de la función de comunicación.

### **c) Inconexión asociativa:**

Otros la llaman disociación asociativa (primaria para Bleuler) y para algunos otros autores es secundaria a la disgregación del pensamiento, que es el trastorno capital de la reacción esquizofrénica.

La inconexión asociativa significativa es la falta, la dificultad de cometidos lógicos, convencionales entre las partes sucesivas de la corriente del lenguaje. No existe una idea directriz para poder dar la forma de conectar entre sí las ideas, desprovistas de los elementos que constituyen la asociación lógica. La inconexión asociativa, cuando es muy pronunciada, hace imposible entender al enfermo. La inconexión asociativa es consecuencia del llamado pensamiento autístico.

### **d) Ambivalencia**

El esquizofrénico experimenta simultáneamente emociones, reacciones afectivas, actitudes volitivas contradictorias, antagonicas hacia determinado objeto, situaciones, actos: Amor y odio; odio y temor hacia una misma persona. La ambivalencia en sus estados afectivos es lo que en los pacientes esquizofrénicos hacen aparecer a estos como con retardo y torpeza en sus conductas.

### **Síntomas secundarios accesorios.**

Las dificultades de los esquizofrénicos o las deficiencias en verificar los procesos internos y la realidad, originan ciertos tipos de manifestaciones patológicas, como delirios y alucinaciones. En los esquizofrénicos, se puede presentar cualquier alucinación sensorial y son muy comunes. Las alucinaciones auditivas son las más habituales y generalmente se presentan en ellos. Se agregan ideas de cambios corporales, es lo que se llama sentimiento de despersonalización. También aparecen los sen-

timientos de irrealidad o sentimientos de extrañeza.

Una vez instalada la enfermedad, son llamativas ciertas conductas: desaliño en el cuidado personal, obediencia automática, acciones diferentes a lo que se le pide (negativismo activo) o falta de reacción ante cualquier estímulo (negativismo pasivo); gestos inadecuados, risas, frases y movimientos estereotipados. Actitudes indiferentes y otras que se verán a continuación, en el desglosamiento de sus funciones psicológicas que se hallan alteradas.

## **INICIACIÓN DE LA ENFERMEDAD**

No existe un pasar brusco, sino una modificación insidiosa del carácter del enfermo. Tiempo atrás pudo padecer de algunas incongruencias y disarmonías en su pensamiento, en su carácter de soledad y momentos depresivos leves, pensamientos vagos, a veces raros. Aparecen hábitos e intereses privados, por momentos diferentes a años anteriores o acentuándose con viejas desarmonías que pasaron inadvertidas por sus familiares. El enfermo se encuentra preocupado, comienza una holgazanería y puede pensar que las personas hablan o conversan sobre él o que la gente lo detesta. Estos hechos son ideas de referencia, que aparecen habitualmente.

También se vuelven cavilosos sobre temas religiosos o sexuales, manifestando dolores en sus órganos. Algunos se muestran inquietos, otros ensimismados. Al comienzo se pueden detectar las manifestaciones sintomáticas. En este período se debe poner la máxima experiencia médica en el diagnóstico, pues el comienzo rápido del tratamiento es indispensable. Pero a veces no resulta fácil.

Exceptuando la forma catatónica, frecuentemente el proceso es gradualmente evolutivo. En general, el paciente tiene la sensación de un cambio, le pasa algo extraño que no puede precisar, una amenaza a su persona, a veces aparece una conducta de apartamiento de las cosas o de la gente que lo rodea y en otras desarrolla una actitud de suficiencia, que lo induce a dejar de comunicarse con los miembros de su familia.

Las exigencias, y obligaciones del medio ambiente le son excesivas. Lo que sí se observa es una superficialidad afectiva y una insuficiencia de riqueza afectiva, y variedades de las expresiones emocionales. Lo que no se duda es que todos aquellos que lo ven se refieren a que está abstraído, con pérdida de la espontaneidad.

Sin ambición de nada, desalineado en su limpieza personal, descuidado con sus cosas, las que deja abandonadas en cualquier lugar. Con el tiempo, el enfermo demuestra la pérdida de su carácter y experimen-

ta un borramiento de su personalidad, carácter, temperamento. Si trabaja, ya no rinde, y lo abandona, lo mismo que los estudios; ya no capta lo que tiene que aprender. Se aleja del medio social, se aísla de amigos y familiares. Desea estar solo. Se suceden los días, ellos permanecen inactivos, cada vez más introvertidos, llegando al autismo. Sienten y vivencian los cambios; esto los pone perplejos, no se sienten los mismos de antes. Para verificar si son ellos o no, por esta sensación de cambio, se sienten incitados y obligados a mirarse repetidamente en el espejo, porque no se sienten ellos mismos (signo del espejo). En este estado permanecen horas y horas en su lecho, aislados, sin contacto con lo que los rodea. Desaliñados, a veces sucios o muy sucios. Sin importarles el aseo, abandonados de su propia persona.

El tono afectivo está disminuido, se hallan indiferentes, como distraídos en sus pensamientos interiores. En esta primera fase de iniciación de la enfermedad o incubación, antes de la construcción de un sistema simbólico elaborado, que es aceptado por él como la realidad, los conflictos están menos ocultos y se observan generalmente sin dificultades. Pero no debemos olvidar que los síntomas de comienzo son numerosos. Cada paciente inicia su enfermedad de un modo particular, de manera muy variada, que se podría verificar con los síntomas diferentes ya descritos, como por ejemplo vivencias de cambio, apatía, descuido en sus ropas, anomalías sexuales, crisis de excitación o en algunos alucinaciones, mirarse al espejo, despersonalizaciones, autorreferencias, vivencias delirantes, estructuradas psicóticamente, con proyección masiva (pensamiento mágico) a otras ideas referencia.

La edad frecuente de comienzo de esta enfermedad oscila entre los 14 y 15 años pero lo más habitual es que aparezca en la adolescencia, en ambos sexos por igual. Hay que saber que el adolescente generalmente se encuentra frente a problemas sexuales, religiosos, sociales. El sufre, se le muestran cosas que no puede alcanzar u obtener. Tiene la fantasía de arreglar el mundo. Nos debe preocupar urgentemente cuando en un adolescente se presentan problemas de estudio o en su trabajo, agregándose desórdenes afectivos, depresiones, cambios de carácter, aunque sean groseros y no relativamente importantes.

## **PERÍODO DE COMIENZO**

Dentro del gran polimorfismo de los comienzos, es posible destacar algunas formas más frecuentes y características:

- 1) Bajo la apariencia de una Neurosis (Psicastenia - Neurastenia o Histeria). Neurosis esquizofrénica.

- 2) Un comienzo de forma confusional ( Confusión mental)
- 3) Forma de excitación psicomotriz
- 4) Forma depresiva
- 5) Forma delirante
- 6) Forma de debilitación simple de la psique.

**Síntomas Constantes:** al inicio de la enfermedad

- 1) Cambio de carácter (se opera una transformación notable en el individuo pero lo que cambia es su personalidad que deja de ser lo que fue hasta ese momento. Los caracteres primitivos van desapareciendo, perdiendo el vigor que hasta ese momento les ha permitido mantener y delinear la personalidad, la que comienza a desdibujarse; a desteñirse.
- 2) Borramiento de la personalidad que se manifiesta en forma objetiva por cambios de conducta [introversión y autismo]. También el enfermo refiere [subjetivo] que tiene conciencia del cambio que se ha operado en su personalidad.
  - Sentimiento de despersonalización (signo del espejo)
  - Graves trastornos de la sensopercepción, referidos en un primer momento a su mundo interno (sensación de cambio, de transformación y la extrañeza) estos cambios en el mundo interior rompen el equilibrio con el mundo externo, y el individuo queda desambientado.
  - Roto el equilibrio el enfermo y el mundo, queda absorto en sus reflexiones, en autismo e introversión.
  - Cambios intelectuales, afectivos y volitivos.
  - Cambios en el pensamiento, en los sentimientos y en los actos.

**Signos que revelan la ruptura del equilibrio y disminución del vigor psíquico.**

- 1) Fácil fatigabilidad y marcada pereza en las elaboraciones intelectuales.
- 2) Cambios en el humor (personas alegres se tornan retraídas y pesimistas).
- 3) Hipoafectividad. (indiferencia).
- 4) Hipobulia: desgano, abandono de las tareas.

## **FORMAS CLÍNICAS**

### **1) Forma o tipo simple**

Se presenta en pacientes jóvenes, en forma gradual, e insidiosamen-

te va cambiando la personalidad. Como la sintomatología es de una pobreza muy grande, puede pasarnos inadvertida. Las ilusiones, las alucinaciones generalmente faltan y si aparecen son muy pasajeras, no desempeñando un papel significativo. El enfermo presenta formas raras de conducta que probablemente se consideran como excentricidades más que como síntomas de enfermedad mental. Se aleja del ambiente y disminuye sus respuestas a las demandas sociales. Todo se debe a que existe un embotamiento emocional y dificultad en los ajustes defensivos.

La abulia, la apatía, la indiferencia afectiva, existen en enorme grado. La escasez de sintomatología, su tardía aparición, induce a diagnósticos erróneos. Más aun si el enfermo en su estado anterior fue muy brillante e inteligente. Muchos de estos enfermos, cuando no llegan a un estado demencial, se transforman en vagabundos, delincuentes, prostitutas.

El pronóstico es malo. Hay una gran carga genética familiar, maligna, y cuando trabajan hace tareas migratorias, realizan labores muy sencillas rutinarias, en las cuales no tienen que cooperar con otras personas.

## **2) Forma o tipo hebefrénico.**

Aparece en la adolescencia, en individuos muy jóvenes, con la mayor cantidad de síntomas, por tal motivo se la llama así. Hebe, significa juventud.

En esta forma clínica existen períodos de euforia y depresión psíquica. Algunos la denominan forma distímica. Las ilusiones y alucinaciones son intensas y, entre éstas las visuales son más numerosas que en las otras formas clínicas.

La frecuencia de sus alucinaciones y asociaciones son pueriles, vagas. El habla es incoherente. Las reacciones afectivas son superficiales.

Las regresiones son intensas, por eso no guardan reglas sociales y muchas veces hay desinhibición sexual. Las ropas están sucias en forma permanente. El paciente desconcierta por su desintegración y por ser inaccesible en las entrevistas. La pérdida de la construcción lógica de las frases origina la aparición de neologismos, nueva simbolización, para-respuestas hasta llegar a la desintegración que se menciona. Se hace necesario aclarar también la existencia de alteraciones orgánicas (endocrinas, dermatológicas).

## **3) Forma catatónica.**

Tiene como característica pasar por fases de estupor y excitación, que alternan repentinamente, aunque cualquier episodio catatónico puede comprender una sola fase. Lo característico es el predominio de síntomas

motores, flexibilidad c6rea, mutismo, observ6ndose en general todos los signos de negativismo. La conducta motriz puede manifestarse permanentemente, durante largo tiempo y el paciente se muestra fr6o, con furia y a veces como un aut6mata estereotipado. Como los man6acos, no parecen entrar en fatiga, no obstante llegan al agotamiento con el transcurso del tiempo. En esa excitaci6n catat6nica, el esquizofr6nico puede adquirir comportamientos salvajes. En el estupor catat6nico, se encuentra inactivo d6as o meses, inm6vil con sus miembros y cuerpo r6gidos, adoptando posturas forzadas, permaneciendo en ellas indefinidamente. Se encuentran sentados, silenciosos, yacen en la cama a veces en posici6n fetal. Comienzan mostrando cada vez m6s desatenci6n, pobreza afectiva, despreocupaci6n y mutismo. Generalmente, descuidan sus necesidades f6sicas, no comen, tienen incontinencia de orina y materias fecales. La alimentaci6n debe realizarse en oportunidades parenteralmente o por sonda nasog6strica. Si se pone al catat6nico en cualquier posici6n, el enfermo la acepta pasivamente; hay flexibilidad c6rea.

Tambi6n en dicha forma cl6nica es donde se ven con m6s frecuencia e intensidad la obediencia pasiva o el negativismo. Las situaciones catat6nicas se interrumpen y son reemplazadas por crisis de excitaci6n (catat6nica-hiperkin6tica). Existen muchas alucinaciones auditivas. El m6dico al tomar el brazo al paciente, lo levanta, lo sostiene durante un minuto, y cuando luego lo suelta, este brazo no vuelve a bajarse sino despu6s de un tiempo bastante largo (es un signo de flexibilidad c6rea). La iniciaci6n de esta forma suele ocurrir entre los 15 y 25 a6os. Puede ser que esta reacci6n est6 causada por una frustraci6n emotiva afectiva. El pron6stico es m6s halagüe6o que en las dem6s formas cl6nicas. No obstante, despu6s de varios episodios se pueden transformar en una afecci6n cr6nica permanente.

#### **4) Forma o tipo paranoide.**

La edad de comienzo es mayor que en las otras formas cl6nicas. Aparece entre los 20 y 30 a6os y, a veces tambi6n m6s tarde, cuando la personalidad est6 mejor formada. La caracter6stica cl6nica es la suspicacia sostenida. Los delirios de persecuci6n son sus manifestaciones extremas, pero este delirio es absurdo e incoherente, mal estructurado, sin mayor repercusi6n afectiva. Se basa por completo en ideas de persecuci6n y perjuicio, fen6menos de autorreferencia y de vivencias delirantes, partiendo de all6 al delirio persecutorio de mecanismo interpretativo. Las alucinaciones son auditivas, pero tambi6n pueden manifestarse en forma cenest6sica, olfativas y gustativas. El pron6stico es m6s favorable

que en la forma simple, hebefrénica, pero menor que en la catatónica. Si se producen varios brotes pueden llevar a la demencia. El curso evolutivo es irregular. Existen pasajes de un cuadro clínico a otro con remisiones totales.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

### **1) Neurosis**

Al comienzo, en los adolescentes y jóvenes, tiene que ser diferenciada del histerismo, de las neurosis obsesivo-compulsivas, las fóbicas y de la neurosis de angustia, y también de psicosis maníaco-depresivas. Es necesario evaluar en forma exacta la personalidad prepsicótica del paciente, para verificar la existencia de una esquizofrenia latente o un estado deliroide, pues algunas afecciones como una tirotoxicosis, enfermedades renales, cardíacas, toxemias gravídicas, la precipitan.

En la histeria, la motivación psicológica es evidente. Sus síntomas, signos paradójicos, son paroxísticos y más rápidos en su iniciación, a diferencia del esquizofrénico, que tiene elementos sanos, normales, y otros psicóticos.

En la histeria, la simbolización es convencional e inteligible, en cambio en el enfermo esquizofrénico el uso de símbolos es arcaico y rápidamente visto.

En las neurosis compulsivas obsesivo-fóbicas, el enfermo resiste a cambiar su sintomatología que lo asedia y preocupa, en cambio en el esquizofrénico, a medida que pasa el tiempo se despreocupa de su sintomatología.

En el enfermo hipocondríaco, sus síntomas adquieren un sentimiento dramático, a diferencia del esquizofrénico quien carece de esta vivencia.

### **2) Con la psicosis maníaco-depresiva su diferenciación es difícil.**

Solamente se lo hace por la edad. Las manías depresivas comienzan tarde, a los 30 o 35 años. En la esquizofrenia, la iniciación sintomatológica es insidiosa, lenta y la excitación es más paroxística, en vez de ser sostenida como en el maníaco.

Los delirios esquizofrénicos son más grotescos, absurdos, produciendo menor tensión. Pero las equivocaciones son múltiples. A veces un síndrome maníaco-depresivo bien diagnosticado resultó ser una esquizofrenia.

**3) También debe diferenciarse de las disritmias,** especialmente de los estados crepusculares, que son de corta duración y efectuando un electroencefalograma se observa que éste es patológico.

