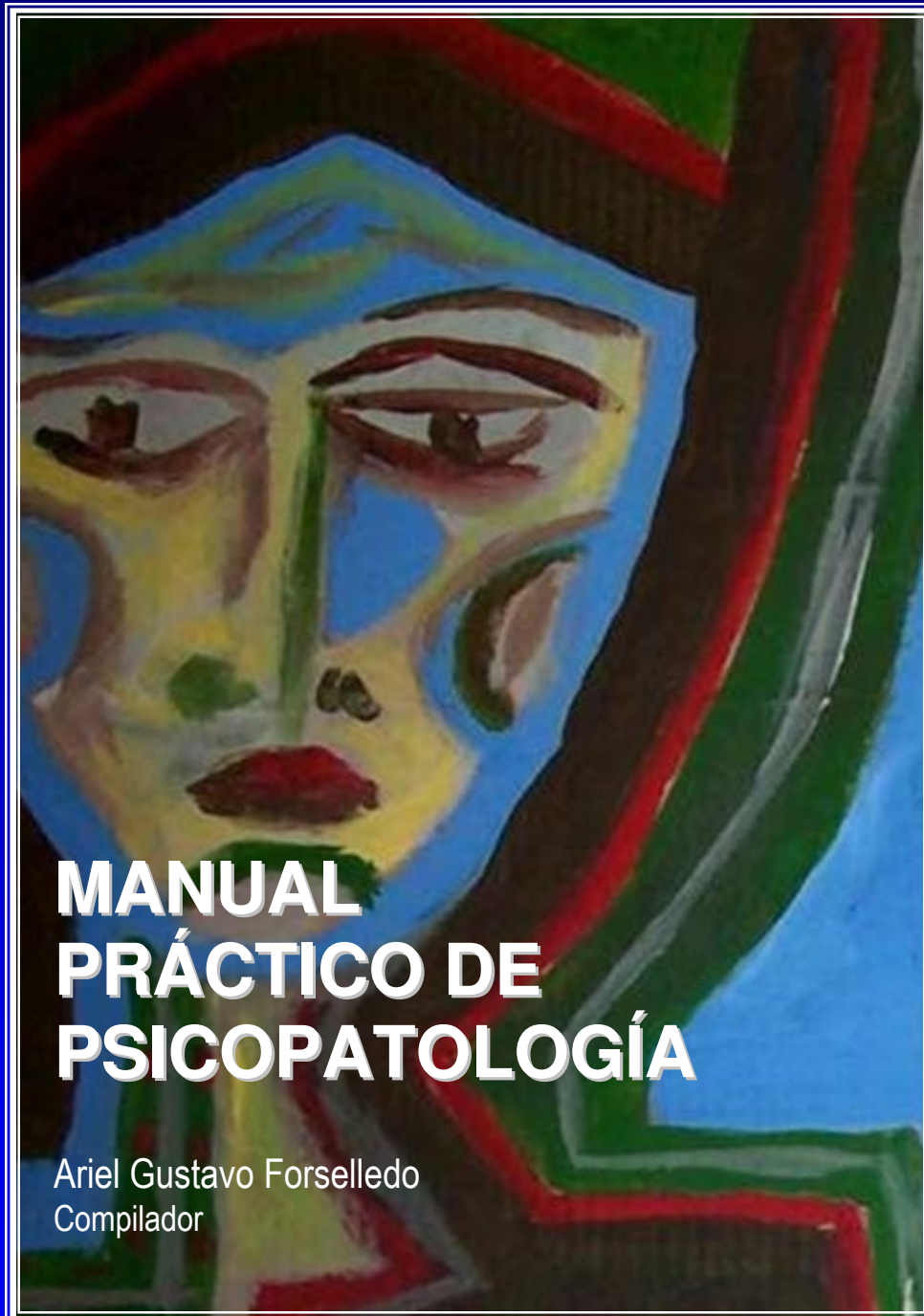




**UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS SUPERIORES
EDUCACIÓN A DISTANCIA**



**MANUAL
PRÁCTICO DE
PSICOPATOLOGÍA**

Ariel Gustavo Forselledo
Compilador

MANUAL PRÁCTICO DE PSICOPATOLOGÍA

Ariel Gustavo Forselledo

Licenciado en Psicología
Doctor en Farmacodependencia
Director de Psicodrama

Nota: Se han tomado partes textuales y otras modificadas de la edición de 1991:
Forselledo, Ariel Gustavo; da Silva Rodio, Fredy, “Manual Práctico de Psicopatología” OPTAR –
IIN/OEA, Montevideo, 1991

Blanca Pérez Morgan

Directora
UNESU

Ariel Gustavo Forselledo

Director Académico Honorario
UNESU

Publicación sin fines de lucro de UNESU
Avda. Dr Francisco Soca 1255 - Ap 403
Montevideo – Uruguay
Tel: (5982) 707 3187
E-mail: informes@unesu.org

Diseño de tapa y pintura del autor.

Se autoriza su reproducción total o parcial citando la fuente.

Montevideo, junio de 2009

MANUAL PRÁCTICO DE PSICOPATOLOGÍA

Tabla de Contenidos

Introducción	Pag. 4
Introducción de la Edición OPTAR – IIN/OEA de 1991	Pag. 5
PRIMERA PARTE	
El Encuentro con el paciente: La entrevista	Pag. 6
La entrevista psicológica	
a. La entrevista libre	
b. La entrevista abierta	
c. La entrevista dirigida	
d. La entrevista cerrada	
1.2. La entrevista psiquiátrica	
SEGUNDA PARTE	
LOS SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS	Pag. 13
1. Síndrome de ansiedad y angustia	
Clínica	
1.1. El síndrome de ansiedad y angustia neurótica	
1.1.1. La angustia neurótica	
1.1.2. El acceso agudo de angustia	
1.2. La angustia en las personalidades psicopáticas	
1.3. La angustia psicótica	
1.3.1. La ansiedad en la melancolía	
1.3.2. La ansiedad en la esquizofrenia	
1.3.3. La ansiedad en los delirios crónicos	
1.3.4. La ansiedad en los bouffes delirantes	
1.3.5. La ansiedad confusional	
1.4. Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad según el DSM IV - Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia DSM IV	
1.5. Consideraciones psicopatológicas	
2. El Síndrome depresivo	Pag. 28
Clínica	
2.1. Signos y síntomas depresivos	
2.2. Formas clínicas	
2.2.1. Depresión endógena	
2.2.2. Depresión psicógena	
2.2.3. Depresión sintomática de otras enfermedades	
2.3. Hallazgos bioquímicos y genéticos	
2.4. Diagnóstico de los Trastornos Depresivos según el DSM IV	
2.5. Consideraciones psicopatológicas	
3. Síndrome de exaltación del humor	Pag. 50
Clínica	
3.1. Los estados maníacos	

- 3.1.1. El estado maníaco
- 3.1.2. El estado hipomaníaco
- 3.1.3. El estado maníaco delirante y alucinatorio
- 3.1.4. La exaltación del humor en las psicosis bipolares
- 3.2. Diagnóstico de los episodios maníacos, episodios mixtos y trastornos bipolares con predominio maníaco o hipomaníaco según el DSM IV
- 3.3. Consideraciones psicopatológicas

4. El Síndrome delirante

Pag. 57

Clínica - Clasificación de los delirios

- 4.1. Experiencias delirantes y alucinatorias
 - 4.1.1. Experiencias confuso-oníricas
 - 4.1.2. Estado crepuscular oniroide
 - 4.1.3. Experiencias de angustia y exaltación
- 4.2. Delirios crónicos (personalidades delirantes)
 - 4.2.1. Los delirios interpretativos o sistematizados
 - 4.2.1.1. Los delirios pasionales
 - 4.2.1.2. Los delirios de reivindicación
 - 4.2.1.3. Los delirios sensitivos de relación
 - 4.2.1.4. Los delirios de interpretación de Serieux y Capgrás
 - 4.2.2. Los delirios imaginativos
 - 4.2.3. Los delirios alucinatorios
 - 4.2.3.1. Alucinaciones psicosensores
 - 4.2.3.2. Pseudoalucinaciones
 - 4.2.3.3. Síndrome de influencia
 - 4.2.3.4. Síndrome de automatismo mental
 - 4.2.3.5. Delirio autístico
- 4.3. Diagnóstico de los Trastornos Delirantes según el DSM IV
- 4.4. Consideraciones psicopatológicas

5. Trastorno antisocial de la personalidad

Pag. 86

Clínica

- 5.1. Características del síndrome de trastorno antisocial de la personalidad
- 5.2. Algunas formas clínicas
 - 5.2.1. Tipo neurótico
 - 5.2.2. Tipo psicótico
 - 5.2.3. Tipo perverso
 - 5.2.4. Epiléptico
- 5.3. Precisiones diagnósticas entre Trastorno Antisocial de la Personalidad y Personalidad Psicopática
- 5.2. Diagnóstico del Trastorno Antisocial de la Personalidad según el DSM IV
- 5.3. Consideraciones psicopatológicas

Bibliografía

Pag. 94

Introducción

Introducir al lector al presente Manual Práctico de Psicopatología obliga a hacer un poco de historia sobre su origen y objetivos.

Entre 1984 y 1996 el autor ocupó el cargo de Profesor de Psicopatología de la carrera de Psicología en la Universidad Católica del Uruguay, siendo responsable de las prácticas en los Hospitales Musto y Vilardebó de la ciudad de Montevideo. Compartiendo dicha tarea con el psiquiatra uruguayo, Dr. Fredy da Silva Rodio, surgió la inquietud y la necesidad de que los estudiantes contaran con un material de estudio comprensible y coherente con el programa académico de la asignatura. Fue así que ambos profesores desarrollaron una serie de “fichas” que resumían los aportes fundamentales de la bibliografía básica sobre semiología psiquiátrica, las que se distribuían mediante fotocopias. Habiendo elaborado varias de esas “fichas” se decidió compilarlas en una suerte de “Manual Práctico” que fuera de fácil acceso para los estudiantes y prácticamente no tuviera costos.

Las circunstancias que posibilitaron tal objetivo estuvieron dadas por dos hechos complementarios. El primero de ellos era que, desde 1985, el Dr. Fredy da Silva y el autor eran respectivamente presidente y vicepresidente de la Asociación Uruguaya para la Prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia (OPTAR), de la que además eran fundadores. El segundo hecho era que esta primera organización de prevención de farmacodependencia sin fines de lucro y con personería jurídica en el Uruguay, tenía una estrecha relación con el Instituto Interamericano del Niño (IIN) de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Fue así que con la colaboración del IIN/OEA, OPTAR publicó en el año 1991, una edición del “Manual Práctico de Psicopatología”, bajo el formato de repartido; material que fue ampliamente distribuido en las sucesivas generaciones de estudiantes de la Universidad Católica.

Habiendo pasado muchos años y con el mismo espíritu con el que se publicó aquél primer documento, es que el autor, contando con el apoyo del Universitario de Estudios Superiores (UNESU), del cual es su Director Académico Honorario, decidió realizar una actualización del material, editando algunas partes del original y agregando algunos temas complementarios.

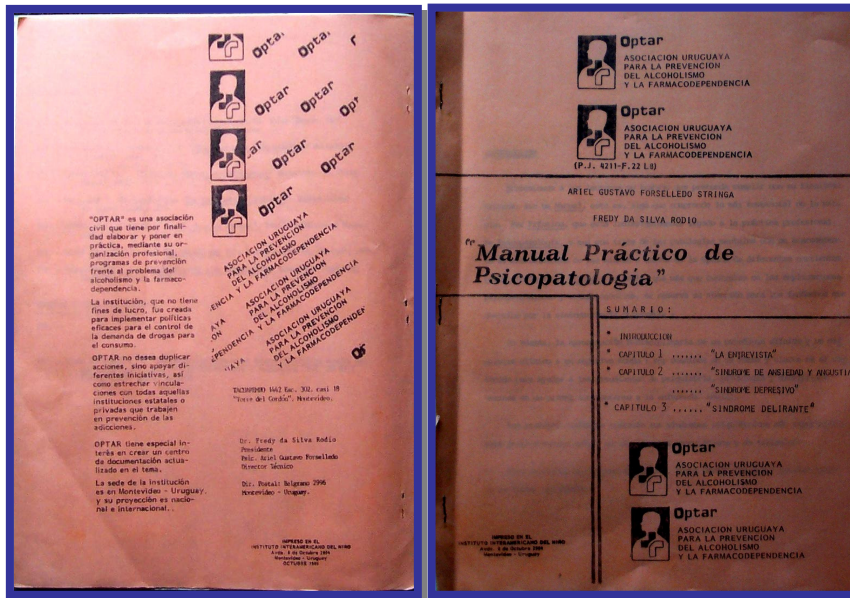
El documento que se presenta es, pues, una recopilación del trabajo de autores fundamentales en psicopatología clínica, abarcando los síndromes psiquiátricos principales conjuntamente con algunas consideraciones teóricas sobre la psicopatología de los mismos.

Mantenemos la esperanza de que estudiantes, profesores, médicos, psicólogos y otros profesionales de la salud mental, puedan hacer uso de esta modesta herramienta técnica de distribución gratuita.

Por respeto a la historia del documento, se transcribe la Introducción de la edición de 1991 y, como testimonio del esfuerzo interinstitucional desinteresado que representó, es que se reproduce la tapa y contratapa de la misma.

Montevideo, 2009

Introducción de la Edición OPTAR – IIN/OEA de 1991



Tapa y contratapa del la edición Optar-IIN/OEA de 1991
Ariel Gustavo Forselledo
Fredy da Silva Rodio

“Presentamos a los lectores un trabajo que pretende cumplir con su finalidad expresa: ser un Manual, esto es, algo que comprende lo más sustancial de la materia. Ser Práctico, que está indisolublemente ligado a la práctica profesional. De Psicopatología, o sea que trate de las patologías mentales con un acercamiento al entendimiento de las mismas a través de la óptica de diferentes corrientes psicopatológicas. Clínico, es decir, que más que centrarse en las explicaciones psicopatológicas y etiopatogénicas, se reserva su atención para los fenómenos que describe por la sintomatología observable.

Es además, la aproximación bidisciplinaria de un psicólogo clínico y un psiquiatra clínico a un objetivo común: ser concisos en la forma y claros en el contenido para ayudar a los estudiantes de psiquiatría, psicología y disciplinas vecinas en un primer acercamiento a la enfermedad mental.

Los primeros capítulos tratarán los síndromes psiquiátricos más importantes, para posteriormente entrar en los aspectos nosográficos y de tratamiento.

Para facilitar su llegada al público, hemos decidido presentar nuestro trabajo en fichas periódicas.

Montevideo, 1991

PRIMERA PARTE

El Encuentro con el paciente: La entrevista

Esta primera parte acercará al lector al encuadre y los instrumentos de los que dispone un técnico para conocer al paciente con trastornos mentales.

El objetivo fundamental es el de percibir, comprender y distinguir al paciente psiquiátrico, ya sea en el ámbito clínico como en el hospitalario y, para ello, el instrumento que se va a manejar es el de la “entrevista psiquiátrica”.

Esta entrevista es sustancialmente diferente de lo que comúnmente se denomina “entrevista psicológica”, que es la primera técnica que el psicólogo clínico aplica durante la realización de un estudio psicodiagnóstico.

No se expondrán aquí los exámenes específicos propios de los psicólogos y los psiquiatras, sino que se citarán algunas de las particularidades de las diferentes clases de entrevistas, en el entendido de que tanto unos profesionales, como otros, deben manejar información sobre ellas.

La entrevista psicológica

La entrevista psicológica, para la que está formado el psicólogo clínico, no es, ni por su forma, ni por su finalidad, un examen médico psiquiátrico, aunque es, desde todo punto de vista, complementaria de aquel.

En el marco de la entrevista psicológica, el técnico no está interesado únicamente por el síntoma que presenta el paciente, ni por sus manifestaciones somáticas, sino que se centra en el comportamiento total de la persona. El paciente no se constituye así en un “objeto pasivo” para la búsqueda clínica de signos y síntomas, sino que es un “sujeto activo” que organiza la comunicación con el entrevistador configurando así el “campo” de la entrevista. El entrevistado, al decir de Bergeret (1975), desempeña un rol de “receptor y testigo”.

El entrevistador estudia el comportamiento de la persona en su globalidad, desde el momento de la apertura de entrevista hasta su cierre. Toma en cuenta la comunicación que establece con el paciente tanto a nivel digital (verbalizaciones), como analógico (comunicación extraverbal, corporal y gestual). Al mismo tiempo el entrevistador analiza su propio comportamiento, sus reacciones y, fundamentalmente, sus sentimientos ante la exposición que el paciente realiza. Así estudiará y analizará tres niveles diferentes de mensajes, a saber:

- a) Lo que paciente dice y hace, esto es, el “nivel manifiesto”;
- b) Los metamensajes y todo aquello que está implícito, que no puede observarse directamente y que sólo se hace evidente mediante determinados procedimientos, esto es, el “nivel latente. Para ello el técnico debe apoyarse en un conocimiento profundo de la

estructura y dinámica del sistema inconciente de sus relaciones con los sistemas preconciente y consciente desde una perspectiva psicoanalítica.

c) La repercusión afectiva de la entrevista y el compromiso de la relación entre entrevistador y entrevistado, esto es, el “nivel transferencial – contratransferencial”.

Una entrevista así entendida supone dos aspectos indispensables: 1) un “proceso” para poder comprender las variaciones introducidas por el paciente durante la misma y 2) un “no-proceso” que es en encuadre.

El encuadre

El encuadre de la entrevista incluye los elementos operativos de la misma. Entre ellos, horarios, honorarios, lugar, etc.; la definición del rol del psicólogo y del paciente, esto es, qué se espera de cada uno durante la entrevista; la definición de los factores espaciales donde se desarrollará el encuentro, etc.

El encuadre no puede ni debe ser ambiguo, cambiante o alterado. Este debe ser fijo y con una relación espacial estable, de modo tal que las variaciones que se produzcan provengan del paciente y no del encuadre. Si bien es cierto que la presencia del entrevistador condiciona el campo de la entrevista, no modifica el encuadre.

El rol del entrevistador

Como se mencionó anteriormente, el entrevistador es, ante todo, un “escucha”, no un interrogador.

El paciente va a hablar de él mismo aunque hable de otros. El entrevistador le va a ofrecer el marco de libertad necesario para que aquél pueda organizar espontáneamente su forma de relación (fusional, anaclítica, triangular), sus modalidades defensivas básicas y sus síntomas. En la actitud que se describe para el entrevistador, es preferible que no se centre en los síntomas, dejando que el paciente los exprese cuando y como quiera. La actitud de “caza de informaciones” se va a ver reflejada en otras modalidades de entrevista, como la “dirigida” y la “cerrada”.

No se entiende relevante realizar consideraciones sobre qué tipo de entrevista es más útil o económica, ni sobre sus fundamentaciones teóricas, sino que lo clave es describir los aspectos que las definen como técnicas diferentes y muchas veces complementarias.

Categorías de entrevista

a. La entrevista libre

En esta modalidad el entrevistador juega el rol de escucha en su máxima expresión, ya que no interviene más que dar las pautas mínimas de encuadre y así permitir que sea el paciente quien estructure completamente el campo de la entrevista.

La consigna para llevar adelante esta entrevista podría ser: *“Vamos a disponer de cincuenta minutos para que usted hable de todo lo que se le ocurra. Durante los primeros cuarenta minutos yo lo escucharé sin realizarle ninguna pregunta y en los últimos diez minutos le explicaré cómo vamos a seguir trabajando y le contestaré cualquier pregunta que usted quiera hacerme”*.

No existen otro tipo de intervenciones, más que señalar el cierre de la entrevista.

En esta categoría de entrevista (como en la denominada “abierta”) es de gran significación analizar tanto la pre-entrevista como la post-entrevista.

b. La entrevista abierta

Muy emparentada con la anterior, en esta categoría el entrevistador trata de desempeñar lo más posible el rol de “escucha”, pero con la posibilidad de intervenir sin modificar la estructura creada por el paciente. La consigna a dar al entrevistado podría ser: *“Vamos a disponer de cincuenta minutos para que usted hable de todo lo que quiera. Necesariamente no lo voy a interrogar, pero lo haré cuando lo crea conveniente para aclarar algún aspecto de su relato. Al finalizar le explicaré cómo vamos a continuar nuestro trabajo y le contestaré cualquier pregunta que usted quiera hacerme”*.

El tipo de intervenciones a realizar podría resumirse en:

- Señalamientos: Sólo cuando se trata de situaciones significativas para el encuadre y el proceso psicodiagnóstico (llegadas tarde, ausencias o intentos de retirarse antes de la finalización de la entrevista).
- Eco. Repetir lo último que el paciente dijo en tono de interrogación, con posterioridad a la producción de un silencio.
- Reflejo. Reformular en palabras nuevas las expresiones y/o actitudes fundamentales del paciente; para que lo dicho adquiriera otro relieve.
- Orientar las asociaciones del paciente. Esto se lleva a cabo en relación a fechas, datos familiares, circunstancias en que sucedieron las cosas, etc.
- Metaintervenciones. Aclarar algo que se dice porque el paciente no lo entendió, cambiando el nivel de abstracción de los mensajes. Esto puede ocurrir por limitaciones culturales del paciente o por la falta de claridad en la intervención del entrevistador.
- Interrogaciones. Siempre vinculadas a lo que el paciente está refiriendo. No pueden salirse de ese contexto y deben ser, en lo posible, claras, abiertas y no demasiado particulares sobre un tema para no jerarquizar aspectos que de pronto el paciente no jerarquiza.

Las intervenciones no deben ser nunca interpretativas, porque entre otras razones, no estamos en un encuadre terapéutico sino diagnóstico.

c. La entrevista dirigida

Al referirse a esta categoría, es importante precisar que el carácter directriz de la misma corresponde a un gradiente. Dicho gradiente va desde lo “semidirigido”, donde el entrevistador va interrogando en la búsqueda de datos, al tiempo que – cuando lo cree conveniente – permite que el paciente asocie libremente y posteriormente retoma la dirección de la entrevista; hasta lo “dirigido”, donde el entrevistador propone al paciente que hable de una serie de temas y se ciña estrictamente al plan previsto.

Es común en la tarea psicodiagnóstica realizar alguna entrevista semidirigida para conocer, por ejemplo, la historia vital del paciente en estudio.

La entrevista psiquiátrica a la que se hará referencia más adelante, es una entrevista dirigida que puede, por momentos, tornarse semidirigida.

d. La entrevista cerrada

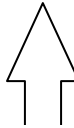
Esta modalidad de entrevista es también dirigida, pero al extremo de que las preguntas o proposiciones a manejar están planificadas en una encuesta, inventario o cuestionario a llenar de acuerdo a un código previamente establecido. Sería el polo opuesto a la entrevista libre donde la estructura estaba dada totalmente por el paciente. Aquí la estructura la da totalmente el entrevistador con su formulario, inventario o cuestionario.

Existen algunos inventarios o cuestionarios que están tan organizados que no necesitan del entrevistador, por lo que son autoadministrables.

Comparación de las categorías de entrevistas


	Control de la pregunta	Control de la respuesta	Grado de precisión de los datos obtenidos	Amplitud y profundidad de la información
ENTREVISTA LIBRE	No existe	Bajo	Bajo	Muy elevada
ENTREVISTA ABIERTA	Bajo	Bajo	Bajo	Elevada
ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA	Medio	Medio	Medio	Medio
ENTREVISTA DIRIGIDA	Elevado	Medio a Elevado	Medio	Bajo
ENTREVISTA CERRADA	Elevado	Elevado	Medio	Bajo

(+)



Conocimiento dinámico de la personalidad

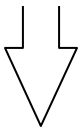
(-)



(-)



Tratamiento científico



(+)

La entrevista psiquiátrica

Como su nombre lo indica, la entrevista psiquiátrica corresponde a una técnica psiquiátrica y, por ello, médica.