**4) Intoxicaciones y adicciones,** hay que diferenciarlas de las intoxica-

ciones y las adicciones a la mescalina, anfetaminas. Con los débiles mentales que pueden tener trastornos delirantes agudos, que ceden con el tiempo sin dejar huellas en la personalidad.

## **EVOLUCIÓN**

El curso evolutivo es irregular, observándose pasajes de un estado clínico a otro. Con remisiones totales a veces y en otras ocasiones con nuevos brotes, que llevan al enfermo a un estado crónico. En oportunidades, el estado puede mantenerse en forma aceptable, es decir que el episodio esquizofrénico no genera una desorganización permanente de la personalidad. No solamente la catatónica, que es la más benigna, sino todas las otras formas clínicas tienen alteraciones episódicas, que siguen un camino evolutivo de deterioro. Es decir, en el enfermo no ocurre un retorno a lo que fue antes de enfermarse. Si bien pueden reponearse con poca cicatrización, lo que se advierte es que como residuo el esquizofrénico padece de pequeñas pérdidas de la espontaneidad, deja en parte su afectividad, la vida no le es tan alegre como antes, por el embotamiento de su afectividad.

El pronóstico deberá por supuesto ser muy reservado. Cada crisis o brote deja en el paciente un defecto en sus aspectos psicológicos: abulia, desinterés, menos espontaneidad, torpeza, falta de objetivos, frialdad afectiva, aislamiento, regresión en sus vivencias, etc. Pareciera diferente al de antes y su conducta semeja a un robot.

La levedad de su sintomatología de comienzo no guarda relación con el resultado final.

En la forma simple, el pronóstico es desalentador. En la hebefrénica, la evolución es progresiva, por episodios.

En la catatónica muchas veces se restablecen.

La forma paranoide es maligna para la personalidad y con el tiempo y los sucesivos brotes, esta personalidad se desorganiza.

## CAPÍTULO XI

### DEMENCIA

Es una debilitación global, crónica, progresiva, definitiva e irreparable de todas las funciones psíquicas.

- ◆ Global: porque alcanza a todas las funciones psíquicas.
- ◆ Crónica: porque se instala en forma lenta y paulatina.
- ◆ Progresiva: por su marcha.
- ◆ Definitiva: porque las neuronas una vez dañadas no pueden ser reemplazadas.

**Clasificación:** de acuerdo a su origen.

- A) Demencias Primitivas:      Senil  
  Vascular  
  Pre-seniles  
  Parálisis General Progresiva (sífilis)  
  Coreica  
  Precoz
- B) Demencias Secundarias: Postconfusionales  
  Alcohólica  
  Vesánica (manía - melancolía y delirio)  
  Postraumática  
  Epiléptica

Las clasificaciones de la demencia son múltiples y muy variadas.

#### a) Clasificación etiológica.

Los dos sistemas nosológicos usados con más frecuencia en la actualidad por parte de clínicos e investigadores psiquiátricos son el DSM-IV y el ICD-10. Ambos sistemas clasifican las demencias según la causa o enfermedad que conduce a la aparición de la demencia, que presentará diferente sintomatología dependiendo del grupo causal.

Las demencias son consideradas por el DSM-IV como un grupo de trastornos que se presentan con déficit múltiples de tipo cognoscitivo (incluyendo deterioro de la memoria) y comportan un declive significativo en comparación con los niveles de funcionamiento previos del indivi-

duo, de tal modo que lo conducen a una disminución en su capacidad funcional a nivel social u ocupacional.

La clasificación del DSM-IV divide las demencias en los siguientes grupos:

- 1) demencia tipo Alzheimer (de inicio temprano o de inicio tardío);
- 2) demencia vascular;
- 3) demencia debida a otras enfermedades médicas;
- 4) demencia persistente inducida por sustancias;
- 5) demencia debida a etiologías múltiples, y
- 6) demencia no especificada.

En general, una clasificación de las demencias según su etiología debe incluir al menos los siguientes apartados:

- 1) causadas por procesos degenerativos;
- 2) causadas por enfermedad vascular;
- 3) causadas por agresiones neurológicas;
- 4) causadas por infecciones;
- 5) causadas por tóxicos;
- 6) causadas por masas intracraneales;
- 7) causadas por alteraciones metabólicas o endocrinas, y
- 8) otras causas.

## **b) Clasificación anatomoclínica.**

En la práctica clínica es útil distinguir los cuadros demenciales en función de su patología basal estructural que puede ser inducida por su presentación clínica.

Otra forma de clasificar las demencias según su presentación anatomoclínica.

Las *demencias corticales* pueden presentarse como cualquiera de los síndromes lobulares corticales (frontal, parietal, temporal) o, más frecuentemente, como una combinación de éstos (por ej.: frontoparietal, frontotemporal).

La *demencia subcortical* tiene como síntoma más característico la lentitud intelectual (bradifrenia) que inunda toda la actividad mental del paciente. Además, este grupo de demencias comparten frecuentemente los síntomas de retraso psicomotor típicos de la depresión. Se producen a su vez disminución del lenguaje espontáneo y alteraciones en el paso

de una tarea a otra (disdiadocinesia).

La demencia que acompaña frecuentemente la enfermedad de Parkinson es el prototipo de la llamada demencia subcortical.

Entre las causas más frecuentes de demencia con presentación subcortical están la enfermedad de Parkinson que cursa con demencia, la enfermedad de Huntington, algunas demencias vasculares (por ej.; de multiinfarto, lacunar y de Binswanger), la demencia pugilística (o síndrome punchdrunk), el complejo demencia-SIDA y la enfermedad de Wilson.

## **DEMENCIA SENIL:**

### **a) Etiología.**

La causa determinante es la senilidad; un estado morbozo de involución (condicionado por el factor edad).

Inicio más de 60 - 65 años.

Causas impulsoras inmediatas:

■ intoxicaciones: exógenas (tóxicos)

endógenas: - por alteraciones metabólicas.

- por ruptura del equilibrio neuroendócrino (tiroides, genitales e hipófisis).
- infecciones.

### **b) Patogenia.**

Por lesiones destructivas a nivel de los elementos nobles del parénquima nervioso (atrofia y generación).

Primero alteraciones parenquimatosas y secundariamente a nivel del sistema vascular.

Característico: - lesiones fibrilares de Alzheimer que están constituidas por una aglutinación de neurofibrillas agrupadas en manojo en el interior de las células en forma de rulos u ovillos.

- placas seniles: una parte central o núcleos.  
una parte periférica o corona (ambas separadas por una zona clara).

## **Sintomatología:**

**A) Período de Comienzo:** Síntomas deficitarios.

1. Atención, ligeramente inestable y superficial por fatiga psíquica pronta.
2. Sensopercepción, entorpecida por la debilitación de la atención que dificulta la comprensión.
3. Disminución de la actividad intelectual, en lo que respecta a nuevas

elaboraciones y a la imaginación creadora. Al principio enmascarada por una buena memoria de evocación, pérdida del vigor adquisitivo (es muy poco o nada lo que puede asimilar y el trabajo intelectual se hace cada vez más penoso).

4. Modificaciones en la afectividad y en la conducta y en el carácter, lo más frecuente de observar es el senil gruñón y fácilmente irritable. Comienza a descender su interés por las personas y las cosas que lo rodean, es frecuente la aparición de un sentimiento egoísta y avaro.

## **SINDROME DEMENCIAL**

### **B) Período de Estado:**

#### **1) Esfera Intelectual.**

1. Atención: debilitación global, pronto sucumbe ante la fatiga excesiva.
2. Sensopercepción: por debilitación global de la psiquis se realiza con mucha torpeza, dificultando la comprensión de los hechos y situaciones nuevas, en casos más graves llegamos a la agnosia y trastornos ilusorios.
3. Memoria: disminución de la memoria de fijación (anterógrada) por disminución de la atención, luego desaparece totalmente por eso fabulan tratando de llenar las lagunas mnésicas por falta de recuerdos inmediatos, luego se daña la memoria de evocación (retrógrada) la amnesia va en aumento siguiendo a la ley de Ribot. Amnesia Nominal.
4. Ideación: se empobrece paulatinamente al avanzar el proceso de debilitación, hay una disminución del caudal de ideas abstractas que reemplaza de a poco por las concretas.  
Por último es frecuente ver ideas delirantes de perjuicio, persecutorias y celosas.
5. Asociación de ideas: el ritmo asociativo es tórpido por la marcada bradipsiquia, luego se llega a la incoherencia asociativa.
6. Juicio: su debilitación junto con la disminución de la memoria constituyen uno de los síntomas fundamentales que caracterizan a la demencia.  
Hay graves fallas en los juicios de valor, especialmente en todo aquello que concierne a la autocrítica.
7. Pensamiento: va perdiendo su jerarquía, se torna rígido para llegar finalmente a la disgregación.
8. Imaginación: existe un apagamiento y posteriormente se extingue

en forma paulatina.

9. **Conciencia:** puede observarse una pérdida de la nitidez de la conciencia, de su lucidez normal como si se tratara de un estado subconfusional crónico, por un lado debido a la desconexión con el mundo exterior que se origina en el empobrecimiento del sensorio, y por otro lado a la desconexión de su mundo interior que se origina en la amnesia.

De esta manera se debilita la conciencia y se produce la desorientación del enfermo.

Se produce la pérdida de la personalidad, o sea la ruina, el derrumbe total del individuo.

## **II) Esfera afectiva:**

En general la vida afectiva del individuo pierde jerarquía, se desvaloriza. Se produce una pérdida de los sentimientos altruistas y de los valores éticos, quedando en pie la vida emocional primaria por debilitación de las inhibiciones corticales.

En la demencia senil la afectividad se mantiene activa entorno a lo que constituyen los intereses personales inmediatos, disminuyen intensamente los ideales que son sustituidos por sentimientos egoístas y avaros; se hacen mezquinos, temerosos de ser despojados y de quedarse sin dinero, todo lo quieren para sí.

Presentan descargas emocionales de cólera con gran irritabilidad, otras veces explosiones de alegría y de risa, cambiando fácilmente al llanto y las lamentaciones. Esto se conoce como la labilidad afectiva con incontinencia afectiva.

Es frecuente la exaltación del instinto sexual.

## **III) Esfera activa:**

En general el paciente con demencia senil se apaga a medida que la psiquis se debilita lo más común es observar un enfermo apático y abúlico, otras veces pueden verse activos por exaltación de la vida instintiva y si hay excitación psicomotriz se observa una actividad improductiva y descontrolada.

Aprobatividad: aprueban todo cuanto se le sugiere.

En el lenguaje se observa verborrea, incontinencia verbal y lo más frecuente de observar es una notable disminución del vocabulario del paciente.

## **C) Período Terminal:**

Está dado por el derrumbe total de la personalidad del sujeto, que

solo vive una vida vegetativa hasta caer en el gatismo.

### **Formas Clínicas.**

1. Forma Simple: lo más sobresaliente es el apagamiento y debilitación progresiva de las funciones psíquicas hasta la completa destrucción de la personalidad.
2. Forma Maníaca: presenta estados de excitación de intensidad variable con mucha semejanza con el cuadro maníaco. Excitación pobre y pueril, con marcada tendencia erótica, el lenguaje es procaz y obsceno con ademanes alusivos, no son raras las alucinaciones y más frecuentemente ilusiones. Ideas megalómanas.
3. Forma Melancólica: es una de las formas más frecuentes de iniciación de la Demencia Senil. La demencia es más o menos marcada pero no tiene la intensa repercusión afectiva de la verdadera melancolía.

**Síntomas frecuentes:** -trastornos cenestésicos que originan ideas hipocondríacas, tienen conciencia de la disminución de su capacidad intelectual  
- introversión con crisis de angustia y ansiedad.  
- ideas nihilistas de suicidio.

En todas las manifestaciones nunca alcanzan la intensidad afectiva de la melancolía endógena.

4. Forma Delirante: son delirios de escasa envergadura que por el progreso de la debilitación intelectual están destinados a desaparecer. El tipo de delirio más frecuente es el de perjuicio y persecución. Es relativamente común el delirio celotípico en los seniles.
5. Forma Presbiofrénica: Kahlbaum describió la presencia concomitante de síntomas demenciales y síntomas confusionales. Es más frecuente en la mujer aparece como un cuadro de debilitación psíquica que tiene como característica la de insinuarse en forma diferente, y que ciertas funciones psíquicas son selectivamente las más dañadas.

### **Tríada Sintomática de la Demencia Presbiofrénica.**

- 1) Amnesia: El síntoma principal es la falta absoluta de la memoria de fijación. La falla parecería ser una falta de grabación por deficiencia de los centros mnemónicos perceptivos, por incapacidad de retener los engramas por defecto de la sustancia cerebral. La memoria de evocación al principio se encuentra más o menos conservada y luego de a poco se hace incierta e imprecisa. Paramnesias - Falsos reconocimientos.

- 2) Desorientación: Está supeditada a la amnesia. D. Alopsíquica. Es notablemente marcada en el espacio y desconoce el transcurso del tiempo.
- 3) Fabulación: Está supeditada a la amnesia por paramnesias. El enfermo tiene que llenar los espacios vacíos y lo hace mediante el manejo de representaciones automáticas que son las paramnesias, las que sustituyen a los recuerdos verdaderos. Fabulación de relleno.  
El debilitamiento se produce fundamentalmente por una profunda amnesia, la que secundariamente acarrea la desorientación y la fabulación.

## DEMENCIA DE ALZHEIMER

El término demencia deriva del latín de (privativo) y mens (inteligencia).

Es una demencia de tipo cortical en la que se observa un declive global y progresivo de las facultades cognitivas del individuo y de su personalidad.

Sería una forma atípica de Demencia Senil {alteración del brazo largo del cromosoma 21}.

### I) Período de Comienzo:

Pródromos indeterminados y variables casi siempre trastornos subjetivos y semejantes a los de la menopausia. Síntomas no específicos de un proceso demencial: cefaleas - mareos - irritabilidad, etc.

### Síntomas específicos:

- El enfermo se hace más silencioso al principio.
- Hipoprosexia.
- Amnesia de fijación.
- Comportamiento de perplejidad, de apatía con expresión sonriente.
- Frecuentes equivocaciones y confusiones en los actos cotidianos de la vida como olvido de prendas de la indumentaria, torpezas progresivamente agravadas.
- Trastornos del lenguaje: se hace monótono.

### II) Período de Estado:

Rápidamente se produce el progreso demencial. Es característica la expresión en el rostro de perplejidad y torpeza, luego la expresión fisiológica suele ser amable, sonriente, es una sonrisa estúpida.

1. Amnesia anterógrada: se inicia con un olvido de los hechos recientes y una dificultad progresiva para adquirir nueva información. Luego se agrega amnesia retrograda.
2. Desorientación.

3. Incapacidad de encontrar la palabra adecuada.
4. A menudo cursa con cuadros superpuestos de tipo afectivo y con alteraciones del comportamiento.  
La sintomatología psicótica no es infrecuente y muchos pacientes con demencia presentan tanto delirios como alucinaciones.
5. Trastornos del comportamiento: agresivo, exceso de actividad psicomotriz, trastornos alimentarios.  
En casos más avanzados aparece la facies catatónica y animia o expresión imbecílica.
  - Agnosia - Apraxia - Afasia
  - Logoclonías - (signo de Resuma).

### III) Período Terminal:

Vida vegetativa con estado gatoso en 4 - 5 años.

## DEMENCIA VASCULAR

### Etiología:

Conjunto heterogéneo de trastornos cuyo origen etiológico es el deterioro cerebral a consecuencia de enfermedad vascular y que cursan con demencia.

Los mecanismos usuales de lesión vascular son: arteriosclerosis, embolias, hemorragia vasculitis.

Estos mecanismos conducen a síndromes clínicos muy diversos que dependen de la localización y de la extensión de la lesión.

Pueden ser:

1. Demencia multiinfarto (DMI)
2. Demencia producida por infarto en zona estratégica (tálamo o giro angular).
3. Demencia por lesiones en la sustancia blanca (infartos lacunares) que puede llegar a un estado lacunar que es una demencia de tipo subcortical.

**Palogenia:** las lesiones iniciales están ubicadas en los vasos y secundariamente aparecen las lesiones en los elementos del tejido nervioso por defecto de irrigación.

### Sintomatología:

**I) Período de Comienzo:** puede ser

a) Lento y progresivo: que se revela por:

- Manifestaciones físicas: rápida fatiga muscular - palidez o

rubicundez de la cara por trastornos vasomotores, trastornos sensoriales como hipoacusia o zumbidos.

- Manifestaciones psíquicas: cambios en el carácter, fácil irritabilidad, crisis de hipocondría y de ansiedad. Claudicación intermitente del cerebro, síntomas de debilitación psíquica.

**b)** Brusco y más grave: la más frecuente es el Ictus ( hemiplejía incompleta y pasajera cuando no es un ictus verdadero ).

**Síntomas psíquicos:** un cuadro de debilitación más o menos pronunciado de la psique.

La distinción entre la Demencia Senil y la Vascular desde el punto de vista clínico, es más bien neurológica, pues los síntomas psíquicos son muy semejantes.

**Síntomas incipientes:** son los de la hipocondría o neurastenia.

- cefaleas de muy variada forma
- vértigos - mareos, zumbidos de oídos
- Insomnio.

En la **Esfera psíquica** se aprecia una transformación paulatina y progresiva de la personalidad principalmente en sus manifestaciones afectivas y sociales.

La personalidad pierde firmeza y el enfermo se transforma en un sujeto sumamente emotivo, sentimental, se le humedecen los ojos y lloran fácilmente. Es típica la propensión al enternecimiento.

Al mismo tiempo se hace irritable, susceptible, desconfiado y sufre raptos coléricos o furiosos por insignificantes pretextos.

## **Trastornos amnésicos.**

### **II) Período de Estado**

Consiste en la identificación de los fenómenos descriptos.

- Incontinencia emotiva. Son muy frecuentes las crisis ansiosas.
- Intranquilidad o agitación psicomotriz.
- Los trastornos afectivos palidecen con el progreso de la demencia.
- Los trastornos de la esfera intelectual: fatigabilidad mental, luego lentitud de los procesos ideativos, pobreza de las asociaciones, y más tarde, disminución de la productividad.

El núcleo de la personalidad se conserva mucho más tiempo que en las otras demencias.

Las pautas diagnósticas para demencia vascular son:

**I)** Demencia

**II)** Enfermedad cerebrovascular: presencia de signos focales en el

examen neurológico con evidencia de enfermedad cerebrovascular al usar las técnicas de neuroimágenes.

III) Existencia de una relación entre la demencia y la enfermedad cerebrovascular indicada por:

1. inicio de la demencia dentro de los 3 meses posteriores a un ACV
2. deterioro abrupto de la función cognitiva o progreso escalonado y fluctuante de déficit cognoscitivo.

### **DEMENCIA DEBIDO AL HIV**

Alrededor de la tercera parte de los pacientes con SIDA presentan complicaciones neurológicas atribuibles a la acción directa del virus HIV sobre el cerebro, debido a la afinidad del virus por el SNC.

1. Complejo Sida Demencia.
2. Trastorno cognitivo motor asociado al HIV.
3. Mielopatía asociada con HIV.

### **Complejo Sida - demencia:**

Es la complicación más severa y más frecuente de la infección por HIV y en algunos pacientes es la manifestación más temprana o única del virus.

El cuadro clínico es un síndrome en el que hay alteraciones cognitivas, motoras, afectivas y conductuales y es diferente a las demencias corticales que se caracterizan por amnesia, trastornos del lenguaje y agnosia.

En la demencia por HIV el patrón clínico está más cerca de las demencias subcorticales.

### **Trastornos cognitivos:**

1. olvidos
2. escasa capacidad de concentración
3. dificultades en la resolución de problemas.

### **Trastornos motores:**

1. enlentecimiento
2. temblor
3. deterioro de los movimientos rápidos repetidos
4. falta de equilibrio
5. ataxia.

**Trastornos afectivos:**

Manía e hipomanía: (se asocian con la enfermedad sistémica avanzada).

**Trastornos conductuales:**

1. apatía
2. retraimiento social
3. delirio ocasional
4. ideas delirantes
5. alucinaciones.

**ENFERMEDAD DE PICK**

Se caracteriza por una atrofia cortical circunscripta y desde el punto de vista clínico por síntomas focales tributarios de la localización de las lesiones, las que se localizan preferentemente en los lóbulos frontal y temporal, las bases de los lóbulos son las más afectadas.

El comienzo suele parecerse al de la Enfermedad de Alzheimer, rastro y progresivo.

- Amnesia de fijación
  - Inmediatamente los pacientes pierden sus conceptos éticos y comienza la conducta inmoral, en la esfera sexual.
  - Negligencia en el aseo e indumentaria.
  - Pica: comen papeles o cartón, materiales no comestibles.
  - Los trastornos de conducta se acompañan de disminución del rendimiento intelectual.
  - Pronto los enfermos desconocen a sus parientes y se conducen completamente desorientados.
- ◆ **Pick Frontal:** Una falta de iniciativa ( pérdida de los intereses ). Apragmatismo. Mutismo. No hablan espontáneamente. Responden con monosílabos o con una sonrisa estúpida. Amnesia frontal: alteraciones en la discriminación de la prioridad de los eventos. Aspecto taciturno. Facies con expresión estuporosa.
  - ◆ **Fronto basal:(corteza orbitaria):** moria frontal. Trastornos del carácter. Desinhibición instintiva (por liberación de la amígdala). Se libera el freno de los afectos.
  - ◆ **Pick Temporal:** Trastornos de la memoria esencialmente de fijación {Hipocampo}. Bulimia. Ecolalia {falta de inhibición verbal}. Afasia Nominal. Apraxia. Logorrea agramática y parafásica. Estereotipias motrices.

## **DEMENCIA COREICA**

Enfermedad Neurológica hereditaria {cromosoma 4} que afecta a los núcleos de Putamen y Caudado {extrapiramidales}.

### **A) Síntomas Neurológicos:**

- 1) El síntoma fundamental son los movimientos coreicos que comienzan en forma lenta en la cara o miembros extendiéndose poco a poco a todo el cuerpo.
- 2) Aumento del tono muscular.
- 3) Reflejos tendinosos normales o ligeramente aumentados.
- 4) Disartria y lenguaje incomprensible.
- 5) El enfermo realiza constantemente movimientos, hace muecas, contorsiones y presenta serias dificultades en la marcha.

### **B) Síntomas Psíquicos:**

- 1) Nerviosidad, irritabilidad y carácter inestable.
- 2) Alteraciones de la memoria especialmente de fijación.
- 3) Hipoprosexia.
- 4) Juicio debilitado.
- 5) Hipoafectividad.

### **Formas Clínicas:**

1. Forma Psíquica: en la que los fenómenos neurológicos están muy poco marcados y a veces faltan.
2. Forma Coreica: cuando faltan o son muy poco marcados los síntomas psíquicos.

<b>D. Corticales</b>	<b>D. Subcorticales</b>	<b>D. Axiales</b>
Alzheimer Pick Multiinfarto Meningoencefalitis	Huntington Parkinson Wilson Sida	Wernicke Korsakoff Hakin - Adams
<b>Localización</b>		
Áreas de asociación Corticales	Caudado Lenticular Sustancia Nigra Mesencéfalo	Hipocampo Hipotálamo Fornix Cuerp. Mamilares
<b>Aspecto</b>		
Normal - lúcido	Perplejo	Normal
<b>Actividad</b>		
Normal	Retardada	Falta de iniciativa
<b>Postura</b>		
Erecta	Inclinada - Contorsionada	Normal
<b>Marcha</b>		
Normal	Ataxia - Inestabilidad Marcha a pequeños pasos	Anormal
<b>Movimientos</b>		
Tendencia a deambular	Temblores, distonías Rigidez, Corea, etc.	Normal
<b>Lenguaje</b>		
Anomia - Parafasias	Normal - Lentitud	Normal
<b>Memoria</b>		
Paulatino fallo Retentivo	Olvidos y fallos de atención	Grave defecto retentivo
<b>Orientación</b>		
Desorientación Topográfica	Desorientación Apática	Desorientación Amnésica
<b>Tareas y f. Cognitivas</b>		
Apraxias y agnosias	Torpeza	Relacionada c/alt Amnésica
<b>Afectividad</b>		
Despreocupación Labilidad e incontinencia Afectiva	Tosquedad Apatía Falta de motivación	Despreocupación



## CAPÍTULO XII

### EPILEPSIA

Actualmente se habla de Epilepsias pues se trata de síndromes sumamente polimorfos en su etiología y clínica que responden a una fisiopatología común.

Epilepsia significa sorpresa, por eso se la define como un trastorno paroxístico, transitorio de las funciones del cerebro, que se desarrolla bruscamente, cesa espontáneamente, y presenta una notable tendencia a repetirse.

Desde el EEG se pudo entender a las Epilepsias como fenómenos correspondientes a descargas neuronales excesivas y paroxísticas, que se traducen clínicamente en ataques.

Teóricamente existirían tanta formas clínicas o manifestaciones epilépticas como funciones tenga el cerebro.

Hay crisis convulsivas que no son epilepsia (febril/hipoglucemia).

Hay formas de epilepsia no convulsivas (ausencias - mioclonías).

#### **Síntomas Psiquiátricos.**

- A.** Accesos o crisis
- B.** Algunos pacientes llevan consigo durante toda su vida, un sello en su personalidad que los hace distintos.
- C.** Manifestaciones psiquiátricas semejantes a las de otros cuadros psicopatológicos de la nosografía psiquiátrica.

#### **PERSONALIDAD EPILÉPTICA**

Francisca Minkowska investiga un tipo de personalidad Epileptoidea, Glisroide o viscosa.

El sujeto ofrece una peculiar lentitud en el desarrollo de los procesos psíquicos que se manifiesta en todas las funciones mentales.

Hay un psiquismo peculiar del epiléptico ya antes de la presentación de crisis convulsivas cuando éstas aparecen tardíamente.

Es genotípica e independiente de la duración de la enfermedad y de la frecuencia e intensidad de las crisis (factor constitucional).

Se caracteriza por:

1. Perseveración epiléptica: (adherencia o pegajosidad), trastornos específicos de los epilépticos.
  - ◆ En los discursos y escritos, repiten la misma palabra o muletilla o expresión
  - ◆ En la afectividad se caracteriza por la larga persistencia de los afectos.
  - ◆ En la conducta: adherencia a una representación, por ej., doblar un pañuelo.
2. Prolijidad epiléptica: debe considerarse una consecuencia directa de la perseveración asociativa de los epilépticos.  
Los relatos y escritos son insufribles por tontos detalles, excesivamente minuciosos. Usan exageradamente frases de salutación y cumplido.
3. Viscosidad epiléptica: Bradipsíquia, ausencia de agilidad mental, de flexibilidad espiritual, de elasticidad afectiva.  
Habla lentamente repitiendo varias veces, dubitativo, cierta solemnidad y pompa en el discurso. Adiadococinecia psíquica o sea dificultad para seguir cambios rápidos y giros del lenguaje, para percibir contrastes.  
Viscosidad en el tempo psíquico del epiléptico. Son amigos pegajosos de quienes huye todo el mundo.
4. Pensamiento epiléptico: Resulta oscuro, indeterminado, difusos los conceptos e ideas. Dificilmente distinguen conceptos diferentes y mas difícilmente encuentran ideas originales. Resulta de la perseveración asociativa.
5. Memoria epiléptica: dificultades para la reproducción, son difícilmente evocadas.  
La dificultad se manifiesta en encontrar la palabra que se busca.
6. Afectividad epiléptica: caracterizada por intensa reactividad, y por persistencia del afecto.  
Existen dos tipos de afectividad epiléptica:
  - 1) Afectividad explosiva y desencadenada por mínimos motivos.
  - 2) Afectividad del enequético es compacta, tosca y primitiva.Puede admitirse una bipolaridad afectiva epiléptica. Explosivo irritable y pedante, bonachona.
7. Egocentrismo epiléptico: le importan sobre todo sus intereses, su cuerpo a veces, su enfermedad, habla siempre de sí mismo, con gran elogio, enorme orgullo e insoportable suficiencia.

Se quejan de la envidia que les tienen a causa de sus buenas cualidades. Religiosidad.

8. Lenguaje epiléptico: El discurso es lento, cansado, con repetición de palabras y sílabas, con reiteradas interrupciones para volver constantemente al mismo tema (lenguaje cantado, monótono).

Las características más sobresalientes son:

1. Marcada bradipsiquia (gran lentitud y torpeza en las elaboraciones psíquicas).
2. Pensamiento pobre: de curso lento, viscoso, perseverante.
3. Fácil irritabilidad e impulsividad.
4. Gran susceptibilidad.
5. Hondo sentido de justicia personal (reclama por sus derechos en cuanto se siente menoscabado, pero es injusto con sus semejantes).
6. Falta de sinceridad: tras una excesiva cortesía, sumisión y dulzura se encubren sentimientos de antipatía y rencor.

## PSICOSIS EPILÉPTICAS

### 1. FORMAS AGUDAS:

#### A) Trastornos del nivel de conciencia.

- 1) **Obnubilación** (cuantitativo) al foco de la conciencia le falta luminosidad, (pérdida de la lucidez normal de la conciencia) aparece como somnoliento, con expresión de cansancio, disminución de la iniciativa y espontaneidad, respuestas tardías.

La conciencia ha perdido su claridad o nitidez perceptiva.

Desorientación alopsíquica y autopsíquica.

#### 2) Estados crepusculares:

Síndromes epilépticos paroxismales más frecuentes después de la crisis convulsiva. Sería un trastorno cualitativo. (estados segundos). Por lo general de comienzo repentino duran minutos o días a veces semanas o meses.

Se caracterizan por:

a) Obnubilación parcial del sensorio y

b) Modificación de todos los procesos de la vida psíquica.

- Percepción, puede tener efecto pero si son estímulos fáciles de apreciar.
- Pensamiento perturbado y las asociaciones siguen vías accesorias

- En la mayor parte de los casos el discurso resulta confuso e incoherente.
- Conciencia alternativa alterada, nueva por lo cual el enfermo obra y se mueve con cierta corrección aparente (estados segundos). Es diferente también el estado de ánimo habitualmente disfórico.
- El grado de obnubilación del sensorio es más intenso que en la simple obnubilación.
- La orientación está perturbada.
- Existe amnesia accesional.
- Trastornos somáticos: dilatación pupilar con reflejo fotomotor perezoso, y alteraciones, reflejos patelares.

Se disminuye el ámbito del mundo externo y disminución de gran parte de las actividades psíquicas superiores de la personalidad. Se produce una marcada torpeza en la marcha de las elaboraciones psíquicas con gran bradipsiquia. Movimientos lentos.

### 1) **Confusión:** Estupor

Psicosis que duran de 15 - 20 días hasta varias semanas.

- ◆ Se produce un estado de confusión mental con profunda torpeza
- ◆ Facies perpleja y a menudo inexpresiva
- ◆ Alcanzando hasta el estupor epiléptico (el enfermo no habla - no contesta)
- ◆ Respuestas incoherentes y absurdas o actos absurdos e impulsivos que aparecen bruscamente. No hablan espontáneamente.
- ◆ Dificultad en la comprensión y en la ideación
- ◆ Disminución de la capacidad de identificación
- ◆ Desorientación auto y alopsíquica
- ◆ Amnesia accesional
- ◆ Los actos responden a la obnubilación del sensorio, los ejecutan con completa inconsciencia, en algunos casos se llega a un estado muy cercano al estupor catatónico.

### B) **DISTIMIAS:**

La obnubilación del sensorio pasa a un segundo plano, aparece sin causa aparente que la origine y desaparece también bruscamente.