En este apartado se resaltarán las características de esta modalidad desde el rol del entrevistador y desde la información psicológica y psicopatológica que la misma persigue, aunque también comprende el examen médico en su sentido clásico. Asimismo es importante señalar que no existe un modelo único y que aún planteando uno, como se hará, éste puede variar de un paciente a otro y de un entrevistador a otro.

Ambito en el que se desarrolla la entrevista psiquiátrica

Los lugares “naturales” para cumplir con la finalidad de esta entrevista son el consultorio psiquiátrico, la visita a domicilio, la clínica mutual y fundamentalmente, el hospital psiquiátrico.

Finalidad

En el marco de un vínculo entrevistador-paciente lo más distendido posible, se trata de obtener el máximo de información posible para establecer un diagnóstico clínico y trazar una estrategia terapéutica.

Encuadre

El encuadre “ideal” muchas veces se ve obstaculizado por las condiciones que frecuentemente se presentan en los sistemas de salud en el área de la salud mental. Entre otras, los trámites, órdenes, actividades administrativas y largas esperas. Luego, breves encuentros con el médico y la eventual presencia de terceros o las frecuentes interrupciones durante la entrevista.

El encuadre sugerido debería ser el de una entrevista a solas, sin interrupciones ni interferencias, con tiempo suficiente tanto para el paciente (que necesita expresarse), como para el entrevistador (que necesita obtener información clínica para el diagnóstico), así como la ausencia de esperas prolongadas que son generadoras de ansiedad y agresividad.

Técnica

Las precisiones técnicas realizadas para las otras modalidades de entrevista son igualmente válidas para ésta. Entre ellas, el entrevistador no debe dejar de ser un escucha atento, controlando sus emociones y juicios sobre el material que brinda el paciente.

En primer lugar se solicita que el paciente se identifique, esto es, que de su nombre, apellido, edad, estado civil, ocupación domicilio, composición de su núcleo familiar, etc.

Esto permite conocer el estado de conciencia, la orientación autopsíquica, memoria, etc., al tiempo que disminuye la “ansiedad de descubrimiento” ante la entrevista.

Posteriormente se produce la “apertura de la relación” en la que el entrevistador le solicita al paciente que exprese que es lo que le pasa. La entrevista se torna entonces “abierta”, pues el entrevistador únicamente realizará algunas preguntas aclaratorias cuando sea necesario. Luego, y a medida que el material que provee el paciente se va agotando, se pasa a una actitud más activa. De este modo la entrevista se torna de “semidirigida” a “dirigida”, ya que deben abarcarse todas las áreas semiológicas, así como información relevante sobre la historia vital, situaciones conflictivas y antecedentes personales, familiares y sociales del paciente.

Reseña de la información que se busca

Este ítem está referido a las áreas que se exploran. Evidentemente el orden de exposición de las mismas es arbitrario ya que, a partir de la “apertura de la relación” en la entrevista, el paciente comunica su estado actual y luego se exploran las áreas no involucradas en sus manifestaciones espontáneas.

El entrevistado debe tener en cuenta los elementos patológicos, los síntomas que surgen espontáneamente y los que se exploran; pero además debe considerar los aspectos “sanos” del paciente.

a. Presentación del paciente.

Biotipo. Vestimenta, aseo personal, fascies, mímica, gestualidad general y comportamiento verbal. Formas de comunicación privilegiadas (digital y analógica).

La actitud y reacciones frente al entrevistador: colaboración, hostilidad, pasividad, sumisión, etc.

Estado de conciencia: en su integridad (disgregación, polarización, estrechamiento); en su claridad (lucidez, conciencia oniroide, onírica, obnubilación, estupor y coma); en sus contenidos; experiencia vivencial (presentificación) y conciencia de sí mismo (orientación autopsíquica y alopsíquica, conciencia de morbidez o enfermedad).

b. Dominio cognitivo

Atención, concentración, memoria (de fijación, de evocación, de corto y mediano plazo), percepción (alucinaciones, pseudolucinaciones, ilusiones, alucinosis), operaciones del pensamiento, abstracción de los mensajes, juicio práctico y sentido común. Estimación clínica del nivel intelectual.

c. Pensamiento

Forma (alteraciones sintácticas o semánticas), curso, estructura, caudal ideativo. Contenido (síndrome delirante con un tema, una estructura y un mecanismo, síndrome disociativo-discordante). Síndrome de automatismo mental, síndrome de despersonalización, síndrome de autoreferencia, síndrome alucinatorio.

d. Dominio afectivo

Ansiedad y angustia (descripción y naturaleza)

Humor: afectos expansivos (hipertimia), afectos depresivos (hipotimia), indiferencia afectiva.

Síndrome depresivo (descripción y naturaleza).

Síndrome de exaltación del humor.

e. Dominio activo

Psicomotricidad (crisis de excitación psicomotriz, agitación, síndrome catatónico, impulsiones heteroagresiones, autoagresiones, síndrome extrapiramidal y otros síndromes neurológicos).

Pragmatismos: comportamiento en el curso de la vida cotidiana (hábitos de higiene, sueño, alimentación, comportamiento sexual, vida familiar y laboral).

Reacciones antisociales (síndrome de alteración conductual, trastorno antisocial de la personalidad).

f. Personalidad.

Estructura del Yo. Sistema caracterial del Yo. Mecanismos defensivos clínicamente apreciables.

Antecedentes somáticos y psíquicos. Antecedentes familiares.

g. Agrupación sindromática

h. Diagnóstico nosográfico primario. Diagnóstico diferencial.

Nota: Es posible entrevistar a algunos de los familiares del paciente psiquiátrico a efectos de aclarar o complementar los datos recogidos durante la entrevista.

SEGUNDA PARTE

Los Síndromes Psiquiátricos

1. Síndrome¹ de ansiedad y angustia

Si bien es frecuente que se refiera a los términos “ansiedad” y “angustia” como si fueran sinónimos, algunos autores han diferenciado dichos conceptos reservando para la ansiedad el estado psíquico de inseguridad, inquietud, nerviosismo, espera inmovilizante e incierta o de agitación del ánimo; mientras que para la angustia acentúan los trastornos somáticos (sobre todo manifestaciones neurovegetativas), localizándose la experiencia fundamentalmente a nivel corporal.

La angustia es un afecto desagradable que puede tener relación con una situación traumatizante actual (miedo ligado a un objeto definido externo) o puede estar ligado a un temor irracional ante un peligro impreciso y mal definido, sin objeto, sin contenido, ni origen aparentemente exterior. La angustia pertenece al dominio del mundo interno. Como estado emocional, la angustia es un fenómeno fisiopsicológico cuya característica es la de envolver a todo el individuo, comprometiéndolo orgánicamente en su experiencia.

La angustia invade al Yo y en algunas oportunidades puede hacerle perder su control. Es un fenómeno inherente al existir, por lo cual es difícil establecer límites netos entre lo que sería angustia “normal”, “neurótica” y “psicótica”.

Clínica

1.1. El síndrome de ansiedad y angustia neurótica

Este síndrome se configura al fracasar o no estar estructurado el sistema defensivo yoico. Se instala tanto de modo gradual como irrumpiendo de forma súbita.

1.1.1. La angustia neurótica

Según la escuela francesa (Ey, 1975) la angustia patológica en el plano neurótico se define por tres características y dos vertientes de expresión:

¹ ¿Qué es un síndrome?. Según la Real Academia Española (2009), síndrome tiene dos acepciones: 1) m. Conjunto de síntomas característicos de una enfermedad y 2) m. Conjunto de fenómenos que caracterizan una situación determinada.

Según Jablonsky (1991), el término *síndrome* (de la palabra griega *syndrome* "simultaneidad") “se definió tradicionalmente como un estado patológico asociado a una serie de síntomas simultáneos, generalmente tres o más. La utilización de la palabra solía tener un carácter provisional, con la esperanza de que una vez confirmado ese estado, se reemplazaría por un término más preciso”.

Los síndromes son nominados por descripciones: por ejemplo, “síndrome de inmunodeficiencia adquirida”, o por epónimos, ya sean nombres de personas: por ejemplo, “síndrome de Down” o de lugares: síndrome de Estocolmo”.

A. Características:

A.1. Es “anacrónica”, esto es, revive situaciones pasadas.

A.2. Es “fantasmagórica”, lo que implica que emana no de una situación real del Yo en su mundo real, sino de la representación imaginaria de un conflicto inconciente.

A.3. Es “estereotipada o repetitiva”, indicando que se arraiga en el sistema caracterial yoico y se repite sin causa aparente.

B. Vertientes de expresión:

B.1. Vertiente psíquica

Según Ey (1975), diferentes estudios de la sintomatología psíquica de la angustia permiten identificar algunas características principales:

B.1.1. Peyoración imaginaria de la existencia.

La angustia crea y mantiene una serie de sentimientos paralizadores y pesimistas. El sujeto siente el carácter de irrealidad de esta situación y le parece que proviene de un drama interior del que percibe la exigencia y el rasgo de artificialidad.

B.1.2. La espera de un peligro inminente.

Se manifiesta por inquietud, perplejidad, desaliento, temor, miedo del pasado (remordimientos), del presente (duda), del futuro (amenaza).

B.1.3. Desorden de la vida psíquica.

El sujeto se rebela contra el peligro que lo amenaza y éste provoca la desorganización de la capacidad para ordenar sus perspectivas. Además está fascinado ante la angustia. Hay una cierta atracción por ella, quedando en un estado de ambivalencia, esto es, queda envuelto en una situación amenazadora y atentatoria de su integridad y, al mismo tiempo, de una amenaza deseada. Se encuentra apresado por el vértigo de la situación pero desposeído de sus facultades de análisis y control. No puede retroceder ante una terrible situación que simultáneamente lo fascina.

Paralelamente ve disminuidas sus capacidades de atención y concentración y el “nerviosismo” del estado afectivo se acompaña de impaciencia muscular o “intranquilidad”.

B.2. Vertiente somática.

En la angustia neurótica predominan los síntomas somáticos por sobre los psíquicos, por lo que se hablaría de “angustia física”. Estos síntomas son, en general, puestos en primer nivel por los pacientes.

B.2.1. Síntomas respiratorios

El principal es la disnea, la cual puede ir desde la respiración bloqueada, entrecortada o suspirosa (con sensación de falta de aire), hasta la crisis asmática. Se observa también

aceleración de la respiración (que puede llegar a ser descoordinada), tos, bostezos, hipo, disfonías y afonías.

B.2.2. Síntomas cardiovasculares

Los más relevantes son: taquicardia, palpitaciones, a veces extrasístoles, y a veces bradicardia. Los dolores precordiales son descritos como quemaduras, hinchazones, puntadas, constricciones irradiadas hacia zonas diversas y evocadoras del “angor pectoris” (ver acceso agudo de angustia). También suelen verse crisis vasoconstrictoras o congestivas, tanto generalizadas como localizadas en la cara, miembros, dedos, etc.

B.2.3. Síntomas digestivos

Están dados por la constricción faríngea y el bolo esofágico, los espasmos gástricos o intestinales, el meteorismo, los eructos, las crisis de náuseas, vómitos o diarreas, tenesmo o pujos anorrectales, anorexia o bulimia, sed paroxística, etc.

B.2.3. Síntomas urinarios

Son las crisis de estranguria (“tartamudeo de la vejiga”), tenesmo vesical y polaquiuria.

B.2.4. Síntomas neuromusculares

Están representados por las crisis de temblores que se caracterizan por ser generalmente finos y fundamentalmente las manos. También son las crisis de fibrilaciones faciales, tortícolis espasmódica y “calambres de los escribientes”.

B.2.5. Síntomas sensitivo-sensoriales y cutáneos

Están constituidos por las hiperestesias y las diversas parestesias, las crisis de prurito (muy frecuentemente vulvar o anal), de sudores profusos, zumbidos en los oídos, de “moscas volando”, sensaciones de deslumbramientos, cefaleas, algias (sobre todo faciales o de los miembros), crisis vertiginosas, etc.

B.2.6. Otros síntomas asociados

Entre otros, frigidez, poluciones nocturnas, impotencia.

Este cortejo sintomático que se puede observar en las crisis de angustia neurótica – a diferencia de los “accesos agudos de angustia” – se desarrollan sobre un fondo constitucional de inestabilidad emocional caracterizado por el estado de alerta y miedo (o “terreno ansioso”).

Cuando la angustia se cronifica, las perturbaciones que describimos anteriormente sufren ciertas modificaciones debido a su duración. Este estado crónico se denomina “estado permanente de ansiedad” (ver neurosis de angustia). El síndrome psíquico y psicossomático está disminuido con respecto a la crisis de angustia, pero se desarrolla sobre los mismos parámetros (espera de peligro, peyoración de los acontecimientos y del porvenir, temática ansiosa de inferioridad, de mala suerte, insomnio de conciliación y de mantenimiento, “polo matinal de la angustia” (despertar a las 3 de la madrugada), frigidez e impotencia sexual, humor depresivo e ideas pueriles de suicidio.

1.1.2. El acceso agudo de angustia

Neurosis traumáticas, neurosis aguda de angustia

Se trata de un estado de pánico que es reacción al sufrimiento en el más amplio sentido del término. Son verdaderas crisis traumáticas de angustia que constituyen siempre urgencias médicas.

La unidad psicosomática del ser humano está profundamente trastornada, a veces seriamente comprometida, produciéndose en los estados más graves una disolución más o menos profunda de la conciencia y dando lugar a múltiples manifestaciones somáticas.

A. Características

A.1. Son reactivos a traumatismos brutales y particularmente graves (catástrofes, hacinamiento, neurosis de guerra, torturas físicas y morales) que actúan como desencadenantes actuales.

A.2. Pueden sobrevenir en sujetos predispuestos o “neurópatas” a continuación de sucesos penosos menos dramáticos. En estos casos no hacen sino manifestar la descompensación de un precario equilibrio afectivo. Son hiperemotivos con un umbral muy bajo para la angustia.

B. Formas clínicas

Henry Ey (1975) describe tres formas clínicas a saber:

B.1. Las crisis confuso-ansiosas

Estas crisis dan lugar a los cuadros clínicos de estupor, agitación o confusión mental y resultan de las patologías de las grandes catástrofes (combate, bombardeos, naufragios, terremotos, etc.). Más raramente son consecuencia de “catástrofes orgánicas” como los “desfallecimientos viscerales”. La conciencia siempre se ve afectada y va desde el estupor – sideración, bloqueo e inconciencia – hasta la agitación de la conciencia en donde se produce un cuadro de fascinación por el acontecimiento desencadenante. En el cuadro confusional típico hay desorientación témporo-espacial y obnubilación de la conciencia (en una especie de “hiponotismo”).

B.2. Las crisis histero-ansiosas

En estos casos, no se alcanza un grado tan profundo de desestructuración de la conciencia. Se observa un desasosiego interior, un conflicto de culpabilidad o de inseguridad. La crisis ansiosa constituye un paroxismo emocional ligado a la idea fija o a la situación patógena. Comporta además una vertiente somática (palidez, crispación, sudoración, etc.). Psicológicamente el enfermo siente la amenaza de un peligro terrorífico e imaginario, por ejemplo: la muerte inminente.

B.3. Las crisis de angustia psicosomática

En estas crisis prevalecen las expresiones somáticas: dolores torácicos (angor pectoris), disnea, espasmos digestivos o urinarios; notándose en muchos casos que están

restringidas a un sector funcional. La expresión psicológica del sufrimiento moral puede estar referida al trastorno funcional o a pensamientos pesimistas o a situaciones conflictivas. Por lo general la ansiedad es vivenciada en forma de experiencias imaginarias y de conductas teatrales que buscan y reclaman un interlocutor tranquilizador. Por ello, estos estados de pánico han sido caracterizados como fundamentalmente neuróticos.

Corolario

En todos los casos de angustia patológica en el plano neurótico que se han descrito, sea desarrollada a partir de una “constitución ansiosa”, sea por la evocación de situaciones traumáticas, sea reactiva a situaciones desencadenantes actuales de carácter traumático, el Yo no puede responder por fracaso de sus medios y mecanismos de defensa a las excitaciones del mundo externo y se descarga globalmente por medio de un comportamiento que evoca la petición de ayuda, de un modo exigente, dependiente y agresivo, siguiendo patrones de comportamiento pueriles.

Cuadro 1
Angustia Neurótica

ANGUSTIA NEURÓTICA	{ ANACRÓNICA FANTASMAGÓRICA ESTEREOTIPADA	2 VERTIENTES DE EXPRESIÓN	{ PSÍQUICA SOMÁTICA
-----------------------	---	------------------------------	------------------------

1.2. La angustia en las personalidades psicopáticas

En las personalidades psicopáticas también existe angustia, aunque pueda resultar difícil evidenciarla a nivel puramente clínico (éste es uno de los rasgos particulares de las psicopatías). A diferencia de las neurosis o de la psicosis (donde la angustia se puede apreciar más a través de fenómenos psicológicos o somáticos), en las psicopatías los sentimientos penosos se manifiestan por el pasaje al acto, siendo la acción la forma de expresión de toda idea, tendencia o sentimiento. La angustia, por tanto, es actuada. La angustia-emoción se transforma en angustia-muscular motriz, en un pasaje denominado “en cortocircuito” que está cargado de agresividad y es depositado impulsivamente en el otro. La angustia no puede aparecer en la conciencia por su carácter aterrador, primitivo y de aniquilamiento. Tras esa aparente frialdad, existe una afectividad masiva, primaria que se vuelve acción y que tiene un sentido de alivio instantáneo del sufrimiento.

Cuadro 2
Angustia Psicopática

ANGUSTIA PSICOPÁTICA:	ANGUSTIA MUSCULAR MOTRIZ (Paso al acto)
-----------------------	---

1.3. La angustia psicótica

La identificación clínica de la angustia psicótica no implica, necesariamente, que se esté frente a un paciente con estructura psicótica. Pacientes neuróticos pueden presentar crisis psicóticas con la angustia correspondiente. Por ejemplo, algunas crisis histéricas y psicasténicas frecuentemente muestran niveles psicóticos de ansiedad.

A. Características

Las características principales de la angustia psicótica pueden resumirse en las siguientes cuatro:

A.1. Masiva

Sea cual sea la entidad que le da origen, la angustia psicótica es percibida por el otro como un sufrimiento intenso, agudo, intolerable que envuelve y trastoca la personalidad, bloquea el pensamiento y puede implicar la desestructuración de la conciencia. A su vez, condiciona trastornos del humor radicales. Entra como una cuña en el psiquismo y perturba toda su actividad.

A.2. Hermética

Se trata de una vivencia poco comunicable, mal descrita y muy difícil de verbalizar. Este tipo de angustia está anclada en la realidad interna del enfermo y parece tener muy poca relación con la realidad externa.

A.3. Predomina el componente psíquico

Corresponde por ello, hablar más de “ansiedad” que de “angustia”. Este es el acmé de la inquietud anímica, de la inseguridad y del desasosiego.

A.4. Tiene repercusión sobre la psicomotricidad

La ansiedad psicótica oscila entre la agitación y el estupor. La conmoción interna generada por la angustia psicótica en el plano psicomotriz, puede condicionar estas dos respuestas extremas en función de que el sentimiento negativo no puede ser acompañado de respuestas psicomotoras adecuadas.

Las diferentes formas nosográficas de las psicosis van a dotar de características particulares a la ansiedad psicótica.

1.3.1. La ansiedad en la melancolia

La melancolía es una enfermedad depresiva que gira en torno al trastorno tímico, al dolor moral y a la inhibición psicomotriz.

La ansiedad del melancólico podría decirse que representa la visión existencialista de la angustia de la “nada”. La nada no es un objeto a enfrentar sino que “no es”, es la negación del objeto. Con ella, no se cumple la noción de intencionalidad, no hay “ser-en-el-mundo”, no hay “ser-junto-a...”; no hay “otro”, es como la muerte. Si se puede existir

sólo en función de la posibilidad de existir con el otro, los sentimientos del melancólico la van a llevar a su no existencia, esto es, a la muerte.

Para Bergeret (1975), la naturaleza de la ansiedad del melancólico sería el fraccionamiento por la pérdida realizada del objeto anaclítico. Para Paz (1979), esa pérdida genera un duelo con un mal desenlace ya que todo (Yo y objeto) queda destruido por su actividad. Queda fijado al cadáver del objeto necesitado con sentimientos de culpa persecutoria (dolor moral) que son el sustrato de la ansiedad.

Desde un punto de vista estrictamente clínico, la ansiedad varía desde lo más evidente a lo menos evidente en un espectro que va de la melancolía ansiosa a la melancolía simple. A propósito de la ansiedad en la primera de ellas, Lemperiere y Feline (1979) realizan la siguiente descripción:

“La ansiedad se encuentra en un primer plano; opresión, sofoco, cenestopatías múltiples y un desbordamiento emocional en el cual la ocasional apariencia teatral no debe hacernos subestimar el auténtico dolor moral. La agitación es incesante: gesticulaciones, lamentaciones con quejas monótonas sobre los mismos temas. Es de temer los raptus en el curso de los paroxismos ansiosos: fuga, actos suicidas o de automutilación”.

Se observa una desesperación insoluble con una dramática búsqueda de la muerte.

En la melancolía estuporosa predomina la inhibición psicomotriz. En el estupor se fusionan la depresión con la ansiedad, formando un todo que se infiltra en los procesos del pensamiento produciendo la inhibición intelectual y conductual.

El enfermo está quieto, callado, inmóvil, no se alimenta. La ansiedad está representada en el intenso dolor moral que se manifiesta en la mímica de desespero y en extraños gemidos.

En la melancolía delirante, donde el delirio es un epifenómeno del trastorno tímico, el dolor moral se vive y manifiesta con ideas erróneas y pobremente elaboradas de culpabilidad e indignidad; de duelo y ruina; ideas hipocondríacas, de influencia y posesión diabólica, etc.

La ansiedad estaría en la base de la sintomatología delirante, ya que dada su intensidad altera las sensaciones, las funciones psíquicas básicas y fundamentalmente el juicio. Este tipo de ansiedad se identifica en todas las formas melancólicas por el remordimiento del pasado, el intolerable presente y la inexistencia de un porvenir. Hay una aniquilación fantasmática de sí mismo y de su mundo, que son el núcleo de la ansiedad ante la “nada”.

1.3.2. La ansiedad en la esquizofrenia

En la esquizofrenia, la ansiedad tiene aspectos comunes con la de la melancolía, entre otros, el sentimiento de aniquilación del Yo y la pérdida de las referencias témporo-espaciales.

La ansiedad se presenta con sus cuatro características sólo en las formas de comienzo, bajo estados delirantes agudos o en las reagudizaciones, en los síndromes de despersonalización, etc.

En los períodos de “estado”, o en los períodos intercríticos, la ansiedad en la esquizofrenia no tiene la notoriedad clínica que le confieren las cuatro características. En general, es difícil de percatarse de la ansiedad del paciente en toda su dimensión. El hermetismo y la inefabilidad predominan y la angustia queda enmascarada en un delirio “relatado”, no vivido, en el autismo impenetrable, en la agitación el estupor del catatónico, en las inconductas “frías” de los hebefrénicos.

La ansiedad en la esquizofrenia es, pues, interior, no decible, autística, fragmentante. En suma, es la “ansiedad de fragmentación”.

1.3.3. La ansiedad en los delirios crónicos

Dependiendo del tema del delirio (de persecución, de influencia, de grandeza, místicos, hipocondríacos, de negación) y de los mecanismos empleados (interpretativos, imaginativo-fabuladorio, alucinatorio, intuitivo) la angustia se verá más o menos enmascarada con respecto a la intensidad que el paciente sufre desde su experiencia delirante. Así se observará ansiedad persecutoria, de imposición, de influencia, hipocondríaca, etc.