La frecuencia es variable, diaria, cada 3 - 4 días, a veces mensuales.

### 1) **Disforia matinal** (irritable), el enfermo se levanta de malísimo humor, insoportable, gruñón, descontento, le desagrada lo que el día

anterior le placía, una nimiedad provoca rozamientos y discusiones familiares, se queja de menosprecio, de ser relegado al último rincón de la casa.

El más insignificante motivo desencadena raptos de violencia y desesperación con rotura de objetos y hasta violencia a las personas.

**2) Distimia epiléptica maníaca:** es más rara (logorrea, fuga de ideas, cuadro maníaco, que puede llegar al furor epiléptico).

Eufórica: no es una verdadera euforia.

- Sin razón alguna el enfermo encuentra que todo marcha bien, su salud es excelente , ve el mundo color de rosa.
- Locuacidad, flujo de ideas.
- Inquietud e incluso agitación psicomotriz.
- Profunda intranquilidad y tensión interna, determina una conducta brusca.

Poriomanía: tendencia irresistible a caminar sin rumbo fijo, sobrevinida bruscamente por lo general como descarga a una distimia (fugas epilépticas).

Suelen terminar un sueño profundo o por una crisis convulsiva, la amnesia no suele ser total. No es raro que realicen diferentes actos antisociales.

**3) Distimia epiléptica depresiva:** se caracteriza por el estado de abatimiento, de malestar, de preocupación por su salud, molestias hipocondrías diferentes.

A veces las representaciones hipocondrías se transforman en verdaderas ideas delirantes (melancólicos).

Se culpa de lo que le sucede, de la conducta que ha tenido con sus familiares. Ocasionalmente, determina crisis de angustia y llantos. Generalmente irritables y malhumorados.

## C) DELIRIOS.

**1) Con trastornos del nivel de conciencia.**

Aquellos estados crepusculares caracterizados por el predominio de las alucinaciones y de la agitación psicomotriz.

A la obnubilación del sensorio se agrega una mayor incoherencia del pensamiento.

El enfermo vive en un mundo delirante. Afectividad y conducta se ajustan durante la persistencia del delirio a las alucinaciones. (Delirio de tipo onírico), determinada con intensa agitación psicomotriz.

**2)** Sin trastornos del nivel de conciencia, (estados crepusculares lúcidos) místico (el enfermo adquiere los atributos de la divinidad) (extasis).

Terrorífico

Persecutorio

### **I) Formas Intermedias:**

**1)** Histeroepilepsia: un ensamble de dos entidades con disturbios motores y diferentes en su etiopatogenia y psicopatología.

**2)** Forma Esquizofreniforme: Hay dos posturas, una de ellas se basa en una teoría unitaria y en la otra, la esquizofrenia se insertaría en la epilepsia de base.

Personalidad Premórbida esquizoide con rasgos esquizofrénicos. Delirio de influencia mal estructurado, tendencia a la despersonalización. Temática delirante de influencia poco significativa. Hipobulia y autismo.

### **I) Formas Crónicas: Deterioro epiléptico o demencia epiléptica.**

Más bien se trata de una involución del psiquismo.

Es un síndrome secundario a la enfermedad y sus síntomas crecen en intensidad con la frecuencia y gravedad de las crisis convulsivas.

Se atribuye a la muerte del tejido nervioso por anoxemia durante el ataque por la isquemia consecutiva a la vasoconstricción paroxismal.

Se acentúan todos los síntomas psicopatológicos propios de la personalidad epiléptica.

Comprende mal y con lentitud, integra penosamente lo percibido y reacciona pesada y torpemente a los signos mas intelectuales, trastornos de la memoria de evocación y afasia amnésica.

Síndromes semejantes a lesiones del lóbulo temporal.

### **Factores que favorecen la marcha hacia la demencia.**

**1)** El terreno (estados de inferioridad y debilidad del S.N.C.) caprichosos de mal carácter y de escaso nivel intelectual.

**2)** Edad: cuanto más tempranamente se afecta el individuo por la epilepsia tanto más fácilmente se produce la demencia.

**3)** La intensidad y la repetición de los ataques.

Poco a poco se va disminuyendo el campo de la actividad intelectual, el juicio se debilita paulatinamente hasta la puerilidad, simultáneamente se empobrece la personalidad en todos sus aspectos, sumiéndose en la demencia.

## CAPÍTULO XIII

### TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA

El hecho de presentar una sección específica destinada a trastornos que suelen diagnosticarse por primera vez durante la infancia, la niñez o la adolescencia es sólo una cuestión de conveniencia, y no se pretende sugerir que exista alguna distinción clara entre trastornos “infantiles” y “adultos”. Aunque la mayor parte de los sujetos con estos trastornos se presentan en la asistencia clínica durante la infancia o la adolescencia, a veces los trastornos en cuestión no se diagnostican hasta la etapa adulta. Además, varios trastornos incluidos en otros apartados de este manual suelen tener su inicio durante la infancia o la adolescencia.

En esta sección se incluyen los siguientes trastornos:

- 1. Retraso Mental.** Este trastorno se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del prometido (un CI de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa. Se presentan códigos separados para **retraso mental leve, moderado, grave y profundo**, así como para **retraso mental de gravedad no especificada**.
- 2. Trastornos del aprendizaje.** Estos trastornos se caracterizan por un rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto, la medición de su inteligencia y una enseñanza apropiada a su edad. Los trastornos específicos incluidos en este apartado son: **trastornos de la lectura, trastorno del cálculo, trastorno de la expresión escrita y trastorno del aprendizaje no especificado**.
- 3. Trastorno de las habilidades motoras.** Incluye el **trastorno del desarrollo de la coordinación**, caracterizado por una coordinación motora que se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto y la medición de la inteligencia.
- 4. Trastornos de la comunicación.** Estos trastornos se caracterizan por deficiencias del habla o el lenguaje, e incluyen **trastorno del lengua-**

**je expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, trastorno fonológico, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado.**

5. **Trastornos generalizados del desarrollo.** Estos trastornos se caracterizan por déficits graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Los trastornos específicos incluidos en este apartado son **trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.**
6. **Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.** Este apartado incluye el **trastorno por déficit de atención con hiperactividad**, que se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención y/o de impulsividad-hiperactividad. Se presentan subtipos para especificar la presentación del síntoma predominante: **tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo y tipo combinado.** También se incluyen en este apartado los trastornos de comportamientos perturbadores: el **trastorno disocial** se caracteriza por un patrón comportamental que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto: **el trastorno negativista desafiante** se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante. Este apartado incluye asimismo dos categorías no especificadas: **trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado y trastorno de comportamiento perturbador no especificado.**
7. **Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentarias de la infancia o la niñez.** Estos trastornos se caracterizan por alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. Los trastornos específicos incluidos aquí son: **pica, trastorno de rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.** Obsérvese que anorexia nerviosa y bulimia nerviosa han sido incluidas en "Trastornos de la conducta alimentaria", sección que aparece después en el manual.
8. **Trastornos de tics.** Estos trastornos se caracterizan por tics vocales y/o motores. Se han incluido los siguientes trastornos específicos: **trastorno de la Tourette, trastorno de tics motores o vocales crónicos, trastorno de tics transitorios y trastorno de tics no especificado.**

- 9. Trastornos de la eliminación.** Se incluye la **encopresis**, la deposición repetida de heces en lugares inadecuados, y la **enuresis**, la emisión repetida de orina en lugares inadecuados.
- 10. Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia.** Este grupo se dedica a trastornos no incluidos en los anteriormente citados. **El trastorno de ansiedad por separación** se caracteriza por una ansiedad excesiva e inadecuada desde el punto de vista evolutivo concerniente a la separación respecto del hogar o de las personas con quienes el niño está vinculado. **El mutismo selectivo** se caracteriza por una persistente incapacidad para hablar en situaciones sociales específicas a pesar de que el niño hable en otras situaciones. **El trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez** se caracteriza por una relación social manifiestamente alterada e inadecuada evolutivamente, que se produce en la mayor parte de los contextos y se asocia a una crianza claramente patógena. **El trastorno de movimientos estereotipados** se caracteriza por un comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo, y no funcional, que interfiere marcadamente las actividades normales y, a veces, puede dar lugar a lesiones corporales. **El trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado** es una categoría residual para codificar trastornos que tienen su inicio durante la infancia, la niñez o la adolescencia y que no cumplen los criterios de ningún o trastorno específico de esta clasificación.

### **RETRASO MENTAL (OLIGOFRENIA).**

Funcionamiento intelectual general significativamente por debajo de la media que se acompaña de limitaciones significativas en el funcionamiento adaptativo.

El deterioro funcional tiene que acompañar al deterioro intelectual.

Tests Psicométricos. Escala de inteligencia estandarizada, (con un CI alrededor de 70), también deben tenerse en cuenta los factores ambientales, físicos y otros que influyen tanto en el funcionamiento adaptativo como en el individual.

El funcionamiento adaptativo se evalúa mediante la escala de Vieneland de comportamiento adaptativo.

Se evalúan destrezas de comunicación, de sociabilización, de vida diaria y motoras y se obtiene una composición de la conducta adaptativa que se comparan con las capacidades esperadas a una edad determinada.

Se consideran 4 grados de retraso mental:

- Leve: CI entre 50/55 y 70
- Moderado: CI entre 35/40 y 50/55
- Grave: CI entre 25/25 y 35/40
- Profundo: CI por debajo de 20/25

Otra clasificación:

- Idiotas: CI menor de 20/25
- Imbéciles: CI entre 20 y 40/50
- Débiles Mentales: CI hasta 75

El retraso mental es una condición del desarrollo detenido o incompleto de la mente, caracterizado por la alteración del desarrollo de las habilidades que contribuyen al nivel total de inteligencia.

Así se ven afectadas: las capacidades lingüísticas, motoras, sociales y cognitivas. El comportamiento adaptativo está casi siempre alterado por esto puede ser menos evidente en ambientes sociales protegidos.

Los tests deberían ser ajustados a las reglas culturales locales.

Deben poseer un CI por debajo de 70 y además presentar déficits en funcionamiento adaptativo de por lo menos de dos de las siguientes funciones:

Comunicación. Autocuidado. Vida del hogar familiar. Sociabilización. Recursos comunitarios. Autodirección. Habilidades académicas funcionales. Satisfacción laboral. Salud. Seguridad.

Detención del desarrollo psíquico, sea éste congénito o adquirido en los primeros años de vida.

Será considerado Oligofrénico todo individuo que evidencie una insuficiencia intelectual más o menos marcada.

Hay un insuficiente desarrollo de la personalidad aunque más acentuado en sus manifestaciones intelectuales.

### **Diagnóstico de Oligofrenia:**

1. Método Psicológico: que se verifica a través de un rendimiento insuficiente en los tests de inteligencia.
2. Método Sociológico: cuando se comprueba una dificultad manifiesta para conducirse correctamente en la vida y adaptarse a las normas de convivencia social.

En la Oligofrenia parece alterado en primer término el factor intelectual que se refleja en la vida instintiva, afectiva y volitiva.

Se manifiesta en una personalidad que se está desarrollando, que madura.

## CAUSAS:

### A) FACTORES BIOLÓGICOS:

**1) Factores endógenos:** dependen del bagaje genético - cromosopatías {25 % de los Retardos Mentales} 6,2 cada mil nacimientos.

Los más importantes son el Síndrome de Down y el Síndrome de X frágil.

**1. Síndrome de Down:** 1 de cada 660 nacimientos vivos - frecuencia variable. Generalmente formas imbecílicas {retardo moderado}; afectivamente son más sociables.

Caracterizados por su estigmatología somática sobre todo los rasgos fisonómicos.

- Casa asiática o mogólica por oblicuidad de los ojos, por la presencia de un pliegue semilunar a nivel de la comisura interna de los mismos.
- Cráneo redondeado, cara aplanada de frente estrecha.
- Nariz pequeña, boca entreabierta con macroglosia.
- Escasa estatura.
- Manos y pies cortos y anchos con gran amplitud del espacio interdígital que separa el dedo gordo del 2do. dedo de pie {pliegue simiano}, muy predispuestos a las infecciones del aparato respiratorio, especialmente tuberculosis.
- Malformaciones cardíacas.
- Son susceptibles de presentar estados emocionales de gran excitación y agresividad.

**2. Síndrome X Frágil:** Uno de cada 1000 - 1200 Nacidos Vivos. Hombres con retardo mental {diferentes grados de retardo mental} de leve a grave.

- longilíneos con cara alargada y delgada, orejas alargadas de implantación baja, mentón prominente y protuberancia región frontal.
- dedos largos y flexibles muy elásticos.
- escápulas aladas
- pectum excavatum
- dificultad del lenguaje.

En el cromosoma X hay un sitio de fragilidad.

Se asocian en un 40 % epilepsia - Hipotonía - alteraciones de los reflejos [semejante a la parálisis cerebral], en un 10 % problemas autísticos e

hiperactividad - agresividad; - hiperplasticidad de los dedos de la mano.

### 3. Errores Congénitos del metabolismo:

**a)** Hipotiroidismo. {oligofrenia mixedematosa - forma cretinoide}.  
Aspecto somático muy característico.

- Cabeza ancha asimétrica ensanchada lateralmente.
- Cara ancha y aplanada de piel quebradiza, frente estrecha.
- Párpados hinchados, nariz ancha y aplastada.
- Mejillas hinchadas, boca de labios gruesos, entreabierta dejando que la lengua {macroglosia} haga procidencia de la cavidad bucal.
- Cabellos gruesos, ásperos con aspecto de crines.
- Cuerpo redondeado e hinchado por el infiltrado mixedematoso de baja estatura.
- Apatía y somnolencia.
- Lo más frecuente son la imbecilidad {retardo mental moderado} y la debilidad mental {retardo moderado leve}.

**b)** Fenilcetonuria.

### II) Factores exógenos:

{embarazo, parto y los primeros años de vida}.

#### a) Causas Prenatales:

- Infecciones del embarazo {Rubeola, Sífilis, Citomegalovirus, Toxoplasmosis}.
- Síndrome Alcohólico fetal.
- Drogas durante el embarazo.

#### b) Causas Natales:

- Trastornos metabólicos del Recién Nacido - hipocalcemia, incompatibilidad Rh y/o AOB. Eritroblastosis fetal.

#### c) Causas Post - Natales:

- Infecciones
- Traumatismos.

### B) FACTORES CULTURALES - PSICOLÓGICOS - SOCIOECONÓMICOS:

La mayoría de los casos se observan en los países sub-desarrollados.

#### a) Factores Culturales:

- Comunidades cerradas {co-sanguinidad en ciertas culturas}.

- Factores Poligénicos: los genes determinan la susceptibilidad que tiene el individuo a enfermarse.

- Deficiente estimulación.

#### **b) Factores Psicológicos:**

- Deprivación afectiva.
- Distorsión en la relación madre - hijo.

#### **c) Factores Socioeconómicos:**

- Distancia a los medios.
- Deficiente aporte nutritivo de salud.

### **CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE ESQUIRROL.**

#### **1. Idiota:** Detención absoluta del desarrollo generalmente son ineducables.

- Es un niño que no consigue comunicarse con sus semejantes ni siquiera mediante la palabra, no puede expresar verbalmente su pensamiento ni comprender el pensamiento verbal expresado por otras personas.
- Edad mental es siempre inferior a los 3 años.
- Coeficiente Intelectual: entre 0 y 0,50.
- Idios significa aislado, lo que los caracteriza es su total aislamiento del ambiente social a causa de su profunda insuficiencia que los hace ineducables e imposibilitados para toda convivencia.

#### **a) Idiotismo profundo:** se caracterizan por aislamiento y desconexión con el mundo exterior. Retardo mental profundo, coeficiente intelectual $< 0,20$ .