1.3.4. La ansiedad en los bouffes delirantes

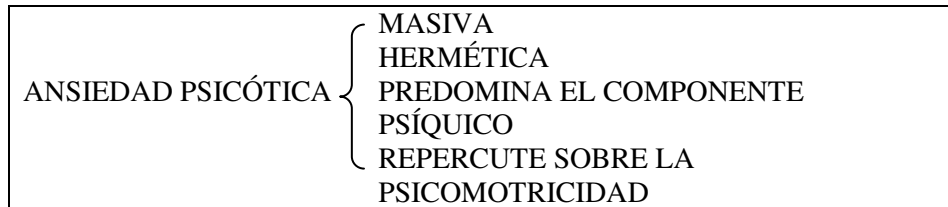
Tratándose de descompensaciones psicóticas observadas principalmente en pacientes oligofrénicos, cuanto mayor es el déficit intelectual, menores serán sus posibilidades de acceder a lo simbólico y de establecer mecanismos defensivos frente a la angustia. Los episodios psicóticos serán, pues, “ruidosos”, poco estructurados y con la angustia expresada a nivel corporal y poco o nada a nivel verbal. Surge así, la agitación psicomotriz, los llantos y gritos en lugar de las palabras.

1.3.5. La ansiedad confusional

La psicosis confusional se basa en el trípode: obnubilación de la conciencia, desorientación témporo-espacial y delirio onírico.

La angustia emerge clínicamente en los esfuerzos del paciente por poner orden en su confusión (“perplejidad ansiosa”), evidenciándose la ansiedad-pánico propia del estado en que se la realidad se disloca bruscamente. El onirismo y la desorientación témporo-espacial se conjugan con los desórdenes intelectuales y condicionan la emergencia confuso-ansiosa. Clínicamente se observa el comportamiento aterrizado o fascinado del enfermo ante sus “visiones oníricas”.

Cuadro 3
Angustia Psicótica



1.4. Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad según el DSM IV²

De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM IV se diferencian y clasifican 10 categorías vinculadas a los llamados “Trastornos de Ansiedad”, a saber:

- Crisis de angustia (ataque de pánico)
- Agorafobia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

² El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM por su siglas en inglés) fue creado por la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (APA por sus siglas en inglés). El mismo clasifica los trastornos mentales y los describe según categorías diagnósticas, con el fin de que los profesionales de la salud mental cuenten con un instrumento diagnóstico objetivo que oriente el tratamiento de los distintos trastornos mentales. La edición vigente es la cuarta que se denomina DSM-IV. La OMS por su parte recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, cuyo uso también es frecuente por parte de los sistemas de salud mental.

El DSM-IV no pretende explicar las diversas patologías, ni proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, así como tampoco se adhiere a ninguna teoría psicopatológica específica.

Como herramienta de diagnóstico, el DSM-IV propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de 5 "ejes", con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento, a saber:

* Eje I: Describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, fobia social, fobias específicas, hipocondrías, etc.).

* Eje II: Especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo o retraso mental (por ejemplo, trastorno de personalidad límite, retraso mental moderado, etc.).

* Eje III: Especifican otras afecciones médicas que puede presentar el paciente.

* Eje IV: Describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.).

* Eje V: Evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la EEAG (escala de funcionamiento global).

Considerando a la crisis de angustia como uno de los cuadros clínicos más ilustrativos de los signos y síntomas que se han desarrollado en el presente capítulo, se presentan los criterios del DSM IV para el mismo y se invita a visitar el siguiente sitio para conocer los restantes: <http://www.psygnos.net/biblioteca/DSM/Dsm.htm>

Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia DSM IV

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

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

1.5. Consideraciones psicopatológicas

En el pensamiento psicoanalítico freudiano, se encuentra la idea de continuidad entre los fenómenos normales y patológicos y, particularmente, en el enfoque del tema de la angustia.

En 1895, Freud separaba la neurastenia de la neurosis de angustia que, junto con la hipocondría, constituían las “neurosis actuales” y elaboraba su primera concepción de la génesis de la angustia. Esta estaría basada en una transformación de la libido por causa de la no satisfacción de la pulsión sexual. La libido (como energía de la pulsión sexual), se convertía directamente, esto es, sin mediación psíquica, en angustia.

En 1908, luego de describir la histeria de angustia (o neurosis fóbica), que Freud incorporaba al grupo de las “neurosis de transferencia”, elabora su segunda concepción de este estado afectivo. La angustia era ahora la consecuencia de la represión de la pulsión sexual, manifestándose de este modo a través de la sintomatología neurótica.

En 1926 el autor propone la tercera teoría de la angustia. Es en su obra “Inhibición, síntoma y angustia” que describe tres formas: 1) la “angustia normal” en presencia de un peligro (objeto) real; 2) la “angustia neurótica” que obedece a la amenaza que constituye

para el Yo las pulsiones del Ello y 3) la “angustia de conciencia” que proviene del peligro para el Yo que emana del conflicto entre el Super Yo y el Ello.

Para Freud la angustia obedece a una elevación del nivel de excitación del psiquismo que genera este afecto displacentero. El síntoma neurótico sería una transacción creada para alejar al yo del peligro y la angustia.

Aunque no lo dice específicamente, Freud vincula la angustia con la separación. Por ejemplo, el nacimiento implica la separación del individuo del cuerpo de la madre; en los primeros años de vida la amenaza sentida como angustia se vincula con la ausencia de la madre y la pérdida del objeto. En la fase fálica, la amenaza es la separación o la pérdida del falo, que origina la angustia de castración.

C.G. Jung y A. Adler, que crearon sus propias corrientes dentro del psicoanálisis, plantean sistemas diferentes para explicar la angustia.

Para Melanie Klein, la angustia nace de la pulsión de muerte. Esta concepción reconoce la importancia de los impulsos y fantasías sádicas que crean el clima en los primeros estadios del desarrollo. Los mecanismos de proyección-introyección, permiten que la pulsión de muerte sea expulsada del Yo y proyectada en el objeto parcial. La otra parte queda en el Yo y se convierte en agresividad. Una de las funciones del Yo de mayor trascendencia es el dominio de la ansiedad, que proviene del peligro que significa la posibilidad de actuación del instinto de muerte.

Klein diferencia dos clases de angustia: la persecutoria y la depresiva, según la posición del desarrollo que ocupe (esquizoparanoide o depresiva).

Para la fenomenología y, en particular, para unos de sus precursores, Sören Kierkegaard, la experiencia existencial fundamental es la angustia (Vallejo, 1979). La angustia sería así un fenómeno inherente a la existencia humana vinculado al “riesgo permanente”.

“Arriesgarse produce ansiedad, pero no arriesgarse es perderse a sí mismo y el ‘riesgo’ en su más alto sentido es la autoconciencia” (Kierkegaard, citado por May, 1968)³. Habitualmente el ser humano está necesitado de hacer continuas elecciones y la ansiedad surgiría del hecho de tener que optar, ya que se descartan con ello otras alternativas.

Para Jean Paul Sartre, el hombre arrojado desnudo al mundo no tiene otra posibilidad que elegir, no tiene libertad para no elegir, ya que no elegir significa una postura: “elegir por no elegir”. De este modo, la propia existencia es libertad para este autor.

Toda angustia sartriana nace de la “nada”, ya que Sartre considera que el ser privado de libertad condiciona la “nada”. Se pregunta: “¿la ‘nada’ no es la muerte?”. La muerte es el más personal, el más singular de los actos al que no se accede por la muerte del “Otro”. Dice: “Mi muerte es mi nada, es mi angustia básica”. Por ello desde esta óptica, toda

³ MAY, R. “Fundamentos teóricos de la ansiedad”. En: R. May, S. Schachter y otros (Eds.). *La angustia normal y patológica*. Buenos Aires: Paidós, 1968

angustia se origina en la certeza que tiene el ser humano de su propia desaparición, en la angustia del límite que constituye la muerte.

Para la teoría de la personalidad del Dr. Jaime Rojas Bermúdez (1979), la ansiedad y la angustia tienen su basamento estructural en el Sí mismo Psicológico (SMP). La estructura de la personalidad estaría compuesta por el Núcleo del Yo, el Yo, el Sí mismo Psicológico y el Esquema de Roles. Su correspondencia neural *grosso modo* es la siguiente: el Núcleo del Yo con el sistema límbico⁴, el Yo con el neocórtex⁵, el Sí Mismo Psicológico con el sistema exteroceptivo⁶ y su vinculación con el sistema neurovegetativo⁷ y los roles con el sistema sensomotor⁸ (ver Figura 1).

⁴ Sistema límbico: Es un sistema formado por varias estructuras cerebrales que gestiona respuestas fisiológicas ante estímulos emocionales. Se relaciona con la memoria, atención, emociones y la conducta. Está formado por partes del tálamo, hipotálamo, hipocampo, amígdala cerebral, cuerpo caloso, séptum y mesencéfalo.

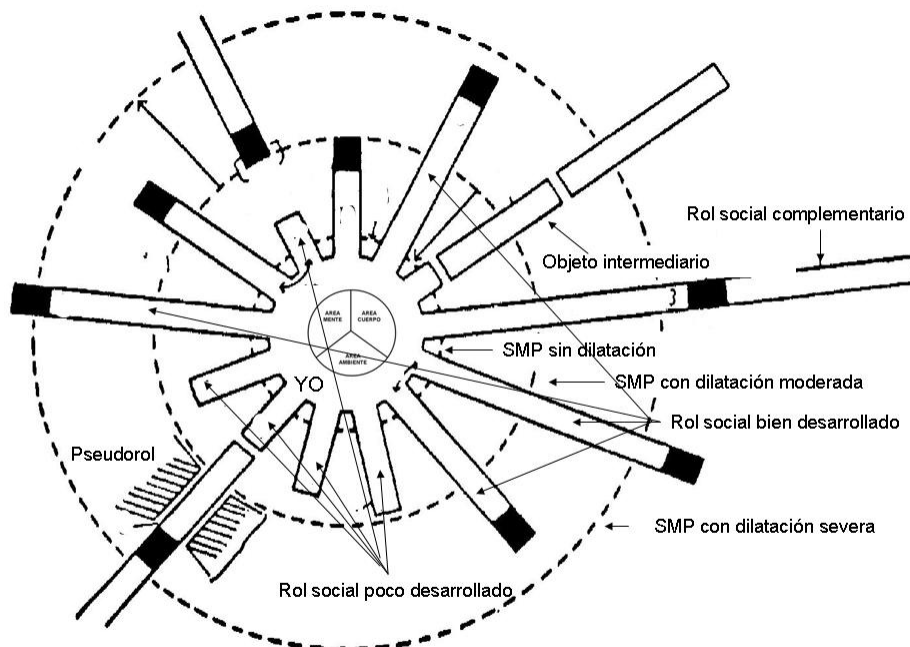
⁵ Neocórtex: Filogenéticamente es el córtex de aparición más reciente si se lo compara con las otras áreas del sistema nervioso central. Dentro del neocórtex se pueden distinguir áreas más modernas, con capacidad de procesar la información y que son asiento o soporte principal del registro de lo simbólico. 1) El lóbulo temporal contiene neuronas que captan cualidades sonoras en la corteza auditiva primaria. También contiene neuronas relacionadas con la comprensión del lenguaje, memoria y aprendizaje. 2) El lóbulo frontal contiene principalmente la corteza motora primaria, en la cual se encuentran las neuronas que controlan los músculos del cuerpo. Está organizada en función de las partes del cuerpo. 3) El lóbulo parietal aloja a la corteza somatosensorial primaria, compuesta por neuronas relacionadas con el tacto, también se organiza en función de las partes del cuerpo. 4) El lóbulo occipital contiene la corteza visual primaria, localizada en la parte posterior, procesa la información visual que llega de la retina.

⁶ Sistema exteroceptivo: Es un conjunto de receptores sensitivos formado por órganos terminales sensitivos especiales distribuidos por la piel y las mucosas que reciben los estímulos de origen exterior y los nervios aferentes que llevan la información sensitiva aferente al sistema nervioso central. El sistema exteroceptivo recibe estímulos externos al cuerpo, al contrario que el sistema propioceptivo e interoceptivo, donde los estímulos sensoriales proceden del interior del cuerpo. Los estímulos externos que excitan al sistema exteroceptivo son el frío, el calor, la presión, el dolor, etc; estímulos recogidos por el sentido del tacto.

⁷ Sistema neurovegetativo: Denominado también sistema nervioso autónomo, o involuntario, o visceral, o gran simpático, es aquella parte del sistema nervioso que regula las funciones vitales fundamentales que son en gran parte independientes de la conciencia y relativamente autónomas, es decir, las funciones vegetativas (aparato cardiorrespiratorio, glándulas endocrinas, musculatura lisa, aparato pilo sebáceo y sudoríparo, etc.).

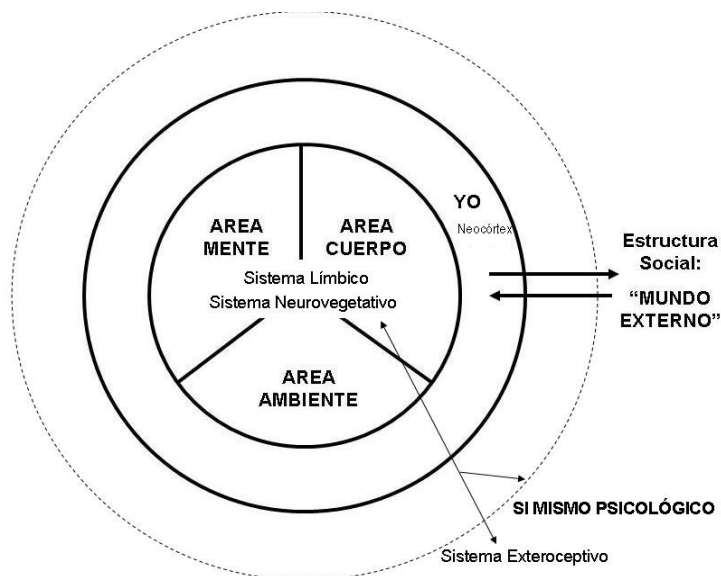
⁸ El sistema sensomotor incorpora todas las señales aferentes, eferentes y los componentes de integración central y de procesamiento envueltos en el mantenimiento de la estabilidad articular funcional. La corteza somatosensorial procesa la información propioceptiva para proveer conciencia de la posición articular (sensación de posición articular) y el movimiento articular (cinestesia). Al nivel espinal, se integra y procesa la información propioceptiva inconsciente para producir activación muscular a través de reflejos monosinápticos y de conexiones neurales polisinápticas. El tallo cerebral integra la información periférica propioceptiva con los centros vestibulares, visuales y otras aferencias somatosensoriales. El cerebelo, y las áreas asociadas como los ganglios basales, permiten monitorear, ajustar, secuenciar y anticipar acciones musculoesqueléticas.

Figura 1
Esquema de Roles y Núcleo del Yo



El SMP es el límite psicológico de la personalidad que tiene una función protectora de su integridad. Es la parte sensitiva del esquema de roles y tiene su soporte fisiológico en el sistema exteroceptivo en estrecha interdependencia con el sistema neurovegetativo. Esta particular interrelación determina que ciertos estímulos, por sus peculiaridades o por su intensidad, den lugar a sensaciones experimentadas como de compromiso orgánico total, debido a la participación neurovegetativa que involucran (taquicardia, palidez, sudoración, etc.). Estas sensaciones a nivel fisiológico, tienen su correlato o lectura psicológica como “emociones” (ver Figura 2).

Figura 2
Articulación de sistemas en el SMP



A nivel físico, corresponde al espacio pericorporal que cada individuo necesita para sentirse confortable. Experimentalmente lo podemos verificar a través de un test por el cual aproximando lentamente a otras personas hasta que el sujeto a investigar manifieste incomodidad. Veremos así como cada individuo tiene una distancia mínima para ubicar a su interlocutor y como varía de acuerdo a los estímulos utilizados y el momento psicológico en que se encuentra.

La sensación de desagrado que se experimenta cuando otra persona entra dentro del "territorio personal", cuando se mete dentro de ese espacio pericorporal individual, corresponde a nivel psicológico, al momento en que el rol social de otro individuo se pone en contacto con el SMP, situación que sucede cuando no se cuenta con un rol complementario para vincularse.

En estas circunstancias, físicamente el sujeto puede retroceder un poco o empujar con la mano a la otra persona, para recuperar distancia y "expulsar al invasor" de su territorio psicológico mínimo confortable (SMP).

Las emociones cuando son procesadas por el Yo (como conciencia de sí mismo) son más duraderas y complejas, denominándose "sentimientos" (por ejemplo, amor, odio, etc.) y cuando son puestas al servicio de las relaciones sociales a través de los roles correspondientes se denominan "afectos".

La dilatación del SMP corresponde a estados emocionales que comprometen totalmente al individuo y pueden ir de la alarma al pánico. Pueden ser agudos, cuando la persona se enfrenta a peligros reales que amenazan su integridad, generando un "campo tenso"⁹ que dificulta la posibilidad de relacionarse a través de los roles sociales. En estos casos el Yo ha perdido las posibilidades de elaborar estrategias adecuadas a las circunstancias, de jugar roles y de vivir distensionadamente los hechos. Ello implica un importante desgaste psicológico.

La dilatación también puede ser crónica, correspondiéndose a los estados psicóticos que presentan una condición permanente de las dificultades de relacionamiento social descritas en el párrafo anterior.

Desde el punto de vista clínico, la respuesta primaria a la dilatación del SMP correspondería a la ansiedad (inquietud, agitación del ánimo) y la repercusión neurovegetativa concomitante a la angustia (opresión precordial, taquicardia, sudoración, etc.).

⁹ Campo tenso: Concepto extraído de la etología y desarrollado por Wolfgang Kohler. Para este autor, entre sujeto y objeto se crea un grado de tensión variable y mientras mayor sea la tensión, mucho más ligado se queda el sujeto al objeto, disminuyendo sus posibilidades de discriminación y por lo tanto de solucionar problemas para llegar a la meta. En campo tenso entonces, es difícil encontrar soluciones, en campo relajado, el individuo sujeto puede experimentar, probar y encontrar soluciones.

Desde un punto de vista clínico, la angustia recorre un espectro que va desde la “angustia normal” vinculada al temor o miedo ante un objeto real y en función del cual el sujeto puede organizar un comportamiento defensivo; la “angustia neurótica” en la que el peligro corresponde más al terreno de las representaciones y los conflictos internos y la “angustia psicótica” que es masiva, total, indiscriminada y enmarcada en la ruptura con la realidad. La aparición de las últimas dos categorías revela el fracaso o la ineficacia de los sistemas defensivos y de los “mecanismos reparatorios” (MMRR)¹⁰ del Núcleo del Yo, puestos en juego por el Yo.

La dilatación del SMP desconecta al Yo de la “estructura social”¹¹ y facilita la repercusión fisiológica de los estados tensionales psicológicos. La función del Yo de “filtro psicológico”¹², protector del Núcleo del Yo se ve reducida a su mínima potencialidad. Así es que mientras más débil sea el Yo, mayores serán las repercusiones fisiológicas.

El caso extremo es el de las esquizofrenias que, al perder contacto con la estructura social, pasan a responder fisiológicamente a los estímulos ambientales, por ejemplo, perdiendo el control esfinteriano ante un estímulo inocuo del medio.

En condiciones normales, una respuesta defecatoria ante un estímulo extremo que produce pánico, no es una regresión, sino una reactivación de mecanismos psicofisiológicos que adquieren vigencia cuando fracasan las respuestas sociales a través de los roles y las respuestas psicológicas a través del Yo y el SMP. Las respuestas fisiológicas ligadas a los roles psicósomáticos¹³ representan el último recurso al que acude el organismo para reestablecer su equilibrio. Desde el lenguaje social coloquial se recogen expresiones que muestran cómo la fisiología es la última respuesta, por ejemplo: “se cagó de miedo”.

¹⁰ Mecanismos reparatorios (MMRR): Son las respuestas del Yo destinadas a restablecer la discriminación de las áreas confundidas. Estos MR están condicionados por las propias funciones yoicas intelectuales, así como por la espontaneidad y creatividad del Yo y, en sus contenidos, estarán marcados por elementos culturales del medio, a saber, conocimientos, creencias, prejuicios, etc.

¹¹ Estructura social: También llamado “contexto social”, es el locus donde se inserta el individuo mediante sus roles sociales a partir de la aparición del Yo alrededor de los dos años de edad. Al aumentar la complejidad de la estructura social se incrementa el repertorio de roles, los que se diversifican por especialización. La estructura social se rige por leyes, normas y valores culturales que demandan del individuo determinadas conductas y compromisos.

¹² Filtro psicológico: Corresponde al conjunto de mecanismos yoicos destinados a la protección del Núcleo del Yo de todos aquellos estímulos que al elicitarlo desencadenan manifestaciones de alarma. Estos mecanismos se elaboran a partir de las formas sociales aprendidas.

¹³ Roles Psicósomáticos: corresponden a las funciones fisiológicas indispensables: Ingerir, Defecar y Mingir y están determinados genéticamente.

2. El Síndrome depresivo

Los trastornos depresivos constituyen un cuadro clínico muy frecuente en la práctica diaria. Se trata de un padecimiento fuertemente asociado a factores de vulnerabilidad social. En la actualidad su incidencia aumenta en la región de las Américas. Por ejemplo en México, un estudio nacional citado por Belló et. al. (2005) mostró que la prevalencia de la depresión para la población general era de 4.5% a 5.8% en las mujeres y 2.5% en los hombres. La prevalencia se incrementaba con la edad y disminuía al aumentar la escolaridad. En los hombres la prevalencia es más alta en áreas rurales que en zonas urbanas. Datos similares pueden encontrarse en muchos de los países de la región.

Al referirse a la depresión en general, se está haciendo referencia a un estado de abatimiento del humor, de decaimiento del ánimo y de la voluntad. Es relativamente raro que el paciente depresivo exprese quejas puramente psicológicas con respecto a su estado. Por el contrario, es frecuente que se queje de trastornos somáticos diversos relacionados con algún aparato u órgano o, al menos, de alguna perturbación de sus funciones vegetativas (sensación de fatiga, insomnio, ansiedad, hiperemotividad, etc.). La tristeza, desesperanza, la ausencia de ganas de vivir, las ideas de autoeliminación no siempre estarán en el primer plano (Garrone, 1974).

El síndrome depresivo puede manifestarse bajo distintas formas clínicas relacionadas con su etiología, la personalidad anterior, afecciones concomitantes, situaciones sociales desencadenantes, o con factores que son desconocidos.

Las explicaciones etiopatogénicas y psicopatológicas son diversas en función de los modelos sintomáticos y de la posición nosográfica, ya sea de plano estructural neurótico o psicótico.

Clínica

2.1. Signos y síntomas depresivos

2.1.1. Signos y síntomas psíquicos

El síndrome depresivo está constituido por un trípede de elementos clínicos:

- a) Alteración del humor en menos – distimia depresiva
- b) Inhibición psicomotriz
- c) Alteración del pensamiento – dolor moral. Se observa fundamentalmente en pacientes de estructura psicótica.

a) Alteración del humor

El humor abatido es parte de la enfermedad depresiva. El paciente se expresa en términos de tristeza, pena, abatimiento, pesimismo, debilitamiento y falta de gusto por la existencia.

Esta tristeza no está siempre presente en forma clara, ya que puede estar “enmascarada” por:

- Manifestaciones somáticas – llamadas equivalentes depresivos (algias, anorexia, insomnio, problemas digestivos).
- Manifestaciones de ansiedad y angustia.

Esta flexión del ánimo es expresada por quejas y lamentaciones pero también se “lee” en las expresiones no verbales (mímica y gestualidad).

b) Inhibición psicomotriz

Esta inhibición se manifiesta por una disminución de las capacidades físicas y mentales. El paciente la experimenta como un enlentecimiento, una lasitud, una dificultad para pensar y participar en el mundo.