- ◆ Se hallan abolidas las señales de inteligencia, atención o voluntad
- ◆ Expresión fisonómica es típica de idiotez, boca entreabierta y babeando, facies inexpresiva.
- ◆ Lenguaje reducido a gritos inarticulados roncós semejantes a los de los animales. Generalmente incontinencia de esfínteres.
- ◆ No se mueve, no atiende, rehuye la mirada.
- ◆ Atención no es atraída por ningún estímulo.
- ◆ Desprovisto de los más elementales instintos, permanece impasible, sentado o tirado. Otras veces presenta movimientos incessantes de la cabeza.
- ◆ Deformaciones craneales generalmente y estigmas degenerativos.

- ◆ Trastornos de la marcha.
- ◆ Afectividad: no se insinúa
- ◆ Instinto de conservación: escasamente desarrollado.

**b) Idiotismo leve:** {Idiotas Menores}. Retardo Mental grave, coeficiente intelectual; 20 - 40.

Se reduce el desarrollo intelectual al indispensable para la adquisición de algunas nociones elementales del mundo exterior. Puede decir su nombre, edad, lugar de nacimiento. Actividad psíquica rudimentaria.

- ◆ La atención es fugitiva, inestable, no puede ser sostenida.
- ◆ Reconoce a sus padres y muestra algún interés hacia las personas que lo cuidan. Tienen algunas reacciones afectivas.
- ◆ Lenguaje es una locuacidad mecánica sin contenido ideativo pues repite, sin comprender su significado, las pocas palabras que ha aprendido.
- ◆ Generalmente pasivo, algunas veces los idiotas se vuelven coléricos.
- ◆ Reconocen sus alimentos y llegan a comer solos.
- ◆ Sexualidad mal definida.

**2. Imbecilidad:** {Retardo Mental moderado}.

- Superan el período glósico pero no logran manifestarse por el lenguaje escrito.

Si en algunas formas de imbecilidad leve llegan a aprender a leer lo hacen mecánicamente sin comprender lo que leen.

- Edad mental: 3 y 7 años.
- Coeficiente intelectual: 40 - 55
- Muestra una inteligencia rudimentaria y anormal.
- Inseguridad de la memoria.
- Inestabilidad de la atención.
- Limitados conocimientos adquiridos.
- Errónea interpretación de las sensopercepciones - falsedad del razonamiento.
- Obra maquinalmente, carece de iniciativa razonada por lo cual su actividad es incoherente y sin finalidad. Pueden desarrollar tareas manuales.
- Algunos imbéciles parecen sociales y de buena voluntad.

- Suelen presentar serios trastornos de conducta porque son muy sugestionables y los más frecuentes son perturbaciones sexuales y alcoholismo. También es frecuente la antisociabilidad: malos instintos, egoísmo, glotonería, holgazanería, pereza, credulidad, irascibilidad, insensibilidad al dolor físico.
- La comprensión es muy precaria.
- Pensamiento de gran pobreza y lento.
- La falta de inteligencia impide la adquisición de todo aquello que sobrepasa el límite de lo más elemental y concreto debido a su incapacidad para abstraer nada.

### 3. Debilidad Mental:

- El débil mental logra hacerse entender por el lenguaje hablado y escrito siendo además capaz de bastarse a sí mismo en el desempeño de tareas manuales.
- Se distinguen por su incapacidad de síntesis y de abstracción, su vida intelectual se desarrolla en el terreno de lo concreto.
- Edad mental: 7 - 12 años.
- Coeficiente Intelectual: 0,55 - 0,70. Son los que se expresan y se hacen entender por el lenguaje hablado y escrito.
- Atención es generalmente buena. Sensopercepción es rápida y normal.
- La comprensión es fácil en los débiles mentales leves que poseen un capital ideativo con cierta cantidad de conceptos abstractos, pero no en los profundos que carecen de conceptos abstractos y en los que el capital ideativo

no supera el marco de lo concreto.

- Pensamiento perseverante y estereotipado.
- Memoria buena
- Juicios insuficientes.
- Afectividad: son de reacciones emocionales fáciles. Abundan los hiperemotivos. Son afectuosos en el medio familiar. Débil mental leve es frecuente los sentimientos altruistas y morales bien manifiestos. Son frecuentes los estados reactivos de excitación con ideas delirantes de perjuicio y persecución.

{Boufee delirante de los débiles mentales}.

- Son capaces de efectuar trabajos manuales que requieran cierta complicación y coordinación motriz. Débiles mentales leves pueden

terminar el secundario y realizar tareas de mayor jerarquía.

- se caracterizan por su gran credulidad y fácil sugestibilidad, son fácilmente atraídos por todo lo teatral.
- Tienen insuficiente raciocinio y les falta o es muy escasa la capacidad de creación, imaginación.
- Antisociabilidad.
- Falta de discernimiento que lo inhabilita para separar el bien del mal.

### **Clasificaciones psicométricas.**

Son los tres grados que corresponden a los 3 períodos del desarrollo intelectual del niño.

1. desde el nacimiento hasta los 2 años. {idiotéz}.
2. desde los 2 hasta los 5 años. {imbecilidad}.
3. desde los 6 hasta los 14 años. {debilidad mental}.

### **Clasificaciones psicológicas.**

- ◆ **Idiotas:** Sujetos que carecen de las representaciones mentales más sencillas.
- ◆ **Imbéciles:** Sujetos con imágenes objetivas en mayor número, pueden enlazarlas para la formación de juicios sencillos pero como poseen escasas representaciones, son incapaces de la diferenciación de los conceptos y de la satisfactoria comprensión.
- ◆ **Débiles Mentales:** Disponen de una mayor cantidad de representaciones, pero están retrasados en la diferenciación de conceptos complicados y en la comprensión de las combinaciones complejas.

<b>IDIOTAS</b>		<b>IMBECILES</b>		<b>DEBILES MENTALES</b>			
R.M. Profundo		R.M. Grave		R.M. Moderado		R.M. Leve	
CI 0-20/25 < 3 años		20 - 40 3 - 4 años		40 - 55 4 - 7 años		55 - 75 7 - 12 años	
Aislado Ineducables No se comunica Requiere ayuda porque necesita cuidados básicos		Lenguaje mínimo (nombre y edad) Actividad psíquica Rudimentaria Reconoce a sus padres		Superan el período glósico pero no escriben inteligencia rudi- mentaria (2do. Grado)		Hablan y escri- ben. Terminan el secundario. Buena memoria. Son de reaccio- nes emocionales fáciles.	
Desarrollo motor mínimo Emiten sonidos guturales		Generalmente pasivos a veces coléricos Puede aprender hábitos higiéni- cos y comer solo. Incapaz de apren- der un oficio		Obran maquinal- mente Puede desarrollar tareas manuales Trast. de conducta (sexuales y por sugestionabilidad)		Gran credulidad y sugestibilidad. Pueden lograr integrarse a la sociedad. Suele conseguir habilidades sociales y labora- les adecuadas.	
				<b>BOUFEE DELIRANTE</b> Ideas delirantes de perjuicio y perse- cución		Les falta la capa- cidad de síntesis y abstracción.	



## CAPÍTULO XIV

### SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es una enfermedad infecciosa crónica producida por el HIV y cofactores asociados, caracterizada por presentar una deficiencia inmunológica progresiva e irreversible con la expresión clínica de infecciones oportunistas y/o tumores.

Desde 1986 se denomina al agente causal del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es el HIV (Virus de la inmunodeficiencia humana).

**El HIV es un retrovirus (virus-ARN).** Los retrovirus se encuentran en el hombre y en los animales. Su genoma (material hereditario) está compuesta por ARN (ácido ribonucleico).

El retrovirus invade una célula huésped. Allí se descompone parcialmente. Su transcriptasa reversa produce, a partir de su ARN una hebra de ADN (ácido desoxirribonucleico), y la duplica. El genoma viral tiene ahora la forma de una hélice de ADN. Este invade el núcleo y se integra al ADN celular, o puede permanecer libre en el citoplasma de la célula infectada. La forma del virus (integrado al ADN celular) se denomina provirus. El provirus es heredado por las células hijas junto con el ADN celular.

- ◆ El provirus puede permanecer “silencioso” en la célula y multiplicarse con ella.
- ◆ O puede estar activo: hace que la célula huésped produzca los “ladrillos” para sintetizar nuevos virus, los que se reúnen en la membrana celular.

El HIV es el primer lentivirus que se ha encontrado en el hombre.

El sistema inmune del hombre reconoce las proteínas del HIV como antígenos y produce anticuerpos contra ellas. Las proteínas de la envoltura parecen ser las mejores para actuar como antígenos. Los virus reconocen su célula huésped por medio de moléculas de superficie (receptores, marcadores) completamente específicas; se fijan a ellas e invaden por su intermedio las células.

Un receptor para el HIV, o al menos un aparte esencial de este receptor, es la molécula CD4 que caracteriza a los linfocitos T4 (T helper). El sitio de unión del HIV es la proteína de envoltura gp120. El HIV ataca a

las células que portan la molécula CD4: Linfocitos T4. Ciertos macrófagos. Ciertos linfocitos B. Células de Langerhans. Otras células de linaje T.

El HIV ataca también otras células que no tienen la molécula CD4. Por eso se sospecha que existen receptores adicionales para el HIV: Células de la microglía del SNC. Neuronas. Células enterocromafínicas. Células del epitelio tubular y glomerular.

## **Modo de transmisión del HIV**

### **a) Trasmisión Posible.**

1. Por relación sexual. La trasmisión sexual ya sea por contacto eterosexual (en la mayoría de los países en desarrollo) y por contacto homosexual masculino, es el modo de contagio más frecuente. El contagio se realiza por semen, sangre y secreción vaginal.
2. Por drogadicción por vía endovenosa. Cuando se comparten agujas, jeringas y su contenido. La infección se verifica por la sangre fresca presente en la aguja y la jeringa.
3. Durante el embarazo o el parto. De una mujer infectada a su hijo a través de la placenta.
4. Durante la lactancia. Se han reportado casos de trasmisión a través de la leche de madre infectada al niño recién nacido. En general no se recomienda el amamantamiento por madres infectadas, salvo en áreas tropicales donde el no amamantamiento está asociado con una alta mortalidad infantil por diarrea y otras condiciones.
5. Por heridas en la piel y el contacto con sangre de un infectado. Por ejemplo, con una jeringa contaminada, un escalpelo, o algún objeto similar. La posibilidad de transmisión por un solo pinchazo con aguja contaminada es de 1 en 1000 veces.

### **b) Cofactores que pueden llevar la trasmisión del HIV.**

1. Cierta estilo de vida.
2. Prácticas sexuales traumáticas: Empleo del puño en coito anal. Abrasión peneal. Abrasión vaginal.
3. Enfermedades transmitidas sexualmente: Lesiones ulcerosas genitales. Infecciones exudativas genitales. La ausencia de circuncisión en el varón.
4. Infektividad: Cepa de virus (alto versus bajo grado de crecimiento). Concentración viral (antigenemia).
5. Estado inmunitario: Bajo número de linfocitos T. Sistema inmune activado.

### a) Control de la transmisión del HIV.

1. A través de las transfusiones sanguíneas. En los centros de donación de sangre se debe investigar en los donadores la presencia de anticuerpos anti-HIV. La sangre seropositiva debe ser desechada. Evitar que donen sangre personas que pertenezcan a grupos con alto riesgo para contraer la infección por el HIV. De este modo prácticamente se descarta la posibilidad de transmisión del HIV por donación de sangre.
2. A través de hemoderivados. Actualmente, los concentrados de factores de la coagulación son esterilizados por procedimientos químicos (no más por calor). De este modo se descarta una infección por HIV a través de concentrados.
3. A través de la fecundación artificial. Los donantes de semen deben ser estudiados regularmente para anticuerpos anti-HIV. El semen se utiliza solamente si el donante es serológicamente negativo antes y seis meses después de la donación.
4. A través del trasplante de órganos. Los donantes de órganos se estudian para anticuerpos anti-HIV. Los órganos de sujetos seropositivos no se deben trasplantar.

### Clasificación de la infección por el VIH-1

La clasificación de los Centros para el Control de Enfermedades de los EE.UU. (CDC) del año 1987 divide a los enfermos con SIDA del resto de los infectados por el VIH en 4 grupos principales con un cierto número de subgrupos.

#### ◆ Grupo I: Infección aguda.

Se trata de una enfermedad transitoria, que generalmente se presenta como un síndrome mononucleósico, que se asocia con la seroconversión y la aparición de los anticuerpos contra el VIH-1.

La remisión espontánea de estas manifestaciones de la enfermedad aguda se produce al cabo de algunas semanas y coincide con la aparición de los anticuerpos específicos frente al VIH-1, comprobándose a partir de este momento una disminución de la carga viral.

El reconocimiento de este síndrome asociado a la primoinfección por el VIH-1 es a veces dificultoso por la inespecificidad de los síntomas.

#### ◆ Grupo II: Portación asintomática.

Luego de la enfermedad aguda el paciente entra en un largo período (de varios meses a varios años) en los que es seropositivo pero clí-

nicamente asintomático. Es esta la etapa más importante de la enfermedad desde el punto de vista epidemiológico, y es el grupo al que pertenecen la mayoría de los infectados en la actualidad.

◆ **Grupo III: Síndrome de linfadenopatías persistentes generalizadas (LPG)**

En un momento dado, algunos portadores asintomáticos comienzan a presentar adenopatías generalizadas, de más de 1 cm de diámetro, en por lo menos 2 localizaciones extrainguinales y que persisten durante más de 3 meses, sin una causa atribuible.

La causa de esta linfadenopatía sería el estado de hiperreactividad de las células B que abundan en los ganglios linfáticos.

◆ **Grupo IV:**

■ **Subgrupo "A"**

Enfermedad Constitucional, son pacientes sintomáticos desde el punto de vista clínico (diarrea, fiebre, pérdida de peso, debilidad) y que empiezan a evidenciar alteraciones de laboratorio (anemia, leucopenia con linfopenia, plaquetopenia, hipergammaglobulinemia de tipo policlonal, disminución de los linfocitos CD4+, con disminución de 1 o relación CD4/CD8 que se hace < de 1.

■ **Subgrupo "B"**

Enfermedad Neurológica: comprende a aquellos pacientes con compromiso del SNC y SNP atribuible al VIH-1. Existen por lo menos dos mecanismos patógenicos para explicar el compromiso del SNC: 1) a través de la acción directa del propio virus; y 2) por la aparición de infecciones oportunistas y tumores.

El SNC es el afectado con mayor frecuencia, pero también existen un gran número de síndromes caracterizados por el compromiso del SNP. Este compromiso neurológico se comprueba en más del 70% de los pacientes con SIDA.

El compromiso neurológico propio del VIH-1 comprende:

a) Encefalopatía subaguda

b) Mielopatía vacuolar

c) Polineuropatía desmielinizante crónica de miembros inferiores.

■ **Subgrupo "C"**

**C1:** Infecciones oportunistas mayores.

**C2:** Infecciones oportunistas menores.

### ■ Subgrupo "D"

Neoplasias marcadoras (sarcoma de Kaposi, linfomas primarios del SNC, linfomas No Hodking de alto grado de malignidad).

### **Trastornos psiquiátricos en los pacientes con infección por VIH.**

En los pacientes con infección por VIH/SIDA son más frecuentes las alteraciones psicológicas y psiquiátricas que en la población general, pudiendo contribuir, además, de forma negativa en su calidad de vida e incluso en su supervivencia.

Los trastornos psiquiátricos que se han descrito asociados a la infección por VIH, así como sus causas, son múltiples y su correcto diagnóstico y tratamiento mejorarán la calidad y las expectativas de vida de estos pacientes.

El trabajo conjunto con los equipos de salud mental y servicios de psiquiatría facilitará el correcto manejo de estas alteraciones.

Sus causas pueden estar relacionadas con alteraciones orgánicas del sistema nervioso central, o tratarse de trastornos mentales funcionales.