Se ve principalmente en el plano de las conductas, en lo que hace a la falta de iniciativa, inercia e inactividad. Así se observa al paciente en posición de flexión, descuido, desaseo, y se comprueba el apragmatismo social, laboral y sexual. En los casos más graves, la inhibición puede llegar al estupor.

Este aspecto de la depresión es muy importante aunque a veces pasa desapercibido en la clínica, al tratarse de una inhibición que carece de impacto en las áreas mencionadas de actividad anteriormente. En las formas ansiosas, la inhibición parece no presentarse en un primer plano.

Como se mencionó en el capítulo del síndrome de ansiedad y angustia, la ansiedad en las depresiones endógenas repercute fundamentalmente sobre la psicomotricidad. En estos casos, el enfermo no puede detenerse ni contenerse. Cambia de posición y de actividad frente a los objetos de su interés de modo constante. Si se queda inmóvil, es su cuerpo el que se agita (manos, suspiros, movimientos de piernas y cabeza, balanceos, tics, etc.). El cuadro se acompaña de una agitación del pensamiento que aumenta los fenómenos anteriormente descritos.

c) Alteración del pensamiento – dolor moral

Los trastornos del pensamiento se dividen en: formales y de contenido.

Los primeros incluyen los fenómenos de inhibición del pensamiento, con enlentecimiento del curso, latencia incrementada, lenguaje monocorde, monótono, bajo y de pobre sintaxis. Se observan alteraciones en la memoria y otras funciones intelectuales básicas como la atención, concentración, juicio práctico, etc.

Concomitantemente se presenta un estrechamiento del campo del pensamiento y de la conciencia, así como un empobrecimiento ideico con “rumiación depresiva” que implica la persistencia de la misma temática.

Los trastornos del contenido están referidos a la temática persistente y estereotipada de muerte, suicidio, culpa o enfermedad. En los casos más graves el paciente entra en un verdadero “delirio depresivo” que se caracteriza por una temática de:

- Culpa (ser-para-otro)
- Ruina (ser-para-algo)
- Hipocondriasis (ser-para-sí)

En cuanto al dolor moral, se trata de un sentimiento de indignidad, de autodepreciación, autodenigración y autopunición; todo en el marco de ideas culpógenas.

El dolor moral caracteriza las depresiones de estructura psicótica y puede llevar a la autoeliminación. La muerte aparece como la única solución liberadora de ese sufrimiento insoportable.

Las ideas de autoeliminación se ven en los cuadros depresivos, pero dependen de la naturaleza y gravedad de los mismos, yendo desde ideas más o menos controladas y criticadas hasta ideas intensas, irreductibles que conducen al comportamiento de autoeliminación.

2.1.2. Signos y síntomas somáticos

a) Astenia

El paciente expresa la astenia como “fatiga”. No corresponde a un aumento del trabajo o del esfuerzo y no se alivia por el descanso ni por la disminución de la labor. Tiende a agravarse cuando el paciente deja completamente su actividad. Es particularmente intensa por la mañana, aún después de una noche de sueño. Muchas veces se describe como localizada en los ojos, los brazos y las piernas. Otras veces se describe como algias musculares, particularmente en los miembros, nuca y espalda.

b) Trastornos del sueño

Estos constituyen una de las quejas más frecuentes del paciente depresivo, quien atribuye a la astenia y a los demás síntomas psicofísicos la falta de sueño. El deprimido duerme menos horas que el sujeto normal. Para las recidivas, los trastornos del sueño son un signo premonitorio.

Los trastornos del sueño consisten generalmente en insomnios de mantenimiento, con un despertar dos o tres horas antes de la hora habitual. El insomnio ansioso, a diferencia de éste, es el de conciliación que va acompañado generalmente por hiperideación.

Una vez que el deprimido se despierta (cada vez lo hace más temprano), ya no puede volver a dormirse. A veces se adormila en el momento del despertar habitual. Más raramente el paciente se duerme, pero su sueño es interrumpido por frecuentes despertares y poblado de fenómenos oníricos tanto más desagradables cuanto más profunda es la depresión (pesadillas de “matiz catastrófico”).

Estos insomnios son muy resistentes a los hipnóticos, siendo uno de sus rasgos característicos. Más raros aún son los casos en que la depresión se manifiesta por hipersomnia.

c) Trastornos digestivos y modificación del apetito

Estos trastornos comienzan frecuentemente por alteraciones del gusto. Desaparece ante todo el placer por comer. El paciente encuentra que lo que come es insípido o desagradable. Muchas veces los enfermos comen más que de costumbre aun sin tener apetito.

Las modificaciones del apetito están acompañadas por trastornos digestivos, entre otros: malestar epigástrico, dolor abdominal, “crisis hepática”, indigestión, náuseas, vómitos, estreñimiento tenaz, etc. Con estos elementos frecuentemente se observa la pérdida de peso.

d) Trastornos génito-urinarios

En la mujer son frecuentes los trastornos menstruales se manifiestan sobre todo bajo la forma de amenorreas, dismenorreas o de oscilaciones del ciclo. En la mujer se puede observar una disminución de la libido o una frigidez transitoria. En el hombre, se observa impotencia, anorgasmia, eyaculación precoz, etc.

La disminución de la potencia y de la libido es casi constante y se considera típica de la depresión.

e) Trastornos neurovegetativos

Entre ellos se observan:

- Respiratorios: disnea, respiración suspirosa o jadeante.
- Laberínticos: vértigos.
- Oculares: fotofobia, disminución de la visión.
- Auditivos: zumbidos, hiperestesia auditiva, disminución subjetiva de la audición.
- Cardiovasculares: hipotensión, taquicardia, palpitaciones, dolores torácicos.
- Generales: sofocos, entumecimientos, hormigueos, cefaleas, compresión del cráneo, jaquecas, sudoración.

2.2. Formas clínicas

Sin poner el acento en la posición nosográfica ya que se trata de describir el síndrome, igualmente se considerarán las formas clínicas de los estados depresivos.

2.2.1. Depresión endógena:

Melancolía y sus formas clínicas. Psicosis maníaco-depresiva.

2.2.2. Depresión psicógena:

- Reactiva
- Neurótica
- Por agotamiento o situacional

2.2.3. Depresión sintomática de otras enfermedades:

- Somatógenas (enfermedades orgánicas)

- Atípicas (asociadas a enfermedades psiquiátricas)
- De involución

2.2.1. Depresión endógena

Constituye la fase depresiva de las psicosis maníaco-depresivas.

Esta categoría denominada melancolía, representa la forma extrema del síndrome depresivo y abarca el síndrome clínico completo: inhibición, tristeza, dolor moral, delirio de ruina, daño, eternidad, negación, etc.

La melancolía puede ser recidivante, única manifestación de la psicosis maníaco-depresiva (forma monopolar), alternar con períodos maníacos o hipomaníacos, adoptar formas mixtas de exaltación y depresión simultáneas.

Las formas clínicas van desde la melancolía simple (con astenia, insomnio, reducción de la actividad y aislamiento), pasando por la melancolía estuporosa (con máxima inhibición psicomotriz), la melancolía ansiosa (que presenta la ansiedad psicótica en primer plano), hasta la melancolía delirante (con dolor moral delirante, delirio de ruina, con imaginaciones e interpretaciones erróneas, ideas de culpabilidad, de indignidad, hipocondríacas y de negación de órganos o síndrome de Cotard).

Estas formas clínicas son muy graves, muy peligrosas para el paciente dado el alto riesgo de autoeliminación, y requieren de tratamiento psiquiátrico bajo internación.

2.2.2. Depresión psicógena

- Reactiva

Aparece generalmente en los días siguientes a un suceso traumático y toma el porte apático e inhibido de un estado de postración, o el aspecto de agitación ansiosa y disfórica con desbordamiento emocional (crisis de llanto o de agresividad).

Aunque de corta, duración, este tipo de depresiones pueden ser intensas y llevar al enfermo hasta el intento de autoeliminación. Suelen desaparecer con el alejamiento de la causa exógena desencadenante y muchas veces se acompañan de un medio ambiente desfavorable y/o de una personalidad conflictuada.

- Neurótica

Se reconoce por la concomitancia o la preexistencia de una sintomatología neurótica, ya sea histérica, fóbica u obsesiva, exacerbada o descompensada y de síntomas depresivos más o menos pronunciados. Puede haber una situación desencadenante que es sólo patológica en la medida que reactiva conflictos neuróticos o porque modifica un equilibrio neurótico precario que, a nivel psicodiagnóstico, se detecta como una estructura de personalidad neurótica. Generalmente se trata de situaciones de cambio y de separación.

Los tratamientos medicamentosos son, en estas formas clínicas, decepcionantes, pues persiste el fondo neurótico por lo que resulta más eficaz el abordaje psicoterapéutico.

- Por agotamiento o situacional

Estas depresiones están ligadas a situaciones de prolongado stress o a una aguda situación de tensión o conflicto permanente. Generalmente estas formas aparecen en los directivos o ejecutivos o comerciantes.

En la mujer se da más frecuentemente por conflictos acumulados de origen familiar o conyugal.

Este síndrome comprende una forma clínica similar a la que se presenta en los “transculturados” o “desarraigados” (personas que van al exilio, presos, reclutas, etc.).

Se manifiestan esencialmente por un síndrome asténico muy pronunciado, trastornos del sueño importantes y una hiperestesia sensorial y afectiva que produce una notable irritabilidad. Es el estado de agotamiento físico e intelectual el que alimenta las quejas depresivas y la impresión de incapacidad.

Estas formas clínicas reaccionan bien al tratamiento antidepressivo y tranquilizante.

2.2.3. Depresión sintomática de otras enfermedades

- Orgánicas

Son cuadros depresivos que aparecen en el transcurso o al final de otras afecciones. Las depresiones son generalmente ligeras, con astenia y acompañan ciertas enfermedades endócrinas (hipertiroidismo, Cushing, Addison, etc.); síndromes infecciosos agudos y subagudos, así como síndromes hematológicos (diferentes formas de anemias).

Se pueden presentar también como consecuencia de la presencia de tumores cerebrales.

- Atípicas

Las depresiones atípicas son las manifestaciones sintomáticas de las psicosis esquizofrénicas. También se ven en las pre-psicosis, los estados borderline, el alcoholismo y las farmacodependencias.

- De involución

Estas formas depresivas son de aparición tardía, tanto en el climaterio como en la presenectud, con desencadenamiento casi inmediato a un traumatismo físico o psíquico a veces insignificante.

El fenómeno depresivo se manifiesta bajo la forma ansiosa o la inhibición. El humor es sombrío y difícil de calificar dado que no reviste el aspecto dramático del síndrome depresivo manifiesto. Se acompaña a menudo de una disminución objetiva de las posibilidades intelectuales. Esta forma aparece en las personalidades de estructuras obsesivas, fóbico-obsesivas o histerofóbicas.

2.3. Hallazgos bioquímicos y genéticos

Muchas han sido las investigaciones cuyos objetivos eran encontrar los factores genéticos y metabólicos que intervienen en las depresiones y su mutua vinculación.

La investigación genética está lejos de haberse agotado y las patofisiologías encontradas, fundamentalmente en la psicosis maníaco-depresiva, tienden a señalar que bajo una misma presentación clínica, se podrían ocultar múltiples formas patogénicas.

El riesgo de morbilidad de la psicosis maníaco-depresiva para la población general oscila entre un 0.6% y un 1.6%. El riesgo se eleva dramáticamente en aquellas familias con miembros maníaco-depresivos, siendo entre 15% y 25% para los parientes de primer grado. La concordancia de gemelos, por su parte, es del 20% para los heterocigóticos y del 60% a 70% para los homocigóticos.

En las familias de los pacientes unipolares depresivos, el riesgo es del 10% al 15%, siendo las mujeres más afectadas que los hombres.

La forma de transmisión aun permanece controvertida, lo que reafirma que ciertas formas genéticas traducirían la heterogeneidad observada en esta enfermedad.

A nivel bioquímico, se han encontrado ciertas alteraciones en el metabolismo de las monoaminas cerebrales, las que estarían en la base del síndrome depresivo. Las monoaminas son sustancias que desempeñan un papel fundamental en la regulación tímica interviniendo a nivel de los mecanismos sinápticos neurotransmisores.

Se ha encontrado que pacientes maníaco-depresivos presentan un déficit en la formación de estas monoaminas (serotonina y catecolaminas). En los accesos depresivos se constata un descenso en la concentración de serotonina, una reducción de las catecolaminas (noradrenalina y adrenalina) y una perturbación del sistema de transporte electrolítico en la membrana a nivel post-sináptico. El sodio (Na), que es el responsable de este transporte, se encuentra disminuido en su forma intercambiable y aumentado en su forma residual.

En el tratamiento de las depresiones, se utiliza el litio (Li), oligoelemento que aumenta los niveles de sodio intercambiable para el transporte electrolítico, al tiempo que interviene favorablemente en el metabolismo de las monoaminas, y como consecuencia, regula el estado del humor.

2.4. Diagnóstico de los Trastornos Depresivos según el DSM IV

De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM IV se diferencian y clasifican los siguientes trastornos depresivos (se dejaron fuera los episodios maníacos y los episodios

mixtos y trastornos bipolares con predominio maníaco o hipomaníaco que serán tratados en el capítulo correspondiente):

1. Episodio depresivo mayor

- Criterios para el diagnóstico de F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2)
- Criterios para el diagnóstico de F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3)
- Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico (300.4)

2. Episodio mixto

3. Trastornos bipolares

- Criterios para el diagnóstico de F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto (296.6)
- Criterios para el diagnóstico de F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo (296.5)
- Criterios para el diagnóstico de F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado (296.7)
- Criterios para el diagnóstico de F31.8 Trastorno bipolar II (296.89)
- Criterios para el diagnóstico de F34.0 Trastorno ciclotímico (301.13)
- F06 Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar la enfermedad médica) (293.83)

4. Criterios para el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

1. Episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del

apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

4. insomnio o hipersomnia casi cada día

5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

6. fatiga o pérdida de energía casi cada día

7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

- Criterios para el diagnóstico de F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2)

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

- Criterios para el diagnóstico de F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3)

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Crónico
Con síntomas catatónicos
Con síntomas melancólicos
Con síntomas atípicos
De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)
Con patrón estacional

- Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico (300.4)

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito
2. insomnio o hipersomnia
3. falta de energía o fatiga
4. baja autoestima
5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años **Inicio tardío:** si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):

2. Episodio mixto

A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.

B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

3. Trastornos bipolares

- Criterios para el diagnóstico de F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto (296.6)

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio mixto.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Con síntomas catatónicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

- Criterios para el diagnóstico de F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo (296.5)

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio depresivo mayor.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

- Criterios para el diagnóstico de F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado (296.7)

A. Actualmente (o en el episodio más reciente) se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio hipomaníaco, un episodio mixto o un episodio depresivo mayor.

B. Previamente se han presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

E. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisodios)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

- Criterios para el diagnóstico de F31.8 Trastorno bipolar II (296.89)

A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores.

B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaníaco.

C. No ha habido ningún episodio maníaco ni un episodio.

D. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar el episodio actual o más reciente:

Hipomaníaco: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio hipomaníaco

Depresivo: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio depresivo mayor

Especificar (para el episodio depresivo mayor actual o el más reciente sólo si es el tipo más reciente de episodio afectivo):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

- Criterios para el diagnóstico de F34.0 Trastorno ciclotímico (301.13)

A. Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivo que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Nota: En los niños y adolescentes la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Durante el período de más de 2 años (1 año en niños y adolescentes) la persona no ha dejado de presentar los síntomas del Criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses.

C. Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto.

Nota: Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico (1 año en los niños y adolescentes), puede haber episodios maníacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I) o episodios depresivos mayores (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar II).

D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- F06 Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar la enfermedad médica) (293.83)

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

1. estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades

2. estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificación basado en tipos:

.32 Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor.

.32 Con episodio similar al depresivo mayor: si se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto el criterio D).

.30 Con síntomas maníacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable.

.33 Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno predomine.

Nota de codificación: Se debe incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a hipotiroidismo, con síntomas depresivos [293.83]; se codificará también la enfermedad médica en el Eje III.

Nota de codificación: Si los síntomas depresivos se presentan como parte de una demencia previa, indicar los síntomas depresivos codificando, si es posible, el subtipo de demencia, p. ej., F00.13 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con estado de ánimo depresivo [290.21].

4. Criterios para el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

1. estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades
2. estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia
2. el empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuides a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los

síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios depresivos mayores recidivantes).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas exceden de los normalmente asociados con el síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Código para trastorno del estado de ánimo inducido por (sustancia específica):

F10.8 Alcohol [291.8]

F16.8 Alucinógenos [292.84]

F15.8 Anfetaminas (o sustancias de acción similar) [292.84]

F14.8 Cocaína [292.84]

F19.8 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) [292.84]

F18.8 Inhalantes [298.84]

F11.8 Opiáceos [298.84]

F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.84]

F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.84]

Tipos:

Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo.

Con síntomas maníacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable

Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno de ellos predomine.

Especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

2.5. Consideraciones psicopatológicas

Cuando un acontecimiento stressante se encuentra estrechamente ligado a un episodio depresivo, se considera que es un síndrome “reactivo” al mismo.

Para el pensamiento psicoanalítico, un acontecimiento stressante puede activar conflictos internos, con fijaciones al momento fálico (situación edípica) para el caso de las estructuras neuróticas, o al temor fantaseado de la pérdida de un objeto anaclítico en los estados límites. En tales casos, es posible que se desencadenen cuadros depresivos cuyos contenidos pueden no estar necesariamente relacionados con el hecho desencadenante, aunque son comprensibles y relativamente compartibles, tanto en lo racional como en lo vivencial, pues no rompen con la realidad.

La crisis depresiva presenta una continuidad con la organización neurótica de la personalidad y las fijaciones y regresiones son parciales, tanto a la fase fálica como a la anal.

En los casos en que los episodios depresivos aparecen separados del continuo de la existencia, caracterizados por la falta de contacto afectivo, sin temática compatible, sin acontecimientos desencadenantes evidentes y con ruptura con la realidad, se está en presencia de un síndrome depresivo psicótico.

Dicho síndrome ha recibido el calificativo de endógeno por estar más vinculado a factores constitucionales y heredados que a situaciones de la realidad.

Siempre desde el punto de vista psicoanalítico, estos estados estarían ligados a situaciones de extremas frustraciones en el estadio oral-sádico del desarrollo: posición depresiva de Melanie Klein (citado por Paz, 1979). La situación emocional del niño durante esta fase del desarrollo es ambivalente, con agresión hacia el objeto amado (necesitado) lo que le confiere el atributo de “sadismo”.

Como la diferenciación Yo – No Yo en un nivel oral-cutáneo es incipiente, lo que le pasa al objeto le está pasando al sujeto. Esto habla de la ausencia de límites definidos y remite a una posición psicótica en la experiencia adulta.

José Rafael Paz (1979) sostiene que el drama de la depresión psicótica melancólica es que el “objeto” está malamente (sádicamente) dejando de ser parte del “sujeto”, por lo que la agresión propia y su resultado, recaen sobre el Yo. Esta modalidad vivencial estaría relacionada con excesivas frustraciones en momentos significativos, en los que la madre no constituye un continente apto, revistiendo características ambivalentes, de las cuales se conservarán los aspectos frustrantes.

Para Jean Bergeret (1975), en este tipo de depresiones hay más un temor a perder el amor (objeto materno) “por no hacer las cosas lo suficientemente bien” (ideal del Yo) que “por hacerlas mal” (Super Yo). La experiencia afectiva de tristeza, culpa, ruina, dolor moral,

búsqueda de la muerte, etc. serían consecuencia de estos fundamentos dinámicos psicopatológicos.

Para la óptica fenomenológica, todos los síntomas subjetivos que acusa el deprimido son reconocidos en su cualidad vivencial, captando lo que ellos representan para el paciente. Esto es posible a través de lo que Von Gebsattel (citado por Murguía, 1980) denomina “reflexión constructivo genética”. La fenomenología considera principalmente tres síntomas del síndrome: a) la inhibición; b) el desorden de la vivencia del tiempo y c) la flexión del ánimo (tristeza). Desde esta perspectiva, la inhibición sería el fundamento biológico de la melancolía.

Minkowski (1999) llama “elán personal” al impulso que conduce hacia adelante, hacia la acción que permite experimentar los éxitos, reconocer los fracasos y medir las fuerzas, dando sentido a la vida. Existiría otro “elán” que también impulsa y orienta la realidad ambiente y que estaría en un aparente paralelismo con respecto al “elán personal”. El autor denomina a esta concordancia: “contacto vital con la realidad”. En el caso de la inhibición del deprimido se da la experiencia de desincronización con la realidad, con pérdida consecuente del contacto vital.

El segundo síntoma, el desorden de la vivencia del tiempo, en los deprimidos, aparece como la formulación de la queja de que el tiempo huye alrededor de ellos. El deprimido intenta expresar la vivencia de la desincronización entre su tiempo subjetivo y el tiempo del universo. En otras palabras, su tiempo inminente se ha detenido mientras que las cosas suceden en el mundo físico a través de su captación sensorial.

Al no poder construir un futuro, estos pacientes se refugian en la evocación del pasado, ya que lo que les queda es la vivencia del tiempo que pasó. Es evidente la asimetría entre el pasado cargado de evocaciones muertas y el futuro que no tiene dimensión. Ha perdido el “elán personal” propulsor y se queja refiriéndose al ahora.

El tercer síntoma, la flexión del ánimo, se presenta verbalmente como penas, quejas y lamentaciones y, en forma no verbal, con gestualizaciones faciales de dolor y corporales de congoja y llanto. El estudio fenomenológico lo hace aparecer como síntoma derivado de la inhibición (Murguía, 1980).

Para la Teoría del Núcleo del Yo de Rojas Bermúdez (1997): “Las patologías psíquicas básicas: neurosis y psicosis, son nucleares, corresponden a fallas estructurales en el núcleo del yo, como resultado de una falta parcial de complementariedad entre las estructuras genéticas programadas internas (EGPI) y las estructuras genéticas programadas externas (EGPE) ¹⁴.

¹⁴ Siguiendo a Rojas Bermúdez (Teoría y Técnicas Psicodramáticas, Barcelona, Ed. Paidós, 1997), “Como se recordará, la resultante de estas complementariedades es la huella mnémica (HM), representación de las diferentes estructuras complementarias.

En este sentido, por ser nucleares, los síndromes depresivo melancólico y depresivo neurótico tienen diferentes lecturas estructurales.

A. Síndrome Depresivo Melancólico.

Como síndrome psicótico, cabe comenzar con una referencia textual de Rojas Bermúdez (1997) sobre éste tema:

“La estructura básica de las psicosis (núcleo del yo) surge de la confusión en las tres áreas, como síntoma primario, a consecuencia de las porosidades que presentan en su estructura dos de los tres roles psicosomáticos.

Las diferencias entre los síndromes psicóticos se basan en que cada uno de ellos conserva un solo rol psicosomático bien estructurado, que es distinto para cada síndrome. La diferenciación sintomatológica va a estar determinada en su forma por el rol psicosomático bien estructurado.

La elaboración realizada por el yo va a estar en función de las características estructurales del rol sano: referidos a la ingesta, a la defecación y a la micción. Por otra parte, al ser el RPS sano el último reducto coherente y bien discriminado, en contraposición con la confusión que experimenta el yo, la información que le provee va a ser tratada especialmente, lo que le confiere al RPS la categoría de rol sobrevalorado. Lo temido por el yo es que la confusión se generalice e involucre al RPS sano, perdiéndose así todo contacto con la realidad. Frente a estos temores, el yo suele recurrir a comportamientos extremos que ponen en peligro su integridad física y que resultan incomprensibles para el observador”.

En el caso de la melancolía, ésta estaría representada por la manifestación fisiopsicopatológica del “Modelo Ingeridor”, el cual brinda únicamente información relacionada con la función fisiológica de la ingesta y su equivalente psicológico. Durante la estructuración de la personalidad se han producido fallas en los otros Roles

La falta de complementación entre necesidades básicas (programadas genéticamente) del bebé en relación con los aportes del medio puede deberse a alteraciones en el bebé mismo (como malformaciones congénitas) o, más frecuentemente, por carencias en lo que habitualmente se llama cuidados maternos. Recordemos que estas necesidades básicas son tanto de alimentación, limpieza, etc., como de aspectos más sutiles de la interacción: caricias, sonrisas, arrullos, presencia continuada del adulto significativo. Los estudios sobre el tema, de los que Bowlby es pionero, y los aportes de los estudios etológicos son importantes en este campo: desde los de Harlow sobre la vinculación hasta las actuales investigaciones japonesas, norteamericanas y suecas sobre aspectos de la relación materno-filial en los primeros meses de vida. Las fallas continuadas en la complementación (carencias) dan lugar a alteraciones en la organización de los circuitos neuronales que se representan como «porosidad» en el registro del rol psicosomático correspondiente. Las HM que configuran los roles psicosomáticos son circuitos neuronales que, al mismo tiempo que se organizan, discriminan la estructuras que los producen. En el núcleo del yo, la representación de cada rol psicosomático da lugar, al mismo tiempo, a una discriminación de áreas. Si en esta configuración se producen alteraciones importantes, las áreas no quedan totalmente discriminadas y se dan fenómenos de confusión entre ellas”.

Psicosomáticos que estructuran el Núcleo del Yo (Rol Defecador y Rol Mingidor) y que dan lugar a la discriminación de las áreas de la conducta: Ambiente, Cuerpo y Mente (ver Figuras 3 y 4).

Figura 3
Roles Psicosomáticos y Áreas del Núcleo del Yo

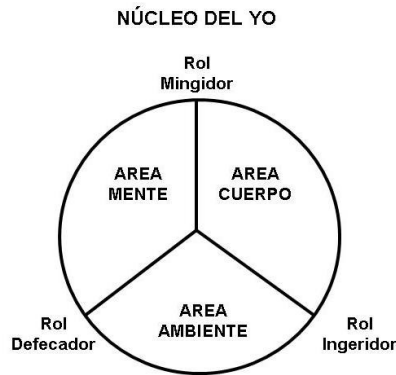
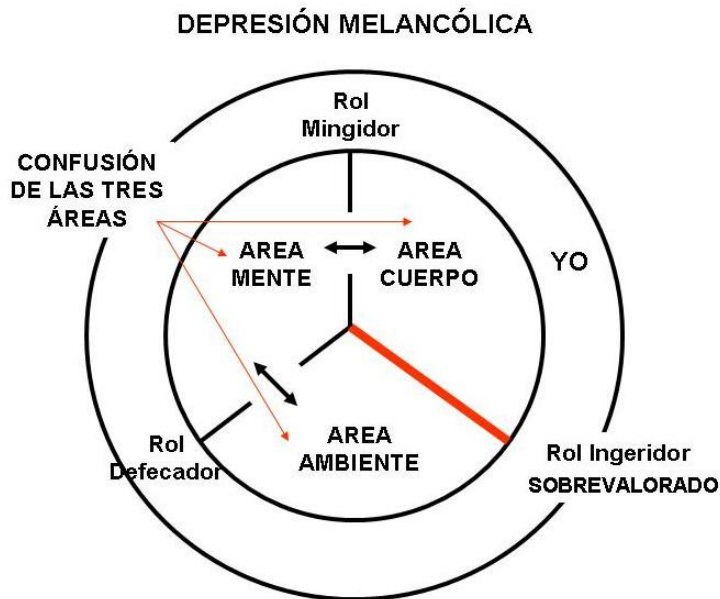


Figura 4
Fórmula Estructural de la Melancolía



Los mecanismos reparatorios yoicos, que habían sido elaborados y puestos en funcionamiento sobre las fallas en los roles psicosomáticos caen, cuando el Yo enfrenta situaciones críticas que desbordan sus posibilidades psicológicas de responder a las demandas tanto internas como externas.

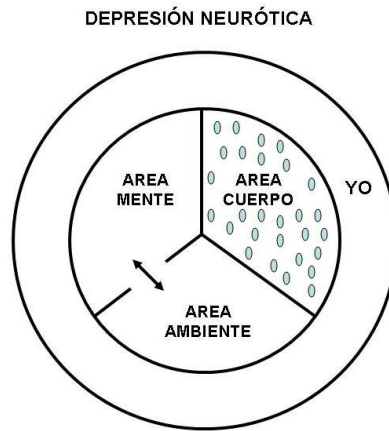
Como consecuencia, se produce la confusión de áreas del Núcleo del Yo, generándose indiscriminación entre pensamiento, sensación y límite propio-ajeno. La confusión interna provoca la dilatación crítica del SMP que impide la relación a través de roles sociales e incrementa el área pericorporal mínima comfortable. Los signos de este estado son la ansiedad hermética, masiva e indiscriminada del melancólico.

El fenómeno central y particular del síndrome, es la inhibición del Yo y la manifestación del único reducto sano del individuo en la crisis melancólica: el Rol de Ingeridor (sobrevalorado) y su modelo (voracidad incorporativa, destructividad y culpa consecuente, dolor moral y autoeliminación).

b. Síndrome Depresivo Neurótico

En este caso, la fórmula estructural es neurótica, con sólo un rol psicosomático con fallas (rol defecador) y un área “sana” o sobrevalorada: área cuerpo (ver Figura 5). Los mecanismos reparatorios del Yo prevalecen sobre el área mente (representaciones simbólicas), dando lugar a un cuadro clínico en el que la relación Yo-Mundo se mantiene discriminada y dentro de la realidad, con predominio de la atención sobre el área cuerpo (sensaciones). De este modo, ante un suceso desencadenante, aparecen la apatía y la inhibición o la agitación ansiosa y disfórica, con eventuales crisis de llanto, hiperestesia sensorial y afectiva e irritabilidad. La consecuencia del síndrome depresivo, es el agotamiento intelectual y físico, que se nutre de quejas depresivas y fantasías de abandono o de menosprecio (mecanismo reparatorio sobre el área mente).

Figura 5
Fórmula Estructural de la Depresión Neurótica



3. Síndrome de exaltación del humor

El síndrome de exaltación del humor es un estado de hiperexcitación de las funciones psíquicas que corresponde a los estados denominados “maníaco” e “hipomaníaco”. Según Ey (1975), en este síndrome “la liberación desordenada y excesiva de la energía se manifiesta por igual en los dominios psíquico, psicomotor y neurovegetativo.

Clínica

3.1. Los estados maníacos

3.1.1. El estado maníaco

Se trata de un estado extremo de exaltación aguda, tal como puede observarse en el curso de la evolución de la psicosis maníaco-depresiva. Siguiendo a Henry Ey (1975) el síndrome aparece entre los 20 y 50 años en pacientes que frecuentemente presentan un biotipo pícnico y tienen antecedentes familiares.

Puede iniciarse con una fase depresiva acompañada de insomnio o por un estado de exaltación premonitorio de algunas horas o días. Este estado premonitorio tiene algunos síntomas “señales” que ponen al entorno familiar en alerta de la recaída crítica, por ejemplo, comportamientos insólitos, cartas o llamadas telefónicas extravagantes, vestimentas diferentes a las habituales o actos impulsivos o irreflexivos, entre otros. El inicio también puede ser súbito y sin avisos previos, en donde el paciente se presenta repentinamente radiante, animoso, optimista, verborreico, lleno de iniciativas y “proyectos”, hipersexual, bebedor, irritable y a veces agresivo y grosero con el entorno, modificando dramáticamente su conducta habitual.

Según Capponi (1987), en el estado maníaco la psicopatología se ordena en 3 áreas fundamentales:

- a) la afectividad,
- b) el curso del pensamiento y
- c) la actividad psicomotriz.

a) La afectividad se caracteriza por la expansividad y la hipertimia (euforia) que se expresan en un incremento desproporcionado de la autoestima, omnipotencia, alegría, optimismo y proyectismo, con pérdida de la distancia social. El paciente se siente extremadamente bien, infatigable, dichoso de vivir y con tendencia a la hiperactividad. De todos modos su afectividad es lábil, pasando rápidamente de la alegría a las lágrimas y de las lamentaciones a la cólera. Se presenta irónico, agresivo y con tendencias a ridiculizar a sus interlocutores.

b) El curso del pensamiento evidencia la aceleración en las asociaciones de ideas, la sucesión de representaciones y de la memoria. Esta aceleración del curso del pensamiento o taquipsiquia se manifiesta en el activismo, la verborrea y locuacidad no habitual. Una

representación tan pronto es evocada puede desaparecer del campo de la conciencia para ser reemplazada por otra a manera de un “caleidoscopio de los contenidos de la conciencia (Ey, 1975).

“En el curso del pensar la ideofugalidad o al menos la experiencia subjetiva de un conocimiento hiperlúcido, ideación fácil y ocurrente sin filtro de autocrítica. La atención espontánea se exalta en tanto que la capacidad de concentración se muestra extremadamente reducida” (Capón, 1987).

c) La actividad psicomotriz está caracterizada por la excitación y el juego. El paciente maníaco siente la exigencia de la hiperactividad, con movimientos de gran desorden, inadaptación e incongruencia. En esta hiperactividad no hay fatiga proporcional, reduciéndose la necesidad de dormir al tiempo que la libido se exalta.

En cuanto al juego, el paciente representa escenas, improvisa situaciones, imita personajes conocidos, presionando al entorno para que participe de su alegría lúdica. Siguiendo a Ey (1975), es importante señalar que el juego del maníaco se parece más al mal teatro que a un juego de niños.

Otros síntomas que acompañan al estado maníaco son los somáticos, con adelgazamiento, trastornos del sueño, hambre y sed aumentadas, hipertermia, pulso acelerado, resistencia a la fatiga, sudoración y salivación incrementadas.

La duración del episodio crítico varía entre algunas semanas a varios meses dependiendo también del tratamiento al que sea sometido el paciente, en los casos en que éste ocurra.

3.1.2. El estado hipomaníaco

Según algunos autores se denomina a este estado como forma “benigna” de la manía, dada la atenuación de los síntomas. Es al mismo tiempo la forma más frecuente del síndrome de exaltación del humor que se caracteriza por la presencia de humor eufórico, superabundancia de ideas y tendencia a la hiperactividad.

El paciente se muestra conversador, verborreico y con propensión a escribir mucho. Según Ey (1975) “en el grado más ligero, el sujeto pasa por vivo, espiritual, inteligente, brillante pero rápidamente agresivo, irritable, autoritario y sarcástico”.

Es hiperactivo y no muestra cansancio, asume diversos emprendimientos pero raramente los finaliza. Con menor fuerza que el maníaco, el paciente hipomaníaco puede desarrollar una conducta sexual exacerbada y desordenadas que pueden tener consecuencias médico-legales (exhibicionismo, abusos, hostigamiento, etc.).

3.1.3. El estado maníaco delirante y alucinatorio

Es raro y se presenta cuando hay desestructuración profunda de la conciencia. El delirio es cambiante y desestructurado. Los temas prevalentes son la grandeza y el poderío y, más raramente, la persecución. Cuando se observan alucinaciones, éstas evocan el

automatismo mental (alucinaciones psíquicas y psicomotrices), dentro de una temática de influencia o profecía.

3.1.4. La exaltación del humor en las psicosis bipolares

En estos casos, conjuntamente con los síntomas maníacos, se integra la semiología melancólica, caracterizando una psicosis con aspectos antagonistas insertos en una misma estructura.

Kraepelin (citado por Ey, 1975), describe una “serie de formas de estados mixtos que, yendo de los más maníacos a los más melancólicos son: la manía acinética – la manía depresiva – la manía improductiva – el estupor con elementos maníacos – la melancolía agitada”.

3.2. Diagnóstico de los episodios maníacos, episodios mixtos y trastornos bipolares con predominio maníaco o hipomaníaco según el DSM IV

Episodio maníaco

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. autoestima exagerada o grandiosidad
2. disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
3. más hablador de lo habitual o verborreico
4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
5. distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
6. aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
7. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarsarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Episodio mixto

A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.

B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Trastornos bipolares

Criterios para el diagnóstico de F30 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único (296.0)

A. Presencia de un único episodio maníaco, sin episodios depresivos mayores anteriores.
Nota: La recidiva se define como un cambio en la polaridad desde la depresión, o como un intervalo de al menos 2 meses sin síntomas maníacos.

B. El episodio maníaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar si:

Mixto: si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto.

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Con síntomas catatónicos

De inicio en el posparto

Criterios para el diagnóstico de F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniáco (296.40)

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio hipomaniáco.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

Criterios para el diagnóstico de F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco (296.4)

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio maníaco.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Con síntomas catatónicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Con ciclos rápidos

Con ciclos rápidos

3.3. Consideraciones psicopatológicas

Para Jean Bergeret (1975), el “hundimiento físico” y la “fusión con el objeto malo” de la melancolía se resuelve con un movimiento opuesto denominado “movimiento maníaco”. De modo similar a la indiferenciación esquizofrénica o a la proyección de lo malo del paranoico, el estado maníaco es omnipotente, rompe con la realidad y constituye la negación defensiva de la depresión. Ello permite comprender la existencia de períodos alternados maníacos y depresivos, uno en posición defensiva en relación al otro, conformando la psicosis maníaco-depresiva de Kraepelin.

Para Binswanger (citado por Ey, 1975), la manía representa una modalidad regresiva global, tratándose de una profunda modificación de la estructura temporal de la vida psíquica y caracterizándose por un desencadenamiento y un endiablado impulso de deseos desenfrenados y orgiásticos.

El psicoanálisis también se ha referido a la existencia de esta “orgía” y este furor libidinal en el acceso maníaco, el que es considerado como una “regresión súbita a los estadios infantiles del instinto, anteriores a toda frustración exterior”.

Ey (1975) dice: “Las necesidades y los deseos se hacen ‘devoradores’. Las pulsiones se liberan, especialmente las pulsiones orales pregenitales. La manía es en este sentido lo contrario de la melancolía, en tanto que precipita al sujeto a la satisfacción de sus pulsiones como para escapar a la angustia (Racamier) por el orgasmo dionisiaco (J. Gillbert)”.

En su “Tratado de Psiquiatría”, Henri Ey (1975) propone su “análisis estructural” de la manía que consta de dos aspectos:

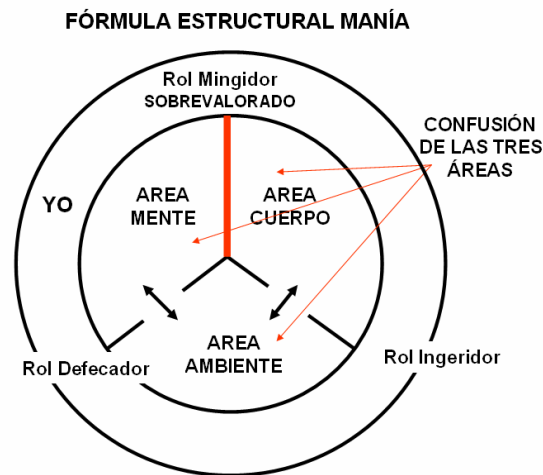
- 1) Aspecto negativo: regresivo y deficitario.
 - a) Trastorno con desestructuración de las funciones de síntesis: atención, percepción, selección, discriminación, etc.
 - b) Alteración de la lucidez que provoca la impresión paradójica de una “hiperlucidez maníaca”.
 - c) Desestructuración temporal ética de la conciencia, con pérdida de la moderación adaptativa a las exigencias del presente.
- 2) Aspecto positivo:
 - a) Comportamiento de juego.
 - b) La ficción o fabulación en el plano imaginario.
 - c) La liberación de pulsiones.

“Disminuido en la estructura ponderada y equilibrada de su conciencia, el maníaco se lanza a una especie de dilatación de su existencia; se proyecta más allá de lo imposible presente y volatiliza hasta el extremo de las posibilidades de su potencia de optimismo y de ilusión” (Ey, 1975).

Para la Teoría del Núcleo del Yo de Rojas Bermúdez (1997), el síndrome de exaltación del humor es un síndrome psicótico, por lo que su estructura básica también emana de la confusión de las tres áreas del Núcleo del Yo, como consecuencia de las porosidades que presentan en los Roles Psicossomáticos de Ingeridor y Defecador. El maníaco conserva un solo rol psicossomático bien estructurado, esto es, el Rol de Mingidor, lo que produce la diferenciación sintomatológica característica de la exaltación del humor con hiperideación, fuga de ideas, verborrea, excitación psicomoriz, incapacidad de contenerse, juego, agresividad, etc. Se trata del denominado por Rojas Bermúdez “modelo en chorro” que correspondiente a la lectura psicológica del modelo fisiológico mingidor (ver Figura 6).

La elaboración que el Yo realice de la información proveniente de la confusión de áreas y del Rol Psicossomático sano dará como resultado los diferentes cuadros maníacos, hipomaníacos, maníacos alucinatorios, etc., con ruptura moderada o seria con la realidad y ansiedad de características psicóticas con predominio psíquico y gran repercusión psicomotriz, dilatación aguda o crónica del SMP e imposibilidad de una adecuada relación con el entorno a través de los roles sociales.

Figura 6
Fórmula Estructural Exaltación del Humor



4. El Síndrome delirante

Con la semiología del síndrome delirante se ingresa al estudio de los síntomas llamados “mayores”, por ser característicos de lo que vulgarmente se designa como “locura”. Henri Ey (1975) dice al respecto “(...) verdadero signo de alarma de las psicosis, el delirio indica la ruptura del Yo”.

Es el síndrome que especifica los trastornos del pensamiento en su contenido y caracteriza la alienación mental. En el estado de delirio, como en el de alienación, el individuo percibe de manera anormal y alterada el mundo (tanto el externo – realidad física y social, como el interno – psíquico), lo que hace difícil, y a veces imposible, la comunicación con quienes lo rodean.

El “sistema delirante” de este síndrome está expresado por el vínculo entre las “ideas delirantes” y las “percepciones delirantes”; los “mecanismos” puestos en juego, la “temática” del delirio y el “humor” delirante.

La “idea delirante” es una idea falsa sostenida bajo negación de toda evidencia. Es un error de juicio que muchas veces contradice las leyes de la lógica; es una idea absurda que disiente con la realidad de los hechos y carece de motivos en boca de quien la expresa. Un delirio es pues, la creencia inquebrantable e irreductible a la lógica de una concepción falsa de la realidad. Se diferencia del error por su carácter sistemático e inatacable por el testimonio de los demás y por otras experiencias vividas por el sujeto.

Es una idea fija, es decir, que ocupa todo el campo de la conciencia. Es parásita, esto es, funciona como si fuera un “tumor psíquico” que se sumerge en la existencia objetiva del enfermo. Es incompatible y, por lo mismo, es “personal”, ya que no es correspondido por las personas que conviven en el mismo entorno social y cultural del sujeto.

Las ideas delirantes motivan a su vez conductas que trasuntan y evidencian los contenidos del delirio y derivan en modificaciones radicales de la vida.

El delirio puede nacer a nivel perceptivo cuando la conciencia alterada del enfermo es invadida por producciones psicosensores (alucinaciones) que se le imponen como realidad. También puede comenzar como alteración de los procesos intelectuales, siendo los errores del juicio mencionados más arriba, los que organizan la experiencia delirante a partir de una concepción falsa.

Otro aspecto clave de las ideas delirantes son sus “mecanismos”. Si las ideas delirantes proceden de distorsiones del juicio, se está frente al “mecanismo interpretativo”; si proceden de percepciones delirantes – alteraciones perceptivas, entonces se trata del “mecanismo alucinatorio”; si provienen de desbordamientos imaginarios se trata del “mecanismo fabulatorio” y si emergen de intuiciones súbitas, es el “mecanismo intuitivo”.

La “temática” del delirio puede ser única, como ocurre en el delirio de persecución; o puede ser múltiple, como acontece en los delirios polimorfos. Los temas pueden ser de influencia, posesión diabólica, envenenamiento, persecución, ruina, erótico, celos megalomanía, transformación, entre otros.

El “humor delirante” precede y es mantenido por el proceso delirante en forma de una vivencia inquietante y siniestra. Este vago “humor delirante” no puede determinar el contenido de la ulterior percepción o idea delirante, ya que el contenido se encuentra incrustado en el humor, pero no deriva de él.

Clínica - Clasificación de los delirios

Esta clasificación clínica no considerará las formas clínicas nosográficas, sino los delirios por sus características propias, con excepción de algunas descripciones clásicas de ciertos cuadros psiquiátricos delirantes.

La alienación del Yo que invierte las relaciones de realidad con el mundo es el delirio crónico como creencia delirante, como idea delirante que es manifestación de una alteración de la personalidad, del ser-en-el-mundo. En este tipo de delirio crónico, la producción delirante es más “relatada” que “vívida”.

Diferente es el caso de las “experiencias delirantes”, donde el delirio es agudo y es vivido intensamente en el presente sobre el registro de la actividad actual percibida. Es una alteración del estar-en-el-mundo, que se acompaña de alteraciones en el campo de la conciencia. Son delirios con el carácter de experiencias más que de ideas; experiencias que son vividas con fuerza en un ambiente turbio y dramático, angustioso y más o menos “confuso” de la conciencia.

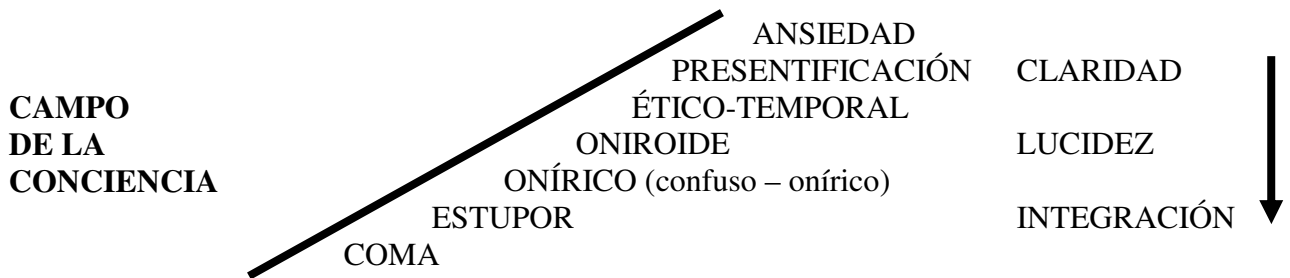
Realizados estos apuntes preliminares se clasifican los delirios en: “Experiencias delirantes y alucinatorias” y “Personalidades delirantes (o delirios crónicos)”.

4.1. Experiencias delirantes y alucinatorias

Éstas implican la desestructuración del campo de la conciencia (claridad, lucidez, integración).

Según la profundidad, la mayor alteración se presenta en el “coma”, luego el “estupor” (estos desprovistos de actividad delirante); la “confusión” (o estado confuso-onírico); los “estados oniroides”; los “estados ansiosos”; los estados de “excitación maníaca”; etc. Lo común de estas experiencias delirantes es la desorganización de la conciencia que se desliga de los valores de la realidad para depender del trabajo delirante, se separa de lo real hasta oscurecerse y eclipsarse. Se concentra sobre la producción morbosa, se repliega sobre sí para atender el foco interno. Percibe poco o mal lo externo y lo mezcla con lo interno. Esta conciencia está en perpetuo movimiento de progresión y regresión de manera que un enfermo confuso de hoy, será maníaco mañana, alucinado u onírico otro día.

Figura 7
 Desestructuración y apagamiento del campo de la conciencia



4.1.1. Experiencias confuso-oníricas

Es un estado de ensueño patológico de origen generalmente tóxico-infeccioso (por ejemplo el delirio alcohólico subagudo) y cuya expresión clínica es una experiencia alucinatoria y delirante sobre todo del tipo visual (zoopsias, pesadillas, escenas vividas, etc.). Está caracterizado, además, por la confusión, la agitación y la desorientación. La temática más frecuente es la de la preocupación profesional. Estas experiencias están cargadas de gran ansiedad y angustia pánico y no dejan casi ningún recuerdo (alteración de la memoria de fijación).