#### **A) Trastornos mentales orgánicos.**

1. Delirium
2. Deterioro cognitivo
3. Demencia, síndrome maníaco
4. Trastorno orgánico de la personalidad, psicosis orgánica.
5. Trastornos orgánicos del estado de ánimo: ansiedad, depresión mayor o trastorno bipolar maníaco.
6. Trastornos orgánicos por drogas y/o alcohol: abuso de drogas y alcohol, síndromes de abstinencia.

#### **A) Trastornos mentales funcionales.**

1. Reacción de adaptación
2. Depresión mayor
3. Psicosis reactiva breve
4. Suicidio
5. Insomnio
6. Reacciones de duelo patológico.

## **A) Comorbilidad con trastornos psiquiátricos funcionales.**

Enfermos con cualquier enfermedad psiquiátrica e infección por VIH asociada.

## **Desórdenes mentales orgánicos (DMO).**

El SIDA puede acompañarse de cuadros clásicos: demencia, delirio, depresión. Esto se conoce como las tres D del SIDA como enfermedad mental.

Las manifestaciones se evidencian como las de la psiquiatría clásica, pero aquí ya no se trata de procesos "funcionales", de puro resorte psicológico, sino de desórdenes mentales orgánicos, causados por la invasión cerebral VIH.

Algunos remedian la melancolía y el letargo de la depresión mayor; otros el inicio de una esquizofrenia paranoide; también pueden parecer un cuadro maníaco.

Esta máquina simuladora del SIDA, agrega otra característica ya implícitamente enunciada: la multiplicidad indiscernible de las manifestaciones psiquiátricas que genera -denominada overlap o sobreposición por la escuela psiquiátrica norteamericana-. Esto significa que en un mismo paciente, pueden coexistir producción delirante, demencial y depresiva, todo al mismo tiempo y sin poder discriminarse claramente una de otra.

## **Desorden Neuro-cognitivo mínimo.**

La irrupción VIH tiene tres dimensiones: biológica, psicológica y social.

El infectado asintomático -llamado portador VIH- puede presentar en el nivel biológico, su cerebro invadido por el virus, ya en esta temprana fase del proceso. La afinidad del virus del SIDA por el tejido nervioso -neurotropismo, es tan considerable como la que posee por el sistema inmunológico -linfotropismo.

En algunos portadores, el impacto encefálico VIH interfiere en las actividades de la vida diaria, debido al daño precoz de las funciones superiores del cerebro: memoria, capacidad de concentración, visuo-construccionalidad y flexibilidad psicomotora; es decir las habilidades cognitivas del sujeto. En otros -con performance intelectual menos exigida- el daño no es tan evidente y debe recurrirse a pruebas psicométricas sensibles; mapeo EEG por computación; potenciales evocados o bien neuroimágenes estructurales y/o funcionales.

Este hallazgo, denominado desorden neuro-cognitivo mínimo tuvo un gran impacto social: muchos portadores fueron cuestionados, incluso

rotados o despedidos de su actividad laboral, por considerarse que su "rendimiento" cerebral no era el apropiado para las tareas complejas.

El VIH se comporta como un virus informático. Irrumpe en las estructuras subcorticales y descompone el soft cognitivo; es decir, los programas de la high performance cerebral. Aquello que permite que la máquina mental procese, para que la información quede adecuadamente al servicio del yo. Cae el registro-operación de datos: memoria -incluso la no verbal-; la capacidad de reproducirlos en un contexto adecuado; su traducción a imágenes -construccionalidad visual- y finalmente su acumulación en estratos de pensamiento -categorización cognitiva-.

### **Complejo SIDA - demencia**

En 1986 B. Navia y R. Price desarrollaron el corpus clínico-patológico del principal desorden mental orgánico (DMO), el complejo SIDA-demencia.

El proceso tiene una prevalencia cercana al 30% de los casos de SIDA y evoluciona en 3 sectores: cognitivo, motor y conductual.

La fase 1 (déficit cognitivo leve) es crucial para el inicio del tratamiento (antiretroviral), ya que en ella aún tenemos un cerebro viable, por lo menos para las actividades no complejas de la vida diaria.

En los estadios finales 3 y 4 ya estamos en presencia de una demencia subcortical completa.

Todo esto conduce a una idea: el SIDA es también una enfermedad cerebral o neuropsiquiátrica, y no sólo una infección viral del sistema inmunológico.

En la progresión demencial-VIH, verdadera catástrofe contemporánea, una consecuencia se consolida:

- a) la intelectualidad se eclipsa. Comienza por corroer la atención y la memoria,
- b) luego descompone la cognición abstractiva,
- c) no es posible pensar y discurrir con el habla.
- d) Asistimos al relajamiento neuropsíquico completo: apatía, letargia, descontrol urinario y fecal.

### **Desórdenes funcionales.**

Los trastornos psiquiátricos funcionales pueden representar reacciones psicológicas frente a la enfermedad en pacientes sin patología psiquiátrica previa. Dentro de la historia de la infección por VIH parecen existir tres momentos críticos, en los que el individuo se ve sometido a un

mayor estrés emocional: el diagnóstico de la infección por VIH, las manifestaciones clínicas iniciales de la enfermedad y por último cuando el paciente se encuentra extremadamente enfermo.

Todos ellos se asocian a un cambio en la percepción de salud y a la necesidad de enfrentarse a la idea de enfermedad y muerte.

El abordaje de estos trastornos debería ser fundamentalmente psicoterapéutico, apoyado, cuando sea necesario, por la farmacoterapia.

### **Trastornos adaptativos.**

El sintetizador nosológico ideal para ordenar la fenomenología psicológico-psiquiátrica (no orgánica) que se produce en el paciente infectado. Se trata del Adjustment Disorder (Desorden de ajuste).

En efecto, el cuadro de ansiedad y/o depresión que presenta el sujeto que se informa de la seroconversión de VIH, es el correlato del impacto agudo y perentorio que viene de lo real biológico; el SIDA como enfermedad mortal.

Inquietud extrema, una incapacidad de concentración y la necesidad de coleccionar instrucciones desde la realidad externa, de suerte que el tiempo de vida del individuo se pueda llenar con reacciones a aquéllas.

### **Suicidio.**

La ideación suicida y las tentativas autolíticas son complicaciones relativamente frecuentes a lo largo de la evolución de la infección por VIH. A este respecto, un momento crucial es aquel en que el sujeto conoce su seropositividad. Si sus mecanismos de afrontamiento o su apoyo social son insuficientes pueden surgir reacciones de descontrol con riesgo autolesivo.

Lógicamente una enfermedad con características tan dramáticas como la infección por VIH y con el impacto y la estigmatización que produce en el individuo puede conllevar riesgo suicida. Tal riesgo es mayor cuando confluyen determinados factores predisponentes como las tentativas autolíticas previas, el abuso de sustancias, los problemas de identidad sexual, la muerte cercana de personas significativas y la existencia de disfunción cognitiva.

En una investigación realizada en el Reino Unido, se encontró que el riesgo de suicidio de los pacientes con VIH era 10 veces superior al de la población normal.

Un tema de debate muy importante en el momento actual es el del suicidio asistido, es decir, el derecho del paciente gravemente enfermo, pero mentalmente competente, a solicitar al médico que le ayude a

poner fin a su vida con la administración de una fuerte dosis de fármacos sedantes.

Esta cuestión, que no sólo plantea problemas legales sino también éticos, está despertando un enorme interés general y ganando adeptos dentro de la clase médica. En un estudio realizado en San Francisco, el porcentaje de médicos que mostraron una actitud favorable hacia esta petición por parte de pacientes con VIH pasó del 28% en 1990 al 48% en 1995.

Los factores que favorecían esta actitud eran la presencia de puntuaciones altas en distrés psicológico (depresión, desesperanza, ideación suicida), la experiencia de enfermedad terminal en un miembro de la familia o un amigo, la ausencia de intereses religiosos y un bajo nivel de apoyo social. Sin embargo, la actitud favorable al suicidio asistido no se relacionaba con la intensidad del dolor, los síntomas físicos o el momento evolutivo de la enfermedad. Ello llevó a los autores a concluir que la reivindicación del suicidio asistido podría estar más en relación con factores psicosociales que con factores físicos, lo que subrayaría la importancia de la intervención de la psiquiatría de enlace en todo paciente que mostrara interés en el suicidio asistido.



## CAPÍTULO XV

### ANOREXIA - BULIMIA SÍNDROME DE DISOREXIA CENTRAL

Es síndrome ya que es un conjunto de signos y síntomas sin determinar con ello una sola causa subyacente, es disorexia ya que involucra no sólo conducta anoréxica sino bulímica; y es central ya que implica falla diencefálica objetivable.

La depresión, las alteraciones del esquema corporal y la hostilidad figuran clásicamente entre los síntomas psiquiátricos subyacentes en este síndrome.

#### **DESARROLLO CONCEPTUAL DEL SÍNDROME DE DISOREXIA CENTRAL.**

Dividiéndolo en signos de primer y segundo orden, a saber:

##### **Primer orden**

- Disorexia
- Cambios significativos del peso corporal
- Amenorrea
- Alteración de la imagen corporal
- Agresividad larvada o manifiesta
- Componentes histéricos de la personalidad

##### **Segundo orden**

- Obsesocompulsividad
- Hipoglucemia funcional
- Hiperactividad
- Regresión fásica de la secreción de LHRH con patrón prepuberal de respuestas
- Edad de comienzo antes de los 25 años
- Constelación familiar aglutinada
- Predominancia sexo femenino
- Escasa o superficial inserción social
- Trastornos de la sexualidad

- Vómitos, autoprovocados o reflejos, abuso de laxantes y/o diuréticos
- Hipercarotinemias

Como vemos se trata de una entidad que requiere para su diagnóstico y tratamiento del conjunto del equipo psiquiátrico interdisciplinario siendo muy importante la precisión en el mismo, pues es bien sabido que en muchos casos el reservadísimo pronóstico de estas enfermedades libradas a su curso espontáneo conduce incluso a la muerte del paciente.

Esta definición nos permite incluir en estos cuadros una gama muy interesante de patología de la alimentación que en principio podríamos dividir en disturbios cuali y cuantitativos.

1. El grupo más frecuente, actualmente, presenta una auténtica disorexia; en tanto como selectivamente alimentos de bajas calorías pero considerados auténticamente como tales.
2. Un segundo grupo, alterna con ingestas compulsivas de mayores calorías, generalmente hidratos de carbono, agregando rituales de vómitos combinados o no con abuso de laxantes y/o diuréticos. Este grupo tiene un particular interés, pues muchas veces el problema central pasa por los aspectos compulsivos (compulsión a no comer) y no por auténticas alteraciones del apetito.
3. Un tercer grupo más profundamente perverso y psicopatológico se encuadra dentro de la clásica bulimia en que la alteración es cualitativa y pasa por el consumo de desechos, alimentos en mal estado, etc.
4. Por último, no debemos olvidar la posibilidad de la inducción tóxica de estos cuadros a través del consumo a veces inocente de anorexígenos, agresivamente perturbadores de la regulación psiconeuroendócrina de la ingesta.
5. El concepto incluye también subtipos de obesidad en los cuales la hiperfagia se asocia a trastornos conductuales, siendo para estos casos frecuente una alternancia que incluye una gama que va desde extremos de delgadez caquéctica a sobrepeso patológico, alternancia ésta característicamente cíclica.

Esta clasificación no pretende la exclusión de los grupos entre sí, sino que es dable la combinación o el paso de una a otra forma por eso nos referimos a las disorexias psiquiátricas siendo obvio para todo médico bien formado, el diagnóstico diferencial con una serie de cuadros clínicos que presentan alteraciones alimenticias como parte de sus síntomas sin constituir la anorexia en sí misma la entidad nosológica básica.

## Anorexia Nerviosa

Características:

1. Negativa a mantener el peso corporal en un nivel normal mínimo esperado, para su edad o talla, (por ej.: pérdida de peso por debajo del 85% del esperado).
2. Intenso temor a subir de peso o volverse gorda, a pesar de estar por debajo del peso esperado.
3. Perturbación en la manera en que se vivencia el peso, tamaño o forma del propio cuerpo.
4. Amenorrea (falta de por lo menos 3 períodos menstruales consecutivos).

Tipos Específicos:

- a) **RestRICTIVA:** la persona no se embarca regularmente en ciclos de atracones y/o purgas.
- b) **Bulímica:** durante el período de AN. La persona se embarca regularmente en ciclos de atracones y/o purgas (por ej.: vómito autoinducido o uso inadecuado de laxantes o diuréticos).

Criterios a tener en cuenta:

1. Aparición antes de los 25 años.
2. Anorexia con disminución de peso por lo menos del 25%
3. Actitud distorsionada e implacable contra la comida y el aumento de peso demostrada por:
  - a) Negación de la enfermedad con imposibilidad de reconocer las necesidades nutricionales.
  - b) Disfrute de la pérdida de peso entendiendo el rechazo a la comida como una indulgencia placentera.
  - c) Deseo extremo de delgadez con autorrecompensas para mantenerlo.
  - d) Manejo inusual de la comida y sus componentes.
4. Ausencia de otra enfermedad que pueda ser responsable de la anorexia o de la disminución de peso.
5. Al menos dos de las siguientes manifestaciones:

Lanugo en cara (zona malar), espalda, brazos y piernas con mantenimiento del vello axilar y pubiano. Bradicardia. Hiperactividad. Episodios de bulimia (hiperfagia compulsiva). Vómitos generalmente autoinducidos.

Se describe a la anorexia, una vez instalada, como la enfermedad de

las 4 "A", adelgazamiento, anorexia, amenorrea y alteración severa del esquema corporal.

### **Características de la Anorexia**

Descripción fenomenológica de la misma en los distintos planos en juego:

- a) Manifestaciones corporales biológicas
- b) Manifestaciones de la conducta psicológica.

Plano Individual. Plano Familiar. Plano Social.

#### **a) Manifestaciones Corporales Biológicas.**

Si observamos la secuencia regular que se da en estas enfermedades, vemos que comienza por regímenes de todo tipo que derivan en semidietas y finalizan en los momentos agudos de la enfermedad, en los ayunos.

Dichos regímenes se caracterizan por ser ricos en proteínas y casi nulos en azúcares, produciendo una tendencia orgánica a fabricar acetona en la sangre, sustancia que produce acostumbramiento. Este fenómeno, es fácil de reconocer por medio del aliento que se torna desagradable. Las anoréxicas intentan disimularlo masticando constantemente chicles.

Otra de las costumbres alimenticias es el consumo intenso y continuo de mate (mateína) y/o café (cafeína) que tiene efectos diuréticos y estimulantes. Utilizan así múltiples métodos para extraer los alimentos del organismo (gimnasia, vómitos, laxantes, diuréticos), éstos unidos al ayuno que realizan, traen aparejados estados de descompensación y alteraciones orgánicas. Entre otras: mareos, desfallecimientos, deterioro físico, pérdida real del peso corporal (extrema delgadez, aumento del vello en especial en los brazos y piernas, y la incapacidad de reconocer la sensación del hambre. Puede tener dificultades en el rostro, hay tinte unisex. A veces presentan como producto de la descompensación lentitud de pulso y de la respiración, hemorragia intestinal, baja temperatura corporal y edema. Puede aparecer excitación psicomotriz similar a los efectos que produce la morfina, llegar al borde de la inanición y muchas veces encuentran la muerte.

#### **b) Manifestaciones de la Conducta Psicológica**

##### **1) Plano Individual**

La anorexia potencial se muestra generalmente como una niña ejemplar, ambiciosa, obediente, inteligente y bien educada. Es muy

buena alumna, sumamente exigente y perfeccionista respecto a sí misma. Alterna sus estudios con actividades físicas, las que realiza con alta competitividad y cierto grado de obsesividad. Presenta una personalidad sobreadaptada a las exigencias de su entorno familiar y social, que le hace valorable ante el mismo, ya que es cumplidora, juiciosa y en algunos casos, sobresaliente en sus tareas.