4.1.2. Estado crepuscular oniroides

Son episodios semioníricos que Freud llamaba “estados hipnoides”. La conciencia si bien está alterada no lo es en el grado descrito para el caso anterior. Es posible afirmar que en estos estados la conciencia mantiene cierto grado de organización que recuerdan, principalmente, a las fases parahípnicas. Por momentos el paciente se encuentra vigil y actúa y reacciona bastante bien. No hay amnesia y los recuerdos del episodio se pueden organizar.

Dice Sartre (citado por Forselledo y da Silva, 1991), “que mientras la conciencia onírica vive cautiva, fatalmente prisionera y como encadenada a sus contenidos; la conciencia oniroides permanece más disponible”.

Estos estados son frecuentes en las psicosis delirantes agudas, en los brotes esquizofrénicos, en ciertos estados epilépticos e histéricos (estados crepusculares, segundos, sonambulismo).

4.1.3. Experiencias de angustia y exaltación

Estos estados se observan en los cuadros melancólicos o maníacos, en los cuales se viven experiencias delirantes alucinatorias “in status nascendi”. La intensidad de la angustia o de la euforia trastornan la percepción de la realidad (pseudalucinaciones acústico-verbales o visuales, ilusiones de dominio, de inspiración, de posesión demoníaca, etc.).

A veces es una conciencia catastrófica desgraciada (Hegel, Kierkegaard, citado por Forselledo y da Silva, 1991) que se organiza como una “pesadilla” auténtica. En la angustia y exaltación, el juego, la fuga de ideas, la improvisación, etc., crean un “espejismo” que hace que cuando el enfermo se recupera, al igual que el soñador, se da cuenta que ha sido juguete de una ilusión.

El carácter común de estas experiencias es el trastorno de la conciencia, el trastorno tímico, el carácter sensorial de las vivencias y el ritmo incoercible de la experiencia imaginaria (fijeza o cambio caleidoscópico). Este tipo de experiencia delirante debe diferenciarse de los fenómenos “alusinósicos” (que son fenómenos psicosenoriales y sin delirio) y de las elaboraciones delirantes secundarias de los delirios crónicos. Estas últimas son ideas o creencias que se organizan a partir de las experiencias delirantes del Yo psicótico.

4.2. Delirios crónicos (personalidades delirantes)

Los delirios crónicos forman parte de la estructura del Yo psicótico, es decir, que implican la desorganización del “ser conciente” por medio de ideas delirantes con temas que manifiestan la alteración de la existencia y trastocan las relaciones del Yo con el mundo.

El delirio crónico implica la alienación del Yo y la transformación delirante de sí mismo y del mundo (que ahora es propio, privado, personal, cerrado y disociado).

Cuando el delirio se instala en forma progresiva, no súbita, se puede afirmar que se va organizando por etapas que se complementan sucesivamente, tanto para los delirios alucinatorios como para los no alucinatorios.

Estas etapas podrían sintetizarse en:

- Período de inquietud. En él se establece la duda de sí mismo, comenzando a manifestarse niveles crecientes de ansiedad, que no tienen explicación para el sujeto. Se instala el desasosiego y comienza a imperar la desconfianza.
- Período de concentración analítica. En esta etapa el enfermo está absorto, ensimismado, se introvierte para focalizar mejor la atención e indagar, analizar profundamente y detalladamente ese “algo” de su psiquis que lo diferencia de los demás. ¿Por qué no piensa como hasta ahora lo hacía? y ¿por qué los demás piensan de diferente manera?. La duda y la desconfianza crecen y se hacen tortuosas. Su actividad razonadora continúa sin fatiga después de haber hallado el “cómo”, trabajando en forma permanente en busca del “por qué”. La conciencia se va modificando, estrechándose en su campo e integridad y modificándose en sus contenidos.
- Período de explicación delirante. Durante esta fase la interpretación fuera de la realidad rebasa el dique de la autocritica para arrasar con todos los mecanismos adaptativos. El sujeto ha descubierto el “por qué” de lo que le pasa. Esto lo sufre al tiempo que lo

satisface. La explicación delirante y sus mecanismos intuitivos, interpretativos, alucinatorios o imaginativos lo van desconectando cada vez más de la realidad.

- Período de transformación de la personalidad. Esta etapa final marca el tránsito entre lo que el individuo “era” y ha dejado de ser, para pasar a ser alguien diferente. Ve en la cordura el delirio y en el delirio la cordura. Cuando el delirio es irreductible a la lógica, no hay forma posible de modificar las creencias falsas que lo estructuran. Es uno de los indicadores del pasaje a cronicidad delirante.

Para autores como Jaspers (1970) y Ey (1975) es a partir de los estados delirantes que implican desorganización de la conciencia (psicosis delirante aguda, experiencias delirantes primarias, hecho primordial de Moreau), que se organizan los delirios crónicos a través de los que se denomina “elaboración delirante secundaria”.

Los delirios crónicos permiten la aparición, el desarrollo y la extensión de ideas permanentes procedentes de alucinaciones, intuiciones, interpretaciones e imaginaciones que perturban radicalmente el sistema de ideas, juicios y creencias, impregnando la vida afectiva y relacional del sistema Yo-Mundo.

Históricamente los delirios se clasifican a partir de sus temas, lo cual resultaba poco preciso dado que además de ser éstos muy numerosos, con gran frecuencia se superponían.

Delirios de persecución

- delirio megalomaniaco
- delirio místico
- delirio hipocondríaco
- delirio de influencia
- delirio de transformación corporal, etc.

A principios del Siglo XX, se empezaron a clasificar los delirios por los mecanismos a partir de los cuales se construían.

- Delirio interpretativo
- Delirio imaginativo
- Delirio alucinatorio

Posteriormente se agregaron como criterios de clasificación (además de los temas y mecanismos): a) la estructura del delirio (estructura organizada o no organizada) y b) la personalidad o el carácter de la persona en el que éste se asienta (personalidad esquizoide, paranoica, sensitivo-paranoica, mitómana, etc.).

Por último se añade el criterio evolutivo del delirio. Así se tiene:

- Delirios sin evolución deficitaria (no esquizofrénicos)
Paranoia

Parafrenia
Psicosis alucinatoria crónica

- Delirios con evolución deficitaria (deterioro intelectual, disociación progresiva)

Esquizofrenia y formas paranoides de la esquizofrenia

Siguiendo criterios ilustrativos y docentes, se presentarán a continuación los delirios por sus mecanismos de construcción y, por último, el delirio autístico.

4.2.1. Los delirios interpretativos o sistematizados

En estos casos, la emergencia delirante casi siempre se inscribe en una personalidad paranoica¹⁵ marcada por el orgullo (egocentrismo, autoestima acentuada y sobrevaloración megalomaniaca de sus propias capacidades), la desconfianza respecto de los sentimientos y las opiniones de los demás, la actitud permanente de suspicacia, el temor exagerado a la agresividad de los demás y el mantenimiento de una “distancia” excesiva respecto de los “otros”.

También se observa psicorrigidez, caracterizada por la frialdad afectiva, la tozudez, el monolitismo de las actitudes mentales, las decisiones y los pensamientos, así como la falsedad del juicio. Los razonamientos lógicos son largamente desarrollados lo que modela sus creencias y conductas en función de esa cualidad de pensar “paralógica”.

La elaboración delirante es, casi siempre, lenta e insidiosa a partir de una intuición, de una duda o de una sospecha. A veces la eclosión delirante es brutal y repentina, como resultado de una “revelación”, tras sucesos desencadenantes traumáticos, como por ejemplo accidentes o intervenciones quirúrgicas, o emocionales, como duelos o alejamientos de algún familiar, o sexuales, como el tener experiencias homosexuales, o también a partir de alguna circunstancia vital feliz, como una boda, la promoción profesional, etc.

El desarrollo del delirio es coherente, sistemático y guarda “orden y claridad” al decir de Kraepelin. “El enfermo expone su ficción de una manera racionalizada, cerrada, organizada, deducida y preparada por entero y, valga la expresión, digerida” (Ey, 1975).

4.2.1.1. Los delirios pasionales

Se trata de formas delirantes que van invadiendo progresivamente al individuo, partiendo generalmente de un núcleo o postulado inicial. Lo afectivo va tomando todas las capacidades de razonamiento, quedando éstas al servicio de los sentimientos delirantes. La subjetividad del delirante pasional, conducida por un núcleo o idea principal, reduce a la nada toda objetividad. El paciente puede además llegar a desarrollar conductas de incidencia médico-legal, dadas la

¹⁵ Para – noia que significa: “pensamiento paralelo”

hiperestesia y la exacerbación de los sentimientos de frustración. Existen dos tipos de delirios pasionales: a) el erotomaniaco y b) el celotípico.

a) Delirio erotomaniaco. Este corresponde a la ilusión delirante de ser amado. Ocurre en tres fases: la esperanza, el despecho y el rencor.

La esperanza es la fase más larga del delirio y está relacionada con una serie de conductas vinculadas al ser amado. En primer lugar la persona se da cuenta de que el otro lo ama, ya sea por una mirada, una sonrisa, la entonación de su voz, su vestimenta o cualquier otro signo procedente de aquél. Ese otro es, además una persona de cierto rango o notoriedad o simplemente ocupa un estatus superior al del paciente.

El “otro” es el que ama más, o incluso el único que ama y, además, no puede ser feliz sin el sujeto.

En la fase de la esperanza el paciente piensa que el “otro” es quien se ha expresado primeramente y que por pudor o discreción o se declara abiertamente. Todo lo que sucede es interpretado en este mismo sentido, configurando así todas las pruebas discretas de que el amor es cierto. El erotomaniaco se convence del amor en base a las interpretaciones, aun aquellas basadas en rechazos o negaciones por parte del “otro” que pasan a ser no otra cosa que demostraciones paradójicas de su amor.

El despecho sobreviene cuando el paciente se siente decepcionado por la falta de respuestas directas, comenzando a surgir resentimientos y desesperación ya que se avizora el desengaño. De todos modos aún no queda excluida la esperanza.

El rencor acude como el tercer momento en el que el paciente se siente engañado, desatendido y no correspondido. Entonces es que estalla en acusaciones, chantajes, amenazas, persecuciones (que no descartan el pasaje al acto) convirtiéndose en peligroso.

b) Delirio celotípico. Es la segunda modalidad de los delirios pasionales e incluye la participación de un “tercero” inespecífico que es con quién su cónyuge engaña al paciente.

Este delirio consiste en la transformación de la díada de la pareja paciente-cónyuge en una situación triangular. El tercero es un rival sobre el que se proyecta el resentimiento, el odio y las frustraciones.

La sospecha de infidelidad se fundamenta en interpretaciones e intuiciones sobre gestos, miradas, saludos a terceros y cualquier otro gesto insólito pero significativo para el paciente.

El debut está marcado por la aparición de una idea fija de los celos. Las coincidencias antojadizas para la trama delirante se transforman en pruebas irrefutables y la infidelidad sobre una “realidad inquebrantable”. Esto hace que en una primera etapa, el delirante celoso busque la certeza, esto es, exprese su necesidad de pruebas y busca establecerlas: vigila, espía, interpreta, etc. Se siente ultrajante burlado, con sensación de haber sido desposeído del un bien.

Bajo estas fórmulas “lógicas” de la pasión delirante, el sistema instalado no se basa en el amor sino en el odio, razón por la cual el paciente termina convirtiéndose en perseguidor.

Para Freud (citado por Forselledo y da Silva, 1991), los elementos persecutorios de esta organización delirante representan una huida frente a los deseos homosexuales inconcientes. Se observa una idealización amorosa del “rival” y como tal amor homosexual está prohibido, es negado y es atribuido por derivación al cónyuge (mecanismo de proyección), se transforma en un sentimiento que autoriza la agresividad.

En los alcohólicos, donde el delirio de celos es muy frecuente, las experiencias confusionales y las escenas de pesadillas, alimentan la pasión celosa. Esta figuración imaginaria de los celos permite – a menudo – descifrar su complejo estructural.

4.2.1.2. Los delirios de reivindicación

Estos delirios se basan en el mecanismo de la interpretación y en la creencia de que se ha sufrido un perjuicio. Esto lleva al paciente a denunciar, quejarse, reivindicar. El conjunto de ansiedades persecutorias lo pone agresivo y fomenta la idea de triunfar y reparar el perjuicio sufrido, así como desquitarse de los responsables del mismo.

Se señalan tres tipos de delirios de reivindicación:

a) Los querellantes. Constituyen la reivindicación pleitista de la propiedad y de sus derechos. Los pacientes se arruinan siguiendo procesos para hacer triunfar una reivindicación, a veces irrisoria. Acumulan sentimientos de odio y de venganza sin desviarse jamás de la convicción de que son traicionados.

El paciente se siente rodeado de enemigos que se ensañan con él con similar implacabilidad a que él mismo aplica para impartir justicia por mano propia.

b) Los inventores. Estos delirios están basados en la reivindicación de un mérito que está representado por un “invento”. El paciente parte de la queja de haber sido despojado de sus derechos o de la patente del invento, a pesar de haber tenido la precaución de guardar en secreto sus papeles y documentos. El invento en sí no importa, lo que importa es la exclusividad de la propiedad del invento; el

monopolio absoluto del mismo y la prioridad que reivindican. La lucha por conseguir estos puntos ocupa toda su actividad alterando su comportamiento social cotidiano.

d) Los apasionados idealistas. Este tipo de delirio se funda en la reivindicación ideológica que los predispone a una agresiva y ciega voluntad de lucha y confrontación. Los temas pueden ser ideológicos, filantrópicos, políticos, etc., pero siempre tienen un tinte diferente o novedoso en las propuestas que los mismos lanzan. La temática representa un deseo inquebrantable de reforma y de justicia que lleva al paciente incluso a la violencia o a los atentados. Es posible observar este tipo de delirios en las campañas políticas y en la prensa.

Los tres delirios de reivindicación descritos tienen en común algunos factores tales como:

- a) la exaltación (hiperestesia, exuberancia e hipertimia);
- b) la idea prevalente que reduce todos los pensamientos y las conductas a un postulado básico;
- c) el desarrollo en sector, en tanto el delirio entra como una cuña en la realidad del sujeto hasta tomarla completamente.

El paciente delira en el sentido de un “ideal de sí mismo” imaginario, poderoso y omnipotente. Existe en estos pacientes una disposición caracterológica de un Yo que se pretende agresivo, poderoso y superior. Esta disposición megalomaniaca compensaría los sentimientos de inferioridad y los complejos de frustración inconcientes que son el núcleo de la angustia primaria. Los temas delirantes expresan, desde el punto de vista psicoanalítico, las pulsiones agresivas de fuente sádico anal y el sentido autopunitivo que encierra al sujeto en un sistema de persecución imaginario que simbolizaría las defensas contra ciertas tendencias homosexuales inconcientes.

La estructura afectiva del delirio se encuentra en el sistema pulsional de la agresividad, de la lucha del Yo contra el mundo. El delirio aparece así unido a la base existencia del ser, dado que está enraizado en la esfera del deseo. Siguiendo a Ey (1975), “La relación de la libido con su objeto se vive como una relación de propiedad. Así la persecución aparece esencialmente como la expresión de un despojo. De una frustración angustiosa y es, en verdad, el sistema de pulsiones sádico-anal (...) y la agresividad (...) el núcleo más profundo de la paranoia”.

4.2.1.3. Los delirios sensitivos de relación (Kretschmer)

Estos delirios se observan en las personalidades paranoicas denominadas “sensitivas”. Al contrario de las personalidades paranoicas orgullosas, agresivas, rígidas y con sentimientos megalomaniacos, estas personalidades son tímidas, inseguras, escrupulosas, introvertidas y con tendencias al autoanálisis. Se trata más bien de personas psicasténicas, inhibidas, retentivas e hiperemotivas.

Se trata de delirios caracterizados por una atmósfera de conflicto con el medio.

La descompensación delirante generalmente es secundaria a acontecimientos de vida que aumentan las frustraciones personales y los sentimientos de fracaso y humillación. Se desarrollan ideas de referencia centradas en la experiencia patógena, esto es, alucinaciones peyorativas, de malintención, vejación o malos actos provenientes de familiares jerarcas o colegas.

El delirante explica posteriormente todos sus fracasos y frustraciones en base a esta “maldad” dirigida intencionalmente sobre él. Los episodios delirantes van acompañados generalmente por simultáneos o sucesivos períodos ansiosos o depresivos de tonalidad predominantemente hipocondríaca que pone en evidencia los sentimientos de incapacidad y fracaso.

Las reacciones del paciente son más bien depresivas que agresivas pudiendo, incluso, llegar a realizar intentos de autoeliminación.

4.2.1.4. Los delirios de interpretación de Serieux y Capgrás

Estos delirios han sido descritos como “locuras razonantes”. Son trastornos del pensamiento en los que el mecanismo privilegiado es la interpretación. Todo parte de interpretaciones que modifican en forma delirante una percepción real, una sensación real, obteniendo juicios falsos o deformados por inducciones o deducciones que son erróneas.

El paciente explica e interpreta todo en razón de un estado larvado de persecución.

Para el enfermo “todo” es intencionado y está dirigido a sí mismo. Lo subjetivo invade la realidad, no existiendo la posibilidad del azar (éste es negado) y las causas de las situaciones son simplemente intenciones en su contra. Las cosas que pasan tienen una significación personal, generalmente peyorativa.

Al comienzo del delirio se pueden presentar alucinaciones psicosenoriales o ilusiones perceptivas para luego extenderse en “red” bajo la forma de interpretaciones exógenas o interpretaciones endógenas. Las primeras se basan en datos o percepciones sensoriales de cualquier tipo que van a ser inmediatamente modificadas por los razonamientos y juicios falsos. Por ejemplo, la mímica y los gestos de los demás tienen un significado particular referido a él mismo. La segunda modalidad interpretativa, la endógena, parte de las sensaciones corporales y del pensamiento. En este caso, cualquier malestar físico responde a alguna influencia exterior dañina. En definitiva todo sirve para que el interpretador construya su delirio de persecución o de perjuicio. Cuando lo exterioriza ya está totalmente construido.

4.2.2. Los delirios imaginativos

Estos delirios están descritos por una “cautivante” riqueza imaginativa con las siguientes características generales:

- El mundo fantástico construido por el paciente se yuxtapone con el mundo real al que continúa adaptándose bien. El enfermo conserva su trabajo, su familia, etc. y son pocos aquellos allegados que conocen la actividad delirante (al menos en los primeros años de la enfermedad).
- El delirio se presenta sin sistematización, ya que se encuentra plagado de contradicciones y alteraciones lógicas. Los temas son múltiples, cambian sin cesar, son inverosímiles y no se les puede identificar un tema central son que se presente con temas paralelos o anexos.
- No tiene evolución deficitaria, ya que los pacientes con este tipo de delirio permanecen notablemente intactos en su capacidades intelectuales básicas.
- Priman las fabulaciones sobre las alucinaciones. Generalmente el paciente toma contacto y conciencia de su mundo fantástico a través de algún fenómeno alucinatorio: voces, revelaciones, pseudoalucinaciones, visiones, etc., pero la alucinación deja paso a la fabulación y el enfermo se expresa por medio de una producción imaginativa e ideica exuberante. La imaginación “ahoga” las alucinaciones. El pensamiento mágico se encuentra “desbocado”.

Los pacientes construyen su sistema de ideas alterado sobre temas místicos, de ficción (poética, sexual o novelesca). Crean falsos acontecimientos y falsos recuerdos que se cuentan a sí mismos y a los otros; lo que recuerda a los cuentos infantiles, sobre todo los de hadas.

La fuente temática de estos delirios parecería vincularse en el pensamiento paralógico de los arquetipos y de las representaciones colectivas de los primitivos. Aparecen también elementos megalomaniacos y de influencia (espiritismo, dominios maléficos, procedimientos de acción a distancia, etc.), así como de persecución (generalmente ligado a lo sobrenatural y con connotaciones sexuales).

Temas de metamorfosis y transformación cósmica también son frecuentes.

En cuanto a la evolución, con los años se transforma en un delirio irreversible y mal estructurado pero tan sólidamente anclado como los otros delirios mejor sistematizados. También el delirio puede atenuarse con los años coadyuvado por la terapéutica, principalmente con tratamiento con neurolépticos derivados de la fenotiacina y butirofenonas. En los casos de peor pronóstico, también puede evolucionar hacia la esquizofrenia.

4.2.3. Los delirios alucinatorios

Hasta el momento se han descrito las formas delirantes que se basan en mecanismos interpretativos, intuitivos e imaginativos. Ahora se abordarán los delirios alucinatorios que, como su nombre lo indica, se fundan en la percepción delirante o alucinación.

El delirio alucinatorio depende de una descomposición del sistema de organización, unidad y de identificación (consigo mismo) de la personalidad. De esta forma las alucinaciones, pseudoalucinaciones, los fenómenos de automatismo mental y de influencia, constituyen en el plano clínico la percepción ideica y afectiva del delirio.

4.2.3.1. Alucinaciones psicosenoriales

Son percepciones falsas enmarcadas en el trabajo delirante como uno de los mecanismos del mismo. Al decir de Ey (1975) estas alucinaciones “son la percepción-sin-objeto-que-percibir”. No son juicios falsos como ocurre en las ya descritas interpretaciones delirantes, pues éstas parten de una percepción correcta. Las alucinaciones psicosenoriales son verdaderas en tanto tienen el atributo de la “sensorialidad” o del también denominado “fuerte carácter estésico”, que se refiere a la impresión sensorial del sentido involucrado (gusto, oído, olfato, tacto y visión) se ubica en el exterior, a distancia del sujeto. Otro atributo es el “carácter xenopático” o actitud de extrañeza ante lo alucinado. Finalmente citamos el atributo de la “convicción de realidad objetiva” de la alucinación.

Las alucinaciones psicosenoriales las clasificamos de acuerdo al sentido privilegiado en la misma. De esta forma se describen:

- **Alucinaciones auditivas.** Corresponden a las percepciones de sonidos, ruidos, susurros y, con mayor frecuencia, voces. Cuando se trata de voces se las denomina “alucinaciones acústico-verbales”. En éstas la “voz que habla” puede ser variable en sus características. Puede ser una voz reconocida o extraña, que da mensajes comprensibles o mensajes inefables, que puede hacer comentarios o indicar órdenes, amenazar o insultar.

El paciente delirante se presenta en actitud de escucha cuando se está produciendo el fenómeno alucinatorio, o puede adoptar actitudes de de lucha contra lo alucinado, esto es, taparse los oídos con las manos o con tapones buscando no escuchar más. También puede responder mediante un “diálogo” con la voz que alucina.

Este tipo de alucinaciones es, sin dudas, el más frecuente en psiquiatría.

- **Alucinaciones visuales.** Son falsas percepciones visuales que pueden ir desde las llamadas “elementales” (fotopsias = lucecitas, llamaradas, manchas coloreadas, etc.) hasta las “complejas” (figuras, escenas, dibujos decorativos, etc.). Las alucinaciones visuales pueden consistir de imágenes móviles o en

movimiento e, incluso, en espectáculos animados con transformaciones caleidoscópicas. Si son de tamaño pequeño o minúsculo, se denominan alucinaciones “liliputienses”, si son de tamaño gigante se llaman alucinaciones “gulliverianas”. Es frecuente la alucinación de tamaño “normal”. La percepción de animales terroríficos o repugnantes (zoopsias), es característica del delirio alcohólico agudo y subagudo y, por ello, tienen un valor semiológico muy importante (cucarachas, arañas, serpientes, etc.).

La forma más característica de las alucinaciones visuales es su desarrollo escénico análogo a los sueños (onirismo). Este es particularmente el caso de los síndromes confusionales de los dementes, de las intoxicaciones (voluntarias o involuntarias) y de los delirios.