En general no hay quejas sobre ellas, ya que se esfuerzan por hacerlo todo bien, pero cuando se les marca un error se angustian, pues no soportan las críticas.

Repentinamente, para los que interactúan con ella, no se realiza un cambio notorio en su persona; se vuelven discutidoras, opositoras, despectivas, y mandonas.

Su físico se deteriora y se producen transformaciones en su carácter. Se vuelve sumamente controladora; comienza a aislarse, concentrándose exclusivamente en sus actividades físicas y/o intelectuales. El gasto de energía es puesto al servicio de evitar el contacto con los otros, especialmente con el sexo opuesto.

Una vez declarada la enfermedad se la observa irritable, tensa, nerviosa. Las anoréxicas se vuelven solitarias, reservadas y evasivas. También se las percibe muchas veces mentirosas y simuladoras. Su vestimenta es holgada y prefieren los colores oscuros. Esto responde a la distorsionada óptica que tiene sobre su cuerpo; óptica que defiende enfáticamente.

Se muestran independientes cuando su gran "dependencia" está íntimamente ligada a la comida. Aluden falta de apetito, cuando su gran obsesión es poder controlar sus instintos vitales -como el hambre- sintiéndose virtuosa cuando logra.

No hay anoréxica que no tema devenir bulímica.

## **2) Plano Familiar**

Las familias de estas niñas se presentan, en general, como aparentemente normales, bien organizadas, ordenadas y armónicas.

La gran mayoría de las anoréxicas se desarrollan en un contexto familiar que funciona con ciertos rasgos de aglutinamiento. Entre los miembros que integran dicho contexto los límites son débiles e imprecisos, las emociones no circulan (probablemente y en consecuencia a la agresión). Los impulsos hostiles son vividos como catastróficos y por lo tanto reprimidos, siendo este terreno propicio para la respuesta somática. Tampoco lo amoroso puede manifestarse libremente.

El miembro más poderoso de la familia es la madre funcionando, el

otro progenitor periféricamente, es decir, constituye un padre ausente o incapacitado en el desempeño de su función: que no puede ante la presencia de una familia sobreadaptada donde el sistema de valores acordado presiona al paciente.

Así como observamos que su modo de vincularse responde al modelo narcisista, donde no se reconocen uno al otro como seres discriminados, sino que cada uno debe funcionar según las aspiraciones y exigencias del otro.

Es por esta razón que los hijos de estas familias no pueden tener problemas hasta que irrumpe la pubertad y la adolescencia. Momento de crisis, en el cual el conflicto se manifiesta desplazadamente poniendo en peligro a la organización de esta estructura. Cuando esto ocurre, surge el "decir", que muestra el conflicto puesto en el plano corporal.

### **3) Plano Social**

La anorexia nerviosa es una enfermedad que se ha intensificado en el mundo en los últimos años.

Denuncia con su presencia la existencia de un modelo de sociedad que provoca en su accionar, malestar en la cultura. Malestar que se exterioriza en crisis sociales, familiares, individuales, estallando en conductas de autodestrucción donde lo tanático es protagonista.

Se le muestra al adolescente, a través de los medios de comunicación, un ideal a alcanzar a costa de su autenticidad. Ideal que es imagen, fachada. Es necesario "ser ese", no ser si mismo para alguien ante los ojos de la sociedad.

De ahí la importancia que la problemática tiene en la adolescencia, momento de movimientos identificatorios y desidentificatorios, a través de los cuales el, adolescente busca definición de su propia identidad y el sentido de los valores. En ella, la anorexia se constituye en una paradoja que remite a la relación simbiótica con la madre. El hijo, para valer, debe constituirse a imagen y semejanza de su madre. Debe responder al deseo de ella. Por eso es que se dice de una falta constitutiva en relación a su propio sentimiento de valorización, a su auto estima que la sociedad con valores tanáticos, refuerza en estos puntos fallidos a modo de espejo, modelo reflejante que angustia.

### **Bulimia Nerviosa:**

1. Episodios recurrentes de atracones que se caracterizan por:
  - a) Ingesta, en un período corto (1 o 2 hs.) de una cantidad de comida evidentemente más grande que la que la mayoría de la gente

come durante un período y circunstancias similares.

**b)** Una sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio.

- 1.** Comportamiento compensatorio recurrente a inadecuado, para prevenir el aumento de peso tal como: vómito autoinducido, exceso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o exceso de ejercicio.
- 2.** Frecuencia de los atracones y los comportamientos compensatorios inadecuados: por lo menos 2 veces a la semana, por un período de 3 meses.

### **Tipos específicos.**

- a)** Purgativo: la persona se embarca regularmente en vómitos autoinducidos o en el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.
- b)** No purgativo: la persona utiliza otros comportamientos inadecuados, tales como ayunar o el ejercicio excesivo.

Los elementos comunes a todos los cuadros:

- 1.** Preocupación extrema por el peso y la forma corporal.
- 2.** Prácticas reiterativas de control de peso.

Si bien los trastornos de la alimentación se dan predominantemente en mujeres jóvenes, están apareciendo también en hombres jóvenes cada vez más.

Al igual que las mujeres que sufren de estos problemas, los hombres que desarrollan trastornos del comer también tienen:

- a)** historias de obesidad, que los han convertido en objeto de burlas en algún momento o,
- b)** la fuerte creencia de que si adelgazan serán más atractivos o más queridos, o
- c)** la obligación de mantener un peso o figura específicos por su trabajo, etc.

Existe una estrecha vinculación entre los trastornos de la alimentación y la depresión.

Algunos de los signos más comunes de la depresión se encuentran presentes, con las mismas características, en las personas con trastornos de la alimentación.

¿De dónde nace un trastorno del comer? Si hacemos una breve recorrida por las revistas femeninas y propagandas publicitarias vemos siempre dietas y operaciones milagrosas, lipoaspiraciones. Un verdadero bombardeo de imágenes de mujeres con cuerpos casi perfectos.

Existe una verdadera presión social sobre este tema pero no es la única causa.

Existen diferentes factores que inciden para que una persona tenga un trastorno del comer que hacen que esa persona sea más vulnerable a padecerlo.

### **A) Factores Predisponentes:**

Predisponen significa preparar con anticipación algo, en este caso el ánimo para un fin.

Una persona se vuelve más vulnerable cuando se asocian diferentes factores.

### **I) Socioculturales:**

#### **1. La presión social para ser delgada**

El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Si bien esto no es reciente, va en aumento en los últimos 30 años.

Los trastornos del comer son típicos de las sociedades industrializadas y son propios de las clases media y alta.

La sociedad comunica que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente y los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa a través de la imagen corporal.

Es importante recapacitar: la apariencia juvenil va disminuyendo con los años, y los cuerpos adquieren otras formas pero la capacidad para relacionarse las habilidades, y los conocimientos que se adquieren son valores que siempre pueden aumentar y mejorar con el paso del tiempo.

#### **2. La presión social para ser “supermujer”**

Pensemos en cómo se espera que se desempeñe la mujer hoy. Con un cuerpo perfecto, debe desarrollar una carrera brillante, debe desempeñarse fluidamente a nivel social, debe construir un matrimonio perfecto, y debe ser una perfecta madre.

Las mujeres en general, se sienten culpables por no alcanzar ese estereotipo de mujer que venden los medios.

Esto disminuye la sensación de seguridad, la confianza en sus recursos, en lo que sí tienen de valioso: su capacidad de ser buenas mujeres, esposas o madres, buenas amigas, buenas compañeras.

La dieta comienza con el fin de ser más popular o atractiva. Las ganas de lograr el bienestar son lo que importa tener en cuenta, no la figura.

Lo importante es que puedan encontrar modos de lograr desarrollos personales y que se den cuenta que la búsqueda de la delgadez no solo no ayuda, sino que dificulta hasta impedir que logren lo que realmente están buscando.

### **3. Otros prejuicios que también presionan**

Por ejemplo hay que tener en cuenta los factores genéticos contra los que no se puede luchar.

## **II) Factores Individuales:**

### **1. Problemas con la autonomía**

Jóvenes que viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellas, de cumplir con los ideales de sus padres. La obligación de ser siempre "adecuada" les deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal o para hacer los planteos propios de una etapa de crecimiento.

Cuando la seguridad está puesta exclusivamente en el exterior, en cumplir con lo que se supone que se espera de uno, es inevitable que se tenga una cierta sensación de ineficiencia personal, una gran dificultad para resolver las cosas apelando a recursos personales, porque se termina siempre dudando de sí mismo.

Muchas veces, es la dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas lo que hace que una persona vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación convierta su cuerpo en el símbolo y la fuente de autonomía, eficacia personal e identidad.

Entonces se interpreta erróneamente la delgadez como un signo de ser "especial" y el hacer dieta y bajar de peso, como indicadores de autocontrol.

### **2. Déficit en la autoestima.**

Las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quiénes son. El grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como "autoestima".

Cuanto menos parecido a lo que la persona considere como "ideal" es el concepto que tiene de sí misma, más baja estará su autoestima.

Esta sensación de baja autoestima, que nace desde lo que los demás consideran valioso, hará que el peso y la figura cobren esencial importancia como formas de lograr elevarla.

### **3. Camino a la perfección y el autocontrol.**

La tendencia al perfeccionismo es bastante común entre las jóvenes con trastornos del comer. Si no van a poder hacer a la perfección algo que se proponen, directamente no lo intentan.

Esta búsqueda de perfección también se desplaza al peso corporal; para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo.

### **4. Miedo a madurar.**

Los trastornos de la alimentación se desarrollan por lo general en el período que va desde la pubertad hasta la juventud. Es un período de numerosos cambios, los cambios físicos, vienen acompañados entre otras cosas, de un aumento natural de peso corporal, que es lo que finalmente, le da al cuerpo, una forma más de mujer.

Generalmente, estas jóvenes están muy “estancadas” en la niñez y tienen temor a crecer y a manejar la independencia que eso implica.

O bien, perciben el temor de sus padres a que eso suceda y sufren por la falta de estímulos de parte de ellos para entrar en el mundo adulto.

### **III) Rasgos Familiares.**

Se dice que las familias con poca comunicación entre sí, con pobre interrelación son causantes del desarrollo de un trastorno del comer en uno de sus miembros.

La falta de comunicación genera una relación muy distorsionada en el seno de la familia, originando sentimientos de enojo, ansiedad y culpa, luchas por el poder y crecientes dificultades en la comunicación.

Características más frecuentes observadas:

1. Escasa comunicación entre sus miembros.
2. Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan.
3. Sobreprotección por parte de los padres.
4. Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas o regular las reglas familiares adecuandolas a los cambios de etapa.
5. Ausencia de límites generacionales (por ej.: jóvenes con papel de madres).

6. Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos.
7. Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.

De la misma manera que no es adecuado adjudicar todo el peso a los factores socioculturales ni tampoco a los personales, tampoco lo es atribuir a la situación familiar toda la responsabilidad en la génesis de un trastorno del comer.

Existen diferentes factores que inciden para que finalmente alguien tenga un trastorno de la alimentación, pero ninguno de ellos en sí mismo suficiente.

Se necesita una combinación de los distintos factores que adquiere características particulares en cada caso, mas que factores causales del trastorno del comer son factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo.

**“Multideterminación”** ninguno de estos factores causales, sino que **predisponen** a eso.

Por lo tanto, es la combinación de algo personal y/o familiar, con otros factores contextuales o de circunstancias vitales de la persona, lo que precipita la situación.

### **Estructuras Psicológicas.**

No existe una personalidad de base común a todos los trastornos de la alimentación, así como tampoco una correspondencia exacta de los mismos con ninguno de los trastornos de personalidad. Existen trastornos importantes de personalidad en los pacientes estudiados, dado que se encuentran rasgos relativamente inflexibles, de largo plazo, independientes de la enfermedad y deteriorantes de las relaciones familiares, sociales y laborales produciendo malestar subjetivo. Por esta razón los pacientes considerados se incluyen dentro de la categoría de trastorno mixto de personalidad.

1. Debemos destacar que casi la totalidad de los casos se encuentran componentes histéricos de la personalidad, los cuales se presentan en un 70% como rasgos histéricos y en el porcentaje restante como personalidad de base. Este componente histérico se evidencia en una marcada preocupación narcisista por el valor estético de la propia imagen que lleva a una percepción desvalorizada del cuerpo real en comparación con su imagen ideal.

Existen alteraciones en la función simbolizante del cuerpo como gestalt.

2. Se observa además una marcada desvalorización del yo acompañada de sentimientos de inseguridad, en un alto porcentaje de casos.

Se señala la necesidad que tienen estos pacientes de obtener la aprobación de las personas significativas.

En general se trata de personas que conservan una relación social superficial y formal de carácter pseudo-adaptativo, probablemente facilitada por el componente de la actuación histérica, pero que no llega a crear vínculos profundos en las relaciones interpersonales, ni verdaderamente comprometidos en el plano laboral y social.

Se trata de los numerosos casos en que la persona cumple con los requisitos de trabajar y/o estudiar pero dentro de un contexto familiar y permisivo.

3. Esta precaria inserción social significaría un trastorno de la adaptación por un desequilibrio entre las funciones de acomodación y asimilación que lleva al predominio de la primera determinando una conducta de subordinación y pasividad frente a los estímulos ambientales.

Esta inmadurez conductual se corresponde en la mayoría de estos pacientes con la presencia de vínculos familiares de carácter sobre-protector, especialmente de parte de la madre, y altamente dependiente de parte del paciente, observándose un inadecuado manejo de los afectos, evitación de conflictos y fronteras difusas entre los miembros de la familia.

Estas características se presentan generalmente en familias de tipo aglutinado.

4. En cuanto al plano de la afectividad se observan rasgos de introversión (ausencia de conducta asertiva) en el 85% de los casos, circunstancia que explicaría las frecuentes conductas agresivas aparentemente inmotivadas de estos pacientes en las que se descargarían los afectos que fueron inhibidos.

Resulta particularmente llamativa, teniendo en cuenta que el 100% es un resultado estadístico poco frecuente en medicina, la presencia en todos los casos estudiados de un manejo alterado de la auto y/o heteroagresividad, siendo ésta última raramente expresada, sin embargo, en forma de violencia física. El paciente percibe como hostilidad el control que ejerce su familia sobre sus hábitos alimenticios.

5. Otro rasgo muy significativo en cuanto a su frecuencia es el de una marcada rumiación obsesiva referida a la alimentación, sumada a una severa autoexigencia del yo que se observa en los ideales de perfeccionismo y detallismo en las distintas áreas. Ideal que al no ser alcanzado genera un monto de insatisfacción constante (ansiedad).

6. Los casos investigados presentan un nivel intelectual normal promedio de acuerdo al test de inteligencia de Wechsler, sin registrarse indicadores de organicidad en el test gestáltico visomotor de Bender.
7. La mayoría presenta algunos de los criterios del llamado trastorno de la personalidad histriónica, así como el trastorno de la personalidad por dependencia y en menor grado del trastorno de la personalidad por evitación.



## CAPÍTULO XVI

### ALCOHOLISMO

Las toxifrenias son un grupo de enfermedades psíquicas causadas por el uso abusivo y continuado de sustancias tóxicas y cuyos síntomas no son habitualmente los de la intoxicación aguda del respectivo tóxico.

El alcoholismo, por su gran difusión y por que afecta nocivamente y cada vez más a los individuos que lo consumen es considerado por la OMS, como un factor preferente de salud pública, por la gravedad del problema. La OMS recomienda canalizar toda prevención hacia los centros responsables.

La legalidad en que se desenvuelve la comercialización, venta y consumo del alcohol, facilita el comienzo de un estado patológico a veces casi imperceptible en su transición, en ciertas personas.

#### **Etiología:**

Los alcoholistas son individuos enfermos cuya conducta se desorganiza progresivamente y que poseen como características:

- a) Una forma de beber que se aparta del uso habitual y tradicional de su comunidad.
- b) Pérdida del control en cuanto al uso de bebidas alcohólicas.
- c) Perturbación y daño de la salud, de la vida de relación y de la conducta social y económica.
- d) Tener necesidad del alcohol.

**1) Factores Genéticos:** el hijo varón de una familia con el padre alcohólico tiene al abuso con mayor frecuencia que en la población general. Genéticamente estaría determinada la facilidad para desarrollar dependencia.

**2) Entre los factores psicológicos** se incluyen: la necesidad de consuelo para la ansiedad, conflictos en las relaciones personales, baja estima personal, etc. El alcoholismo sería el síntoma de conflictos subyacentes, tales como (depresión, estados neuróticos, etc.) que son las motivaciones profundas que lo engendran.

- Elevada incidencia de alcoholismo entre cosanguíneos de Borderline. P. Sociopática: agresividad, hiperactividad, baja tolerancia a la frustración, impulsividad y desajustes escolares.
- Familias caóticas con padres alcohólicos.
- Depresión: los síntomas depresivos pueden ser anteriores al comienzo del abuso del alcoholismo, secundarios a éste o independientes.
- Trastornos Neuróticos (ansiedad). El alcohol se emplearía como ansiolítico o euforizante.

**3) Factores socioculturales:** Predominio del sexo masculino. Influencia de ciertas actividades laborales (factores ambientales). El medio familiar es un modelo imitativo de relevante influencia en la transmisión de las pautas socioculturales para el beber.

Los factores sociales incluyen: la facilidad de consumo de alcohol, la aceptación social del consumo de alcohol, estilos de vida de stress, etc.

### **A) Embriaguez Aguda**

Alcoholismo agudo o embriaguez es un estado de intoxicación por el alcohol, que produce un trastorno en la coordinación y el lenguaje muy visible, aunque transitorio.

Se ven 3 períodos:

- 1) de excitación: puede oscilar entre la alegría o la tristeza, de acuerdo con la personalidad emocional del sujeto, hay excitación con sensaciones de bienestar o de acentuado disgusto.
- 2) Estado de ebriedad: (estuporoso), caracterizado por trastornos sensoriales; disartria, el individuo tambalea al caminar y presenta un síndrome de confusión e incoherencia.
- 3) Coma alcohólico: el individuo presenta sudoración abundante, baja tensión arterial debido a vasodilatación periférica, inconsciencia y estado hipnótico profundo.

El alcoholista posee una función psicofarmacológica inhibitoria sobre las funciones orgánicas y de la actividad del SNC.

En cantidades pequeñas actúa inhibiendo a los centros superiores pero cuando la concentración sanguínea aumenta, su acción inhibitoria se extiende a los centros encefálicos y a los de la base.

### **Clasificación según la cantidad y el modo de beber:**

Podemos clasificar a la población en:

- 1° Abstemios.
- 2° Bebedores moderados (hacen uso del alcohol sin sobrepasar los límites impuestos culturalmente por la sociedad).
- 3° Bebedores excesivos: (aquellos cuya ingesta supera los límites normales para su comunidad cultural y los individuos que consumen ocasionalmente y en forma excesiva llegando a la embriaguez más de 12 veces por año).
- 4° Alcohólicos: son los bebedores cuyo exceso los convierte en dependientes del alcohol y cuya supresión condiciona en ellos, el síndrome de abstinencia (adictos o dependientes del alcohol).

**Embriaguez Patológica:** cuadro que se presenta en individuos predispuestos con desorientación, ansiedad y amnesia. Su importancia desde el punto de vista médico legal radica en que su presencia constituye un atenuante de la pena que le corresponde a ese individuo por el delito cometido.

## B) Alcoholismo Crónico

Se define por la presentación de síntomas somáticos y psíquicos consecuencia de los abusos alcohólicos y producto de lesiones orgánicas.

### Fases del Alcoholismo Crónico: Jellinek

- 1) Fase oculta alfa o prealcohólica: un estado pre-alcohólico en el cual el individuo frecuenta aquellos ambientes en los cuales el consumo de alcohol reviste apariencias de normalidad, y paulatinamente va aumentando la ingesta de alcohol sin que él mismo lo advierta. Bebedor social, ocasional o de fin de semana (dura de 2 meses a 3 años).
- 2) Fase Prodrómica, Beta. Repentinamente el bebedor no recuerda como llegó a su casa (amnesia). En esta fase el individuo tiene conciencia de que necesita beber y sabe que bebe más que los demás. Se busca mayor graduación alcohólica. Esconde y almacena bebidas.
- 3) Fase Crítica Gamma o básica: en la cual el enfermo pierde completamente el control de las ingestas, pierde todo sentido de abstinencia, continua bebiendo sin poder controlarse hasta desembocar en la intoxicación grave.

Es característico de esta etapa un "sistema de razonamiento" que consiste en convencerse a sí mismo sobre lo razonable de su conducta, o sea, que necesita del alcohol para aliviar una tensión de índole personal, individual o social, y que tiene capacidad para controlar la bebida. Abstinencia imposible. No para hasta la borrachera.

- 4) Fase crónica Delta: Aislamiento, agresividad dirigida a quienes lo rodean. Estado general deficiente por mal nutrición, debe ser hospitalizado por primera vez. Complicaciones clínicas.

Características: incontinencia etílica en horas laborales, decadencia moral y perturbaciones del pensamiento.

A veces desemboca en una "psicosis alcohólica" si tiene predisposición. Ebriedad las 24 hs., del día.

### a) Síntomas Psíquicos:

1. Carácter alcohólico: Es alcohólico es amable, cariñoso y bien educado mientras no se le contraría ni se le reprochen sus excesos, cuando se le hacen reproches acerca de las consecuencias económicas, laborales, pierde los estribos, se vuelve brutal y agresivo.
2. Frivolidad alcohólica: Se origina en la labilidad de los afectos, la conducta del alcohólico se caracteriza por la inconstancia. Humor alcohólico: típica euforia superficial, labilidad afectiva, inconstancia, facilidad para el cambio de ánimo, irritabilidad.
3. Abulia alcohólica: Es típica la falta de voluntad del alcohólico. Planea continuos cambios en su conducta y luego se olvida, especialmente para dejar de beber.
4. Demencia alcohólica: Trastornos de la inteligencia que aparecen en los alcohólicos.
  - debilidad en la atención: fácilmente fatigable, incapaz de concentrarse.
  - Alteraciones mnésicas: disminución de la memoria de fijación y luego de la reproducción. Da datos falsos por evocar equivocadamente los hechos presenciados.
  - las asociaciones son laxas y superficiales igual que los juicios.

Los trastornos intelectivos progresan con el tiempo y el alcohólico llega a una vida rutinaria, automática, limitada a la satisfacción de sus egoísmos y apetencias.

Termina por sumirse en una típica estupidez intelectual y afectiva.

5. Reacciones paranoides: Al principio posición defensiva, más tarde de franca desconfianza y hostilidad, susceptibilidad y pronta irritabilidad. El delirio más frecuente, es el celotípico.

### b) Síntomas alcohólicos somáticos:

1. Facies alcohólicas: vasodilatación cutánea principalmente punta de la nariz y mejillas de color rojizo mas bien azulado.

2. Temblor: generalmente regular y de finas oscilaciones.
3. Síntomas cinésicos: ataxia -Romberg -deambulación insegura y sin firmeza.
4. Síntomas motores: polineuritis alcohólica, paresias flaccidas, cierta laxitud de la musculatura, debilidad más hiperexcitabilidad muscular, aumento de los reflejos tendinosos.
5. Síntomas sensitivos: dolores erráticos principalmente en miembros inferiores, también hipoestesias en miembros inferiores.
6. Adelgazamiento, marasmo.
7. Aparato Digestivo.
8. Trastornos sexuales, exaltada libido, disminución de la potencia genésica.

### **SINDROMES DE ABSTINENCIA**

- 1) Signos inespecíficos (angustia - anorexia - insomnio - convulsiones).
- 2) Delirium Tremens:
  1. Alucinaciones, maniobra de Liepmann.
  2. Desorientación alopsíquica.
  3. Delirio profesional
  4. Funciones receptivas, obnubilación del sensorio, trastornos de la memoria.
  5. Ideación: aparente incoherencia por la atención que presta a sus vivencias alucinatorias. Ideas delirantes habitualmente fugitivas, relacionadas con las alucinaciones.
  6. Afectividad: es característica, cierta especial mezcla de euforia y ansiedad que emergen del delirio alucinatorio.
  7. Conducta: intranquilidad motora manifestada en el delirio profesional, siempre tiene algo que hacer.
  8. Síntomas somáticos: temblor, abundante sudoración, insomnio pertinaz.

### **ALUCINOSIS ALCOHÓLICA:** (Delirio alucinatorio de los bebedores)

- ◆ Alucinaciones auditivas que originan rápidamente un delirio coherente de persecución, conservándose la lucidez del sensorio (conciencia).
- ◆ Alucinaciones auditivas y táctiles.
- ◆ Poca gravedad de las alteraciones orgánicas.
- ◆ Generalmente afecto ansioso que gobierna el comportamiento del enfermo.

## **EPILEPSIA ALCOHÓLICA**

Se genera como resultado de lesiones cerebrales originadas por el alcoholismo, también interviene la constitución individual.

La gravedad está dada por la rápida, evolución hacia la demencia.

Diagnóstico diferencial por la ausencia de equivalentes epilépticos y del carácter enequético.

## **PARANOIA ALCOHÓLICA CELOTÍPICA**

Delirio crónico de celos de los bebedores, es propio de individuos en que existe una predisposición Esquizofrénica latente.

## **DIPSOMANIA**

Impulso periódico e irresistible a la bebida. Generalmente en ciertos psicópatas habitualmente abstemios que consecutivamente a inmotivada distimia, beben horas o días, sin llegar a la completa embriaguez.

- 1) Personalidad interparoxística: Generalmente equilibrados, francamente psicopáticos, irritables, inconstantes y versátiles.
- 2) Distimia Primaria: Presentada sin aparente causa externa. Caracterizada por:
  - Mal humor
  - Distimia melancólica, más raramente, distimias de colorido eufórico.
  - Aburrimiento.

En algunos casos hay cefalea, zumbidos en los oídos, mareos, diferentes molestias corporales.

- 3) Irresistible impulsión a la bebida: una imperiosa necesidad de determinada clase de bebida alcohólica, no de otra cualquiera y se rinde ante su apetito morboso.

El dipsómano hace lo que puede contra su apetencia pero termina por emborracharse de una manera inconsciente y automática. Rara vez llega a la embriaguez. A veces se observan ráfagas delirantes.

- 4) Sueño profundo y amnesia post paroxística: La crisis dipsómana suele terminar por profundo sueño, seguido de amnesia paroxística por lo menos parcial.

Luego de 3 o 4 días recupera el apetito y las ganas de trabajar, hace vida normal y guarda la prometida abstinencia o bebe muy moderadas cantidades.

## **PSICOSIS DE KORSAKOFF**

Es un síndrome cerebral orgánico y polineuritis, o psicosis polineurítica alcohólica, es la más grave de las secuelas del alcoholismo. (Síndrome amnésico).

### **A) Sint. Psíquicos:**

- 1** El principal síntoma es el trastorno de la memoria de fijación. (amnesia).
- 2** Fabulación.
- 3** Desorientación amnésica, (alopsíquica).
- 4** Fatigabilidad mental es muy grande, percepción fácilmente falseada, disminución de la atención pasiva.

### **A) Sint. Somáticos:**

Todos los síntomas generales descritos del alcoholismo crónico, pero principalmente:

- Dolores neuríticos.
- Parálisis
- Atrofias musculares
- Contracturas
- Oftalmoplejías
- Trastornos de deglución.



---

**BIBLIOGRAFÍA**

---

- AJURIAGUERRA, J.** "*Manual de Psiquiatría Infantil*" - 4ta. Edición - Barcelona - Ed. Toray-Masson - 1977.
- ALONSO FERNÁNDEZ, FRANCISCO,** "*La depresión y su diagnóstico*" "*Nuevo modelo clínico*". 1ra. Edición - España - Ed. Labor - 1998.
- ARIETE, SILVANO,** "*Interpretación de la Esquizofrenia*" - Editorial Labor S.A. - Madrid - 1965.
- ASSOCIATION, A.P.** "*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*" - DSM-IV - Editorial Masson - Barcelona - 1995.
- BECK, AARON ET AL,** "*Terapia Cognitiva de la depresión*", Biblioteca de Psicología Descleé de Brouwer 12º. Edición - España - 2000.
- BLEULER, EUGEN,** "*Demencia Precoz*" - Ediciones Horme - Paidos - Buenos Aires - 1944.
- BLEULER, EUGEN,** "*Afectividad, Sugestibilidad, Paranoia*" - Ediciones Morata - Madrid - 1920.
- BRAUTIGAM, WALTER,** "*Reacciones, Neurosis, Psicopatías*" - Editorial Labor - Madrid - 1972.
- CAHN, PEDRO Y COLAB. PSIDA,** "*Un enfoque integral*". - Bs. As. - Editorial Paidos - 1992.
- CAPPONI, RICARDO,** "*Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*" - 6ta. Edición - Chile - Editorial Universitaria - 2000.
- CIA ALFREDO H,** "*La ansiedad y sus trastornos*" - 1ra. Edición - Buenos Aires - Editorial Polemos - 2003.
- CIA ALFREDO H,** "*Trastorno Obsesivo Compulsivo y Síndromes Relacionados*" - Editorial Sigma - Buenos Aires - 1995.
- DSM IV BREVIARIO,** "*Criterios diagnósticos*" - Barcelona - Ed. Masson - 1995.
- EY HENRI,** "*Tratado de Psiquiatría*" - 6ta. Edición - Barcelona - Editorial Toray-Masson - 1988.
- FREEDMAN A. Y KAPLAN H,** "*Tratado de Psiquiatría*" - 4ta. Edición - Barcelona - Editorial Salvat - 1994.

**ICD 10**, - "*Clasificación de las enfermedades mentales*".

**KAPLAN, HAROLD - SADOCK, BENJAMIN**, "*Psiquiatría Clínica*" - Hispanoamericana AWW 2da. Edición - Editorial Médica - 1990.

**KRETSCHMER ERNST**, "*Delirio Sensitivo Paranoide*" - 3ª. Edición - Traducción de la 3ª. Edición Alemana - Dr. José Solé Sagarra

**MACK, JOHN E**, "*Estados Límites en Psiquiatría*" - Ediciones Toray - Barcelona - 1977.

**MARCHANT NÉSTOR F**, "*Tratado de Psiquiatría*" - 1ra. Edición - Editorial Ananké - Bs. As. - 2002.

**MARIETÁN, HUGO R**, "*Curso de Semiología Psiquiátrica*" - 2ª. Edición - Editorial Ananké - Buenos Aires - 1998.

**RÉ, ROBERTO F**, "*Nuestra Salud Mental*" - 1ra. Edición, 2da. Reimpresión - Bs. As. - Distribuidora San Pablo - 2003.

**SCHNEIDER, KURT**, "*Patopsicología Clínica*" - 4ª. Edición Española - Editorial Paz Montalvo - Madrid - 1966.

**SUÁREZ RICHARDS, MANUEL**, "*Introducción a la Psiquiatría*" - 2ª. Edición, Bs.As. - Editorial Salerno - 2000.

**VALLEJO NÁGERA, ANTONIO**, "*Tratado de Psiquiatría*" - 3ª. Edición - Editorial Salvat - Madrid - 1954.

**VALLEJO RUILOBA J**, "*Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*" - 4ª. Edición, Barcelona - Ed. Masson - 1998.

**YAYURA TOBÍAS, JOSÉ ANÍBAL**, "*Un viaje al interior del cerebro - El espectro obsesivo compulsivo*" - 1ra. Edición - Buenos Aires - Editorial Polemos - 2001.