- **Alucinaciones olfativas y gustativas.** Corresponden a la percepción delirante de malos olores, olores extraños o inefables y a los gustos alucinatorios agrios, nauseabundos, etc. Más raramente consisten en olores agradables como perfumes, que se denominan “efluvios embriagadores”.

Estas alucinaciones se presentan con bastante frecuencia en los estados confusionales o crepusculares de conciencia, sobre todo en los pacientes epilépticos. También pueden observarse – pero con mucho menos frecuencia – en los delirios de persecución o en ciertos estados de éxtasis onírico. Su carácter de “espacialidad” es mucho menos definido que en las alucinaciones descritas anteriormente.

Algunas veces las alucinaciones olfativas y gustativas acompañan a los síndromes de despersonalización o de transformación corporal, ubicando el olor en ellos mismos (putrefacción por ejemplo). En general, son secundarios al tema del delirio, estando cargado su simbolismo de afectos profundos y primitivos: amor-odio, atracción-repulsión.

- **Alucinaciones táctiles.** Este tipo de percepción sin objeto involucra tanto al tacto activo como a la sensibilidad cutáneo-táctil. Se trata de alucinaciones epidérmicas, del tipo de las quemaduras, pinchazos, sensaciones de movimiento de reptación, sensaciones de frío o de humedad. Los alucinados “tocan” sus alucinaciones para tratar de desembarazarse de ellas (esto puede observarse en los delirios alcohólicos agudos y subagudos).

Se les llama “pasivas” cuando el sujeto siente que lo tocan y “activas” cuando cree estar tocando objetos que no existen o están fuera de su alcance.

- **Alucinaciones de la imagen corporal.** Esta categoría agrupa gran parte de los fenómenos que se describirán como alteraciones del esquema corporal y a algunos de los trastornos de conciencia del Yo y de despersonalización. Entran en este apartado todas las alucinaciones que dan al sujeto un concepto falso sobre su propio cuerpo, en cuanto a: 1) “tamaño”, por ejemplo un paciente dice, “soy tan

pequeño como una cucaracha y me puedo meter debajo de los armarios”; 2) el “material” del que está compuesto el cuerpo o parte de él. Por ejemplo algunos pacientes manifiestan sensaciones tales como: “soy de cristal, mis piernas se han vuelto de piedra”, “vacío por dentro”; 3) “inclusión de cuerpos extraños”, por ejemplo, “tengo un barco en las tripas”, “tengo una radio en el estómago por la que me habla el Papa”, “un grillo está caminando dentro de mi cráneo”, etc.; 4) “variación en el número o clase de miembros o vísceras”, por ejemplo, “el corazón se me ha puesto del lado derecho”, “tengo cinco manos”. Estos casos no excluyen cualquier otro tipo de alteración corporal.

Una forma de “alucinaciones mixtas” entre las del esquema corporal y las táctiles, son las sensaciones vinculadas a los órganos genitales y sus funciones como las de ser violados o masturbados o castrados, etc., muy frecuentes en los enfermos esquizofrénicos.

En cuanto a los aspectos etiológicos de las alucinaciones, en general se está de acuerdo en que éstas son un modo general de respuesta del sistema nervioso a noxas de los más variados tipos. Pueden provocarse alucinaciones por neoplasias intracraneales, cualquier enfermedad infecciosa y multitud de intoxicaciones. De hecho es muy fácil provocarlas experimentalmente con algunas drogas y también pueden surgir como respuesta a estímulos puramente psíquicos como la sugestión o la hipnosis. No es, pues, un síntoma específico en sí mismo, por lo que hay que afinar el análisis y descripción de las alucinaciones del enfermo, pues son sus características especiales las que orientarán el diagnóstico.

4.2.3.2. Pseudoalucinaciones

Se trata de alucinaciones denominadas “falsas” o también “intrapsíquicas” debido a que, si bien todavía son vividas por el paciente como una “percepción”, no presentan la “sensorialidad” de las otras alucinaciones. En este caso se trata de voces “dentro de la cabeza”, en una suerte de lenguaje interior que se diferencia del pensamiento ya que son transmisiones de pensamientos, ideas impuestas e informaciones recibidas por comunicaciones indirectas de carácter inefable. Son representaciones mentales impuestas al paciente, quién las considera extrañas a él.

En todos los casos no se presenta el carácter estético de la percepciones auditivas. Tampoco presentan la cualidad de la “especialidad”, ya que no están referidas al afuera, al espacio exterior. A su vez el paciente no relaciona estas alucinaciones con el contenido de su pensamiento, dice que no tienen nada que ver con lo que siente y experimenta y, por ello, se habla de ausencia de subjetividad. La dimensión más importante de las pseudoalucinaciones es el carácter xenopático de las mismas (sensación de extrañeza). En general, las voces que hablan dentro de la cabeza corresponden a la intromisión o “intrusión del otro” en la intimidad de la persona en forma totalmente indiscreta.

Con estos elementos descritos se pueden desarrollar el “síndrome de influencia y/o el síndrome de “automatismo mental”.

4.2.3.3. Síndrome de influencia

Este síndrome está constituido por un conjunto de fenómenos parásitos e impuestos que son vividos por el sujeto como emanados de una acción exterior que “manda”, que “comenta”, que “insulta”, “influye”, etc. El paciente dice: “las voces me obligan a insultar a mi madre”, o “me dicen que debo morirme” o “me dicen lo que debo hacer”, etc.

En algunas oportunidades se observa que el paciente “siente” que esos fenómenos parásitos que lo obligan a decir cosas, o le comentan sus actos o los insultan, está situados en la garganta, el esófago, el estómago, etc. Otras veces coloca afuera el fenómeno parásito y entonces la influencia viene de aparatos electrónicos, de fluidos, radares, etc.

Henri Ey (1975) manifiesta que el influenciado se siente desdoblado y doblado por “otro” y que actúa mediante su actividad exterior (influencia) y su acción interior (posesión), y convierte al paciente en una “cosa” esclavizada y oprimida.

4.2.3.4. Síndrome de automatismo mental

Este síndrome fue descrito por Clérambault en 1926 y se caracteriza por el funcionamiento “automático”, “espontáneo” y “discordante” de parte o de toda la vida psíquica del paciente.

El síndrome de automatismo mental tiene el valor de dar unidad, de agrupar a los fenómenos alucinatorios que se describieron anteriormente. Es decir, anula las divisiones ficticias, englobando tanto las alucinaciones verdaderas como las pseudoalucinaciones en un único conjunto sindromático.

Clérambault opinaba que las alucinaciones psicosenoriales y las alucinaciones psíquicas se edificaban sobre la base del síndrome de automatismo mental que consideraba autónomo, primitivo y de origen orgánico (teoría mecanicista).

Primeramente se describe un “síndrome de pasividad”. El paciente está como vacío de recuerdos, con intuiciones abstractas, detenciones del pensamiento y sensación de extrañeza. Sobre estos signos primarios (llamados también “fenómenos sutiles”), se desarrollan los siguientes fenómenos secundarios:

- * Desdoblamiento mecánico del pensamiento (triple eco):
 - eco del pensamiento
 - eco de la lectura
 - eco de los actos

- * Enunciación de gestos e intenciones:
 - comentarios de pensamientos
 - comentarios de actos
 - repetición de pensamientos y actos

* Robo del pensamiento y adivinación del pensamiento

Finalmente se puede observar un conjunto de fenómenos denominado “triple automatismo”:

- 1) Automatismo psicomotor: Son fenómenos de elocución espontánea, movimientos parásitos, tics, sensaciones de desplazamiento corporal impuesto a la persona.
- 2) Automatismo sensorial y sensitivo: Son sensaciones cenestésicas en órganos y músculos. Los automatismos sensitivos son sensaciones parásitas relacionadas con la sensibilidad general: ondas, corrientes eléctricas y manifestaciones cenestésicas profundas. Corresponden en el plano alucinatorio a alucinaciones sensoriales táctiles, cenestésicas, olfativas, gustativas, visuales, que se presentan como fenómenos sensoriales “puros” y simples. Clérambault las llamaba “anideicas”, es decir, sin idea o tema delirante.
- 3) Automatismo ideoverbal: Son alucinaciones acústico-verbales (voces) que incluyen el eco y los comentarios descritos anteriormente. También incluyen la enunciación de series de palabras, juegos silábicos, estribillos verbales, psitacismo.

Los delirios alucinatorios con las características desarrolladas hasta ahora (alucinaciones psicosenoriales y psíquicas) sobrevienen de modo agudo en las crisis confuso-oníricas y en las psicosis delirantes agudas. Son duraderas en las psicosis alucinatorias crónicas y en ciertas formas esquizofrénicas de tipo paranoide.

4.2.3.5. Delirio autístico

La palabra “autismo” creada por E. Bleuler deriva del griego “sí mismo”, significa “ensimismamiento”.

Este delirio implica dos vertientes: una “negativa” que corresponde a la incapacidad de entender y adaptarse a la realidad y al mundo exterior; y una “positiva” que corresponde a la irrupción de un mundo interior desbordante de fantasías, el que también lleva a la pérdida del contacto vital con la realidad (Minkowski, citado por Bergeret, 1975).

Cuando se manifiestan las ideas delirantes, los temas más habituales son relatos de experiencias o elaboraciones de experiencias de despersonalización y de influencia.

Al sentimiento de disgregación corporal corresponden temas hipocondríacos, los delirios de metamorfosis, de negación de órganos, de posesión diabólica o zoopática. Al sentimiento de captación del pensamiento corresponden temas de espiritismo, de sugestión, de erotismo del pensamiento, los delirios magnéticos, los temas científicos, etc. A los sentimientos de influencia también pueden unirse los temas tan frecuentes de persecución, de conspiración, de acosamiento, etc. Los temas megalomaniacos son menos frecuentes, sobre todo en las fases iniciales de la esquizofrenia.

Estos delirios son de base y mecanismo alucinatorio.

El delirio en su forma auténticamente esquizofrénica sobrepasa las experiencias delirantes, las prolonga y las organiza en un mundo autístico, no en su sistema razonador (como en los delirios paranoicos), tampoco en una mitología fantástica (como en los delirios imaginativos), sino en un mundo cerrado a toda comunicación con la realidad, en un mundo interior hermético, oculto y laberíntico. Al decir de Eigenwelt, ese “mundo propio” que se va configurando representa el núcleo mismo de la existencia esquizofrénica y lo que la caracteriza.

Este mundo propio que se expresa más que por un lenguaje abstracto y simbólico; que es imposible de penetrar y reconstruir por el observador quien debe contentarse con reparar en la incoherencia.

El delirio es caótico, fragmentario, paralógico, irrealista, deshilvanado (confabulaciones, ecolalia, neologismos, etc.). Las palabras ya no tienen el sentido que se les da usualmente y el discurso resulta particular, oscuro, bloqueado, con susurros y frases incompletas.

La incoherencia ideoverbal terminal (esquizofasia) corresponde a la consumación de la disgregación psíquica que no es más que la estructura del síndrome disociativo-discordante.

4.3. Diagnóstico de los Trastornos Delirantes según el DSM IV

En lo referente al síndrome delirante se transcribirán los criterios diagnósticos del DSM IV referidos al apartado que se titula “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”. En él se diferencian y clasifican los siguientes trastornos:

Esquizofrenia

- Tipo paranoide
- Tipo desorganizado
- Tipo catatónico
- Tipo indiferenciado
- Tipo residual

Trastorno esquizofreniforme

Trastorno esquizoafectivo

- Tipo bipolar
- Tipo depresivo

Trastorno delirante

Trastorno psicótico breve

Con desencadenante(s) grave(s)
Sin desencadenante(s) grave(s)
Trastorno psicótico compartido
Trastorno psicótico debido a...(indicar enfermedad médica)
Con ideas delirantes
Con alucinaciones
Trastorno psicótico inducido por sustancias

1. Esquizofrenia

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. ideas delirantes
2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos: Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Criterios para el diagnóstico de F20.0 Tipo paranoide (295.30)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos

.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos

.x0 Continuo

.x4 Episodio único en remisión parcial

.x5 Episodio único en remisión total

.x8 Otro patrón o no especificado

.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Criterios para el diagnóstico de F20.0 Tipo desorganizado (295.10)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

1. lenguaje desorganizado
2. comportamiento desorganizado
3. afectividad aplanada o inapropiada

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio único en remisión parcial
- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Criterios para el diagnóstico de F20.2 Tipo catatónico (295.20)

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o estupor
2. actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
3. negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo
4. peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas
5. ecolalia o ecopraxia

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio único en remisión parcial

- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Criterios para el diagnóstico de F20.3 Tipo indiferenciado (295.90)

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio único en remisión parcial
- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Criterios para el diagnóstico de F20.5 Tipo residual (295.60)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio único en remisión parcial
- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

F20.8 Trastorno esquizofreniforme (295.40)

A. Se cumplen los Criterios A, D y E para la esquizofrenia.

B. Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. (Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como "provisional".)

Especificar si:

Sin características de buen pronóstico

Con características de buen pronóstico: indicadas por dos (o más) de los siguientes ítems:

1. inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras 4 semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual
2. confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico
3. buena actividad social y laboral premórbida
4. ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivos

F25 Trastorno esquizoafectivo (295.70)

A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

Codificación basada en tipo:

.0 Tipo bipolar: si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto (o un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores)

.1 Tipo depresivo: si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores

F22.0 Trastorno delirante (297.1)

A. Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.

B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.

C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.

D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.

E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.

Tipo (en base al tema delirante que predomine):

Tipo erotomaniaco: ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto.

Tipo de grandiosidad: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa.

Tipo celotípico: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel.

Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma.

Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica.

Tipo mixto: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema.

Tipo no especificado

F23.8 Trastorno psicótico breve (298.8)

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes:

1. ideas delirantes
2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente)
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

Nota: No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido.

B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.

C. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos

fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o de una enfermedad médica.

Codificación según tipos:

.81 Con desencadenante(s) grave(s) (psicosis reactiva breve): si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

.80 Sin desencadenante(s) grave(s): si los síntomas psicóticos no se presentan poco después o no parecen una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

Especificar si:

De inicio en el posparto: si el inicio se produce en las primeras 4 semanas del posparto

F24 Trastorno psicótico compartido (297.3)

A. Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya tiene(n) una idea delirante establecida.

B. La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

Trastorno psicótico debido a... (indicar enfermedad médica) (293)

A. Alucinaciones o ideas delirantes acusadas.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Código basado en síntoma predominante:

.2 Con ideas delirantes: si predominan las ideas delirantes.

.0 Con alucinaciones: si predominan las alucinaciones.

Nota de codificación: Si, como parte de una demencia previa, se presentan ideas delirantes, indicar las ideas delirantes codificando, si es posible, el subtipo de demencia, por ejemplo, F00.11 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con ideas delirantes [290.20].

Criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias

A. Alucinaciones o ideas delirantes. Nota: No incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias

2. el consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Nota: Debe realizarse este diagnóstico en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Código para el trastorno psicótico inducido por sustancia específica:

F10.51 Alcohol, con ideas delirantes [291.5]

F10.52 Alcohol, con alucinaciones [291.3]

F16.51 Alucinógenos, con ideas delirantes [292.11]

F16.52 Alucinógenos, con alucinaciones [292.12J]

F15.51 Anfetamina (o sustancias de acción similar), con ideas delirantes [292.11]

F15.52 Anfetamina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12]

F12.51 Cannabis, con ideas delirantes [292.11]

F12.52 Cannabis, con alucinaciones [292.12]

F14.51 Cocaína, con ideas delirantes [292.11]

F14.52 Cocaína, con alucinaciones [292.12]

F19.51 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) con ideas delirantes [292.11]

F19.52 Fenciclidina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12]

F18.51 Inhalantes, con ideas delirantes [292.11]

F18.52 Inhalantes, con alucinaciones [292.11]

F11.51 Opiáceos, con ideas delirantes [292.11]
F11.52 Opiáceos, con alucinaciones [292.12]
F13.51 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con ideas delirantes [292.11]
F13.52 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alucinaciones [292.12]
F19.51 Otras sustancias (o desconocidas), con ideas delirantes [292.11]
F19.52 Otras sustancias (o desconocidas), con alucinaciones [292.12]

Especificar si:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

4.4. Consideraciones psicopatológicas

Las explicaciones etiopatogénicas de los síndromes delirantes han evolucionado junto con la psiquiatría, de modo tal que hay una gran variedad y diversidad de escuelas y teorías psicopatológicas en este campo. Se puede partir de las teorías “mecanicistas” que reducen el delirio a sus elementos semiológicos mecánicamente constituidos y que consideran que el origen de este fenómeno reside en una alteración o excitación de ciertas vías sensoriales (como en el caso de las alucinaciones)¹⁶, o por alteración en la dinámica cortical, llegando incluso a proponerse sistemas o zonas afectadas muy precisas en relación al delirio¹⁷.

Existen también las teorías psicogenetistas, entre las que se destacan dos grupos:

- 1) Las que invocan factores afectivos y concientes, lo que da lugar a teorías de origen moral, pasional o emocional¹⁸. En este grupo se encuentran quienes señalan la importancia de la reacción frente a situaciones o acontecimientos vitales determinantes¹⁹. Esta teoría se ve obligada a invocar la existencia de un estado constitucional previo o un mecanismo inconciente más profundo (Adler).
- 2) La psicología profunda del inconciente que está representada por un amplio espectro de escuelas psicoanalíticas. Este grupo ha permitido conocer con más amplitud los mecanismos del delirio. Para la postura psicoanalítica, se debe considerar por una parte una regresión hacia niveles donde la propia representación de sí mismo del paciente delirante no existe o se pierde (como unidad corporal y eje de referencia vivencial), tratándose de una forma de regresión a la etapa del autoerotismo. Sus consecuencias son el extrañamiento y la despersonalización. La regresión a los estados del narcisismo corresponden al retorno a la inconmensurabilidad que da lugar a la megalomanía.

¹⁶ Autores de esta corriente: Tamburini, Ritti, Seglás, Wernicke, G. de Clerambault y otros.

¹⁷ Autor de esta corriente: Pavlov.

¹⁸ Autores de esta corriente: Stahl, Esquirol y otros.

¹⁹ Autores de esta corriente: Bleuler, Kretschmet, Claude, Lacan, A. Meyer y la escuela americana.

La profundidad de la regresión se expresa además, en la exacerbada atención al funcionamiento de los órganos (sensaciones interoceptivas) que dan lugar a los síntomas hipocondríacos.

Este camino regresivo se imbrica con las diferentes conductas restitutivas mediante las cuales el paciente intenta retomar contacto con la realidad.

La producción delirante sería un típico producto restitutivo realimentado por las desestructuraciones regresivas. El retorno hacia la realidad se efectúa por la construcción de un “mundo propio” que sustituye a las percepciones y significaciones compartidas. Se originan de este modo, las distintas formas idiosincrásicas de establecer relaciones de significación, así como las alteraciones preceptuales cuyo extremo proyectivo son las alucinaciones.

Todas las formas reconstructivas del mundo objetual perdido quedan impregnadas de “omnipotencia”, “premura” y “precariedad”. El paciente así estructura como real lo que de hecho es la proyección hacia afuera, no diferenciada, de sus intenciones, que no son reconocidas como tales.

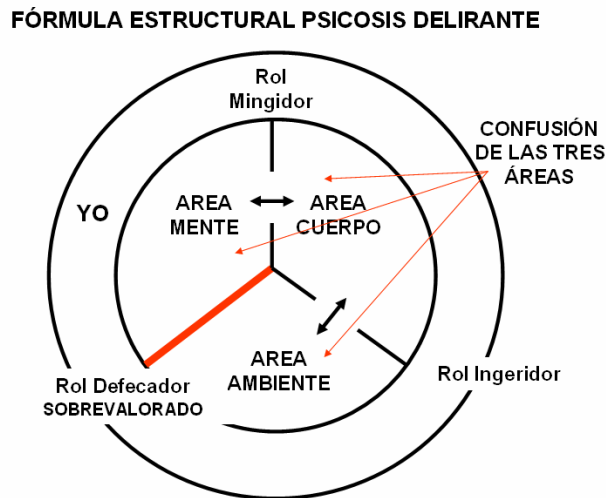
El psicoanálisis aporta además el concepto de alucinación, que – al decir de Freud – es excrecencia del instinto de valor simbólico evidente (que tiene similitud con el fenómeno onírico).

Como se mencionó en los capítulos precedentes, para la Teoría del Núcleo del Yo de Rojas Bermúdez (1997): “Las patologías psíquicas básicas: neurosis y psicosis, son nucleares, corresponden a fallas estructurales en el Núcleo del Yo, como resultado de una falta parcial de complementariedad entre las estructuras genéticas programadas internas (EGPI) y las estructuras genéticas programadas externas (EGPE). En tal caso no existen regresiones sino reactivaciones de ciertos mecanismos psicofisiológicos que adquieren vigencia cuando fracasan tanto las respuestas sociales (efectuadas a través de los roles sociales) como las respuestas psicológicas (con el compromiso concomitante del Yo y la repercusión emocional del Sí Mismo Psicológico). Las últimas respuestas a las que recurre el organismo para reestablecer el equilibrio perdido son las fisiológicas, siendo el “delirio” el equivalente psicológico de la función fisiológica de la defecación (que en términos estructurales, sería la función ligada al único Rol Psicosomático “sano”, esto es, el Rol Defecador).

Reiterando lo ya expresado en los síndromes de ansiedad y depresivo, cuando se produce la confusión de áreas del Núcleo del Yo, ya sea por circunstancias biológicas, psicológicas o sociales o por combinaciones de las tres, el Yo no puede decodificar correctamente la información interna. Confunde entonces “sensación” con “pensamiento” con “delimitación propio – ajeno”. Esto se acompaña de un estado de alarma que en el plano psicológico corresponde a la ansiedad y a la dilatación aguda del Sí Mismo Psicológico.

El yo queda entonces desconectado de la estructura social y se siente atraído por las poderosas sensaciones que provoca la confusión de áreas del Núcleo del Yo (ver Figura 8).

Figura 8
Fórmula Estructural Delirante



La repercusión fisiológica de los estados tensionales psicológicos aumenta. A su vez, el Yo como filtro psicológico protector del Núcleo del Yo se ve reducido en sus potencialidades. Como consecuencia, el Yo “delira”, esto es, traduce psicológicamente y expresa verbalmente “contenidos” que nada tienen que ver con la realidad inmediata y que, incluso, pueden estar en conflicto con ésta. El delirio constituye la expresión psicológica de la función fisiológica que busca reestablecer el equilibrio perdido (en este caso, la defecación a través del Rol Psicósomático Defecador). En todos los casos es el Yo el que busca reestablecer el equilibrio perdido y reconectarse con la realidad.

El Yo, que recoge la información confusa de las áreas del Núcleo del Yo, así como la información restitutiva del Rol Defecador, puede focalizarse en una determinada temática y autoreferirse, por ejemplo en delirio paranoico erotomaníaco (ver Figura 9). También puede disociarse y fragmentarse como en el caso del delirio autístico esquizofrénico (ver Figura 10). Otra alternativa es que el Yo se polarice sobre la información confusa del Núcleo del Yo y se mantenga al mismo tiempo relativamente integrado sobre la información del mundo externo, como en el delirio parafrénico (ver Figura 11). Asimismo el Yo puede “alucinar” en el marco de la experiencia delirante. En este caso se trataría de un dramático intento por poner orden en la confusión de áreas del Núcleo del Yo. Por ejemplo, en las alucinaciones verdaderas existe una fuerte impresión sensorial (que refiere al área cuerpo), una referencia espacial muy clara (área ambiente) y contenidos que dicen o hacen evocar determinados registros anémicos (área mente). Ver Figura 12 que ilustra el caso del Yo en las psicosis alucinatorias crónicas.

Figura 9 – El Yo Paranoico

EL YO PARANOICO: SISTEMATIZADO Y PARALÓGICO

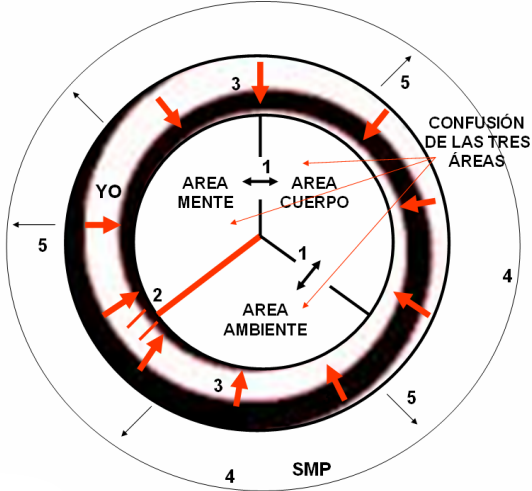


Figura 10 – El Yo Esquizofrénico

EL YO ESQUIZOFRÉNICO: DISOCIADO Y FRAGMENTADO

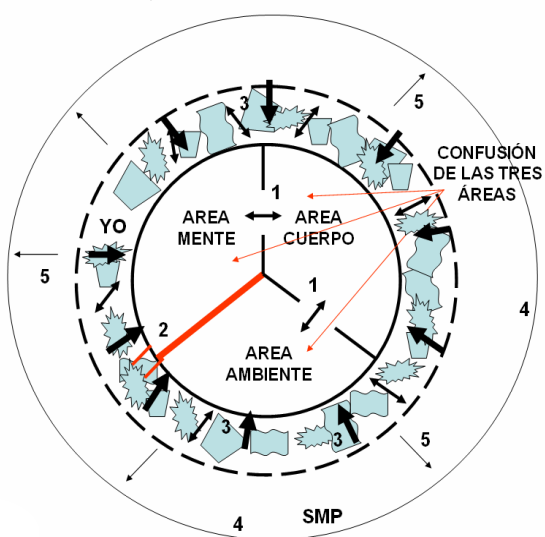


Figura 11 – El Yo Parafrénico

EL YO PARAFRÉNICO: BIPOLAR

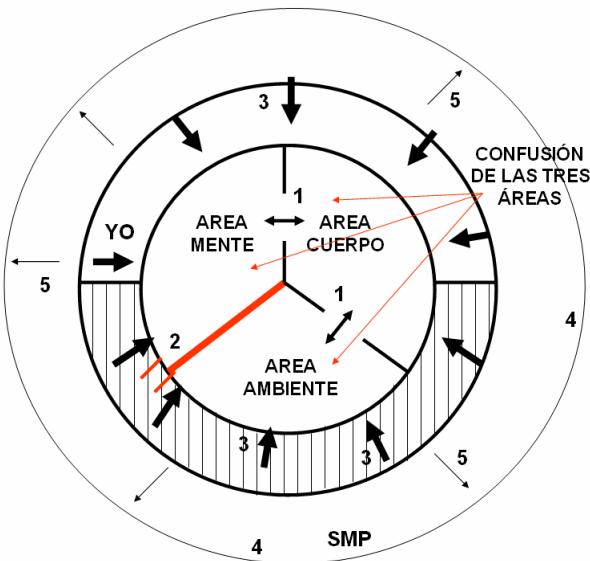
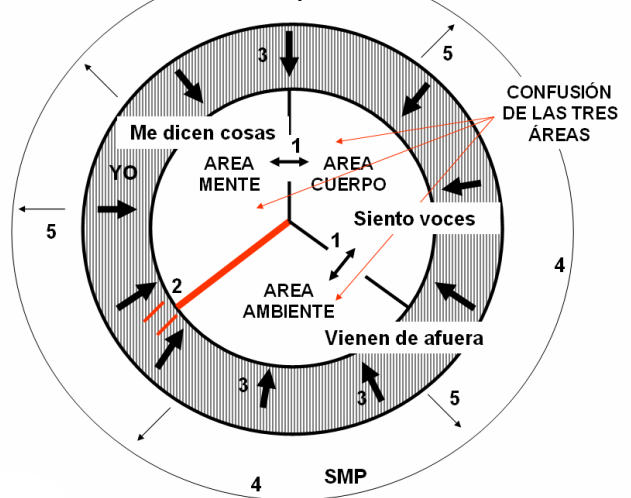


Figura 12 – El Yo en las Psicosis Alucinatorias Crónicas

EL YO ALUCINATORIO CRÓNICO

Elaboración delirante a partir de lo alucinado



Notas sobre los gráficos:

- 1: Caída de los Mecanismos Reparatorios que operaban sobre las fallas en los Roles Psicósomáticos y que dan origen a la confusión de áreas del Núcleo del Yo.
- 2: Respuestas fisiológicas a través del Rol Psicósomático sano (en este caso, el Rol Defecador). El equivalente psicológico de estas respuestas fisiológicas son: información al Yo de contenidos inconcientes y propios en los que la dimensión del "otro" no existe.
- 3: Atención del Yo dirigida a la confusión de áreas ya la información brindada por el Rol Defecador.
- 4: Dilatación aguda del Sí Mismo Psicológico por la confusión de áreas. Respuestas neurovegetativas. Angustia Psíquica.
- 5: Posibilidades estructurales de cada Yo para decodificar, y responder a la doble fuente de información, la del Núcleo del Yo y la de la Estructura Social. Pérdida de límites del Yo delirante.

5. Trastorno antisocial de la personalidad

La primera descripción de las particularidades del trastorno antisocial de la personalidad fue realizada por J. A. Koch en 1888 (citado por Cabello y Bruno, 2004) cuando definió las “inferioridades psicopáticas” como “anomalías psíquicas que se encuentran entre lo normal y lo patológico, distinguiendo dos formas:

- a) El neurópata, entendido como aquel que sufre por su anormalidad.
- b) El psicópata, que hace sufrir a los demás.

En su clasificación de las enfermedades mentales, Kraepelin crea el término “personalidad psicopática” para describir a aquellas personas que no siendo neuróticos, ni psicóticos, ni maníaco-depresivos, presentan un serio conflicto con los parámetros sociales vigentes. Engloba en esta categoría a los “criminales congénitos, la homosexualidad, los estados obsesivos, la locura impulsiva, los inconstantes, los embusteros y farsantes y los seudolitigantes. Para Kraepelin las personalidades psicopáticas son formas frustradas de psicosis, las define siguiendo un criterio fundamentalmente genético y considera que sus defectos se limitan esencialmente a la vida afectiva y a la voluntad” (Marietán, 1998).

Hay consenso en que el precursor del concepto de trastorno antisocial de la personalidad fue Kurt Schneider, quien en 1923 desarrolló la noción de psicopatía estableciendo tres criterios para caracterizarla. Cabello y Bruno (2004) se refieren a estos tres criterios como: “1) son variaciones de la personalidad que se desvían de la norma del término medio del valor (principio normativo); 2) para que la anormalidad sea psicopática es necesario que haga padecer al sujeto y/o a la sociedad (principio valorativo de daño) y 3) las personalidades psicopáticas no son enfermedades, sino tipos de accionar meramente descriptivos, donde se nominan las principales cualidades de la personalidad”.

En 1948 Sigmund Freud señalaba que estos trastornos correspondían a enfermos cuya característica era repetir conductas, colocando el acento en que son individuos que “actúan en lugar de pensar”.

Clínica

Karpman (1961) (citado por López Miguel y Núñez Gaitán, 2008) describió al psicopático como “un individuo insensible, emocionalmente inmaduro, desdoblado y carente de profundidad, con emociones simples, sin capacidad para experimentar ansiedad o miedo, y sin la posibilidad de que las recompensas o castigos ejerzan efecto alguno sobre su comportamiento”.

Desde su dimensión clínica, los trastornos antisociales de la personalidad o “personalidades psicopáticas”, constituyen mucho más que un proceso patológico y son un desarrollo vital, que se rastrea en la historia vital del sujeto. Esto quiere decir que la personalidad psicopática viene desde la infancia y persiste a lo largo del tiempo

conservando de modo permanente los rasgos caracterológicos (factores genéticos, constitucionales y ambientales).

La personalidad psicopática se comporta de modo similar a lo largo de su vida en relación con el entorno social, con el “otro”, presentando anomalías conductuales que “sufren y hacen sufrir a los demás” en una suerte de homogeneidad coherente con su trayectoria. Con ello queda claro que, desde el punto de vista clínico, no se puede ser psicopático por un instante o por una “etapa” transitoria, sino que se es psicopático a lo largo de toda la vida.

Según Ey (1975), la historia del paciente es reveladora en tanto la trayectoria de trastornos de conducta es en sí un “síntoma”. Dice Ey: “La educación fue difícil; la familia, disociada o perturbada a menudo. El niño osciló entre un comportamiento aparentemente adaptado a sus condiciones de vida y bruscas rebeliones: fugas precoces, impulsividad, ataques de cólera, malicia en sus primeras relaciones con el grupo. Se investigarán las carencias afectivas reales: madre ausente o insuficiente, traslados reiterados, padre distante. Pueden descubrirse importantes errores educativos en momentos críticos, como el del destete o el de la educación esfinteriana. Labilidad emocional desde la primera infancia y ambivalencia en sus relaciones, son rasgos frecuentes; el niño seductor y querido por sus compañeros se convierte de repente en un niño cruel que se hace temer y odiar (...). La pubertad reactiva todos esos elementos; carácter reactio, inestabilidad, impulsiones, mentiras y patrañas, inventos dañinos, precocidad sexual y primeros actos delictivos, anuncian los actos más graves del adolescente o del adulto”.

5.1. Características del síndrome de trastorno antisocial de la personalidad

a) Paso a la acción.

Se trata de un acto en cortocircuito, esto es, representaciones o antiguos comportamientos, surgen de repente mediante la acción de modo inapropiado en el presente aunque hubiera sido apropiado en una situación anterior o arcaica. Es como si la energía bloqueada se manifestara por el acto en su totalidad y de modo habitual.

b) Descripción del acto psicopático.

Hay consenso respecto de la constancia de la conducta, en la brutalidad y brusquedad de la misma, en el carácter elemental de la acción que aparece impulsiva y que está dotada de “frialdad”, como si el sujeto no tuviera emociones en el pasaje al acto.

c) Contenido.

El acto psicopático está desprovisto de culpa, “sin conflicto interno”, sin posibilidad de elaboración y con fracaso de los mecanismos mediadores yóicos ante la emergencia del impulso. Son actos que carecen de contenido por su desconexión con la realidad inmediata. Dice Ey (1975) “Esta conducta en su conjunto se asemeja a la conducta psicótica por el nivel de respuesta, su carácter masivo y su mecanismo proyectivo, pero el paso a la acción sustituye a la elaboración delirante”.

d) El acto en lugar del lenguaje.

Dada la explosividad de la descarga, el acto es inmediato sin mediación del lenguaje, determinando la incapacidad de verbalizar la vivencia emocional de su crisis.

5.2. Algunas formas clínicas

5.2.1. Tipo neurótico

Son más frecuentes entre los adolescentes y entre las mujeres que entre los varones adultos. Pueden identificarse rasgos histéricos (mitomanía), como obsesivos (repetición compulsiva del paso a la acción).

5.2.2. Tipo psicótico

El acto psicopático puede ser el pródromo de una evolución esquizofrénica o como un resabio de una psicosis infantil.

5.2.3. Tipo perverso

“La conducta perversa se distingue de la conducta psicopática por su excelente adaptación a la realidad. El perverso es, incluso, “superadaptado” a las condiciones sociales. Pero existen estados de tránsito entre las dos conductas, o sea, los psicópatas sexuales y en particular las siguientes conductas: violación, exhibicionismo y voyeurismo” (Ey, 1975).

5.2.4. Epiléptico

Actos como los descritos pueden ocurrir en el transcurso de ataques epilépticos psicomotores, pero prima la epilepsia en relación a la personalidad psicopática.

No todas las personalidades psicopáticas son iguales; “las diferencias entre los subtipos de psicopatía podrían esperarse en términos de frecuencia, naturaleza e intensidad de los delitos cometidos: la ocurrencia de actos impulsivos y violentos puede esperarse con más frecuencia entre los psicópatas agresivos mientras que los actos de fraude y violencia instrumenta son más característicos de los psicópatas estables” (Hicks y cols., 2004, citado por López Miguel y Núñez Gaitán, 2008).

5.3. Precisiones diagnósticas entre Trastorno Antisocial de la Personalidad y Personalidad Psicopática

Aunque sean entendidos como parte de un mismo trastorno, hay autores como Patrick y Blair (citados por López Miguel y Núñez Gaitán, 2008) que establecen una diferenciación entre el trastorno antisocial de la personalidad y la personalidad psicopática. El primero sería un tipo de psicopatía secundaria en la que se presentan alteraciones del comportamiento, con actos antisociales, pero sin un deterioro marcado de las emociones. El segundo se trataría de un tipo de psicopatía primaria, caracterizada por el déficit o la carencia completa de emociones y repercusión afectiva de sus actos, por el egoísmo, la indiferencia y la ausencia de culpa ante el acto antisocial.

Para esclarecer más el diagnóstico diferencial se presenta a continuación la Tabla 1 que contiene criterios para el Trastorno antisocial de la personalidad y la Tabla 2 con criterios para la Personalidad Psicopática (López Miguel y Núñez Gaitán, 2008).

Tabla 1. Trastorno antisocial de la personalidad (APA, 2002)

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD
A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento ilegal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención. 2. Dishonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer. 3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro. 4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones. 5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás. 6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas. 7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación de haber dañado, maltratado o robado a otros.
B. El sujeto tiene al menos 18 años.
C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.
D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

Tabla 2. Factores Diagnósticos de la Personalidad Psicopática (Hare 1991)

FACTOR 1. PERSONALIDAD	FACTOR 2. DESVIACIÓN SOCIAL
1. Locuacidad/encanto superficial 2. Grandioso sentimiento de autovalía 4. Mentira patológica 5. Manipulador 6. Falta de remordimiento/culpa 7. Afecto superficial 8. Crueldad/falta de empatía 16. No acepta responsabilidad de sus actos	3. Necesidad de estimulación 9. Estilo de vida parásito 10. Escaso autocontrol 12. Precocidad en mala conducta 13. Sin metas realistas 14. Impulsividad 15. Irresponsabilidad 18. Delincuencia juvenil 19. Revocación de la libertad condicional
ÍTEMS ADICIONALES QUE NO PERTENECEN A LOS FACTORES	
11. Conducta sexual promiscua 17. Muchas relaciones maritales breves 20. Versatilidad delictiva	

Sin embargo debe ubicarse en una misma categoría al trastorno antisocial de la personalidad y la personalidad psicopática cuando se la compara con la denominada “sociopatía”. Los autores que se refieren a esta última categoría ponen el acento en los factores sociales o en las experiencias infantiles como el origen del trastorno. Cuando se refieren al trastorno antisocial de la personalidad o la personalidad psicopática, además de los factores mencionados se enfatiza el peso de otros como los factores biológicos, psicológicos y genéticos.

5.2. Diagnóstico del Trastorno Antisocial de la Personalidad según el DSM IV

Es en el DSM IV que el término psicopatía se sustituye por el de trastorno antisocial de la personalidad, constituyéndose así la “asocialidad” en el rasgo central del trastorno. Ello permitió diferenciar a los verdaderos psicópatas del resto de los sujetos que aún estando en conflicto con lo social o con la ley (sociópatas), son capaces de manifestar sentimientos de culpa, afecto y lealtad.

Criterios para el diagnóstico de F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad (301.7)

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

- 1.** fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
- 2.** deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
- 3.** impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
- 4.** irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
- 5.** despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
- 6.** irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
- 7.** falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

5.3. Consideraciones psicopatológicas

Para la postura órgano-dinámica de Henri Ey, la estructura de antisocial de las personalidades psicopáticas se considera como un accidente evolutivo del desarrollo de la “conciencia moral” en el curso de la formación del carácter. La conciencia moral o el “control ético”, o el Super Yo del psicoanálisis no es instintivo en su origen sino que se elabora conjuntamente con los modelos de comportamiento que ofrece el medio (primordialmente los modelos familiares). Se internaliza desde las prohibiciones externas y las normas por la aparición de una culpabilidad primitiva frente a las imágenes todopoderosas de los padres. Progresivamente esta moral que se va internalizando evoluciona hacia una ética personal autónoma y permanente. Esta evolución requiere además de un ambiente afectivo favorable que posibilite la tolerancia a las frustraciones, la aceptación de los límites y la elaboración de conductas racionales adecuadas al entorno de pertenencia.

Es en esta evolución donde surgen las anomalías patológicas que darán lugar a las psicopatías. Dice Ey (1975), “Las vicisitudes del desarrollo determinan la persistencia de respuestas arcaicas a las pulsiones, en posiciones próximas a las de los psicóticos, en las que la noción de culpabilidad no ha encontrado su lugar y el problema de la responsabilidad moral está desprovisto de sentido para el sujeto”.

El psicoanálisis ha realizado un extenso y profundo estudio de las psicopatías, destacando que en la base de las mismas se encuentra una carencia narcisista precoz. Esta se desarrolla aún en los casos en que la familia esté integrada y presente en el desarrollo del niño, cuando es incapaz de enseñar al niño a tolerar las primeras frustraciones, esto es, el destete y, sobre todo, la educación esfinteriana. El momento de las carencias en las relaciones objetales se sitúa más tarde que en la relación psicótica pero más temprano que en la relación neurótica. La fijación oral y la elección de la acción tienen su origen en ese momento del desarrollo. A esto se agrega una posición débil o ausente, o autoritaria y extremadamente agresiva del padre que no permite corregir las perturbaciones precedentes y a configurarse en un modelo de identificación para el hijo. Esto lleva al fracaso del individuo en la etapa edípica, determinando la imposibilidad de mantener relaciones estables con los demás y la carencia de un Super Yo internalizado y propio. El sujeto está fijado a una etapa pregenital.

Otros factores como la presencia de padres abiertamente antisociales, también pueden contribuir a consolidar una personalidad sin angustia manifiesta y sin culpa. Las pulsiones no pueden ser apaciguadas por ningún mecanismo psíquico y la angustia masiva pasa al acto en cortocircuito, sin fantasía, sin afecto y sin lenguaje. En resumen, para el psicoanálisis, la personalidad psicopática tiene un Yo extremadamente débil y un Super Yo primitivo.

Para la Teoría del Núcleo del Yo de Rojas Bermúdez (1997) los síntomas correspondientes a las neurosis y a las personalidades psicopáticas, responden a

manifestaciones yoicas relacionadas con los mecanismos reparatorios, según las fallas en los roles psicosomáticos sobre los que actúan.

En las fórmulas estructurales de las neurosis y las personalidades psicopáticas el Núcleo del Yo presenta un rol psicosomático con falla, dos roles psicosomáticos “sanos”, un área bien discriminada (llamada sobrevalorada) y la confusión entre dos áreas que es elaborada por el Yo por medio de mecanismos reparatorios (ver Figura 13).

Figura 13
Fórmulas estructurales según fallas en los roles psicosomáticos



La fórmula estructural de las personalidades psicopáticas tiene al área cuerpo como sobrevalorada (figura de la derecha), lo que hace que el Yo preste particular atención a lo corporal y a las sensaciones corporales, “desvalorizando” la información procedente de las áreas ambiente (el afuera) y mente (las representaciones, imágenes, lenguaje). La confusión entre las áreas ambiente y mente, dadas las fallas en el rol defecador, implica que lo que se piensa ocurre al mismo tiempo en el ambiente y viceversa, o sea que el acto observado se transforma en pensamiento y el pensamiento en acto. Por ejemplo, ello da lugar a respuestas en cortocircuito: el sujeto al tiempo que percibe o piensa que alguien es malo para él, ya lo está agrediendo.

Para paliar la confusión, el Yo elabora mecanismos reparatorios que, en el caso de las personalidades psicopáticas se ubican sobre el área ambiente. Esto significa que el mecanismo reparatorio va a estar compuesto por aspectos ambientales y sus repercusiones mentales. Vale decir que el Yo conflictuado por la confusión entre lo que piensa (sus representaciones e imágenes) y el ambiente (la discriminación propio-ajeno), desarrolla comportamientos impulsivos, transgresores, asociales, etc. y, con la conmoción que causa en el entorno, logra discriminar la confusión de áreas.

La consecuencia clínica de la interacción entre todos estos factores del Núcleo del Yo, el Yo y el entorno social, son los trastornos antisociales de la personalidad (ver Figura 14 y Tabla).

Bibliografía:

- BELLÓ, M. PUENTES-DA ROSA, E. MEDINA-MORA, M.E. LOZANO, R. "Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México". Revista Salud Pública de México / vol.47, Suplemento 1 de 2005, México, 2005.
- BERGERET, J. "Manual de Psicología Patológica". Toray – Masson. Buenos. Aires, 1975
- CABELLO J.O. BRUNO, A. H. "Personalidad Psicopática o Trastorno Antisocial de la Personalidad". Cuadernos de Medicina Forense. Año 3 N° 2. Buenos Aires, 2004.
- CAPPONI, R.M. "Psicopatología y Semiología Psiquiátrica". Universidad de Chile Santiago, Septiembre, 1987. Fuente: <http://www.scribd.com>.
- DSM IV. "Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". Edit. Masson S.A. Barcelona, 1997.
- EY, Henri. Tratado de Psiquiatría. Edit. Toray-Masson. Barcelona, 1975 Séptima edición de la cuarta edición francesa.
- FORSELLEDO, A. G. DA SILVA, F. "Manual Práctico de Psicopatología" IIN/OEA, Optar. Montevideo, 1991.
- GARRONE, G. "El síndrome depresivo y su tratamiento por el médico general". Mercur. Montevideo, 1974.
- JABLONSKI S. "Syndrome: le mot du jour". Am J Med Genet, 1991
- JASPERS, K. "Psicopatología General". Edit. Beta. Buenos Aires, 1970
- LAPLANCHE, J. PONTALIS, J.B. "Diccionario de Psicoanálisis". Editorial Labor. Barcelona, 1971.
- LEMEPERIERE, Th. FELINE, A. "Manual de Psiquiatría". Ed. Toray Masson. Barcelona, 1979.
- LÓPEZ MIGUEL, M.J. NÚÑEZ GAITÁN, M. del C. "Psicopatía versus Trastorno Antisocial de la Personalidad". Revista Española de Investigación Criminológica. N° 7, Madrid, 2009. Fuente: www.criminologia.net.
- MARIETÁN, H. "Semiología Psiquiátrica". Fuente: http://www.marietan.com/material_psicopatia/personalidades_psicopaticas.htm
- MINKOWSKI, E. "Traité de Psychopathologie", Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1999
- MURGUÍA, D. "Fenomenología de la Depresión". Revista de Psiquiatría del Uruguay. Año XIX. N° 270. Montevideo, noviembre-diciembre de 1980.
- PAZ, J. R. "Psicopatología - Sus Fundamentos Dinámicos" (Colección Psicología Contemporánea). Ed. Nueva Vision, Buenos Aires, 1979.
- POPPER, K.R. ECCLES, J.C. "El Yo y su cerebro". Ediciones Roche. Basilea, 1980.
- ROJAS BERMUDEZ, Jaime G. "Teoría y Técnicas Psicodramáticas" Barcelona, Ed. Paidós, 1997.
- ROJAS BERMUDEZ, Jaime G. " El Núcleo del Yo". Buenos Aires, Ed. Celcius, 1979.
- ROJAS BERMUDEZ, Jaime G. "Qué es el Psicodrama" Buenos Aires, Ed. Celcius, 1984.

- ROJAS BERMUDEZ, Jaime G. "Algunas consideraciones Neurofisiológicas acerca del Núcleo del Yo". Cuadernos de Psicoterapia y Psicodrama. Vol. XV Nro. 1 Buenos Aires, agosto de 1985.
- VALLEJO NAGERA, J.A. "Introducción a la Psiquiatría". Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1979