

El proceso diagnóstico en psiquiatría

El diagnóstico en Psiquiatría

Con un humor muy británico, Fulford¹ declara que “llegamos a la psiquiatría con una experiencia que proviene mayormente de la medicina somática. Las diferencias entre ambas disciplinas son tales que este contacto puede revestir las características de choque cultural”.

Esta declaración es acertada, aunque en realidad la medicina somática y la psiquiatría comparten más similitudes que diferencias: ambas deben llegar a *establecer un diagnóstico* basadas en las observaciones clínicas que provienen tanto de una buena anamnesis como de un buen examen, así como del apoyo del laboratorio y de las imágenes. Además se les exige *evaluar la gravedad* del cuadro, establecer su *etiología* o causas, decidir una *acción terapéutica* a seguir y, por último, estimar un *pronóstico*. Prácticamente en cada uno de estos objetivos la medicina somática tiene más de alguna diferencia con la psiquiatría, aunque también tiene muchas similitudes.

¿Qué es un diagnóstico?

Comenzando por lo más genérico, una buena definición de diccionario dice que el diagnóstico es el reconocimiento a través de sus características de una especie, género, etc. Esto fue probablemente cierto para las enfermedades conocidas por la medicina hasta mediados del siglo XIX, pero en la medida que se avanzaba en el conocimiento de sus causas y, sobre todo, de la anatomía patológica subyacente, al diagnóstico se le fue exigiendo muchas otras cosas: que hablara de la etiología, de la forma típica de presentación clínica, del sustrato anatómico o fisiológico, etc.

Los diagnósticos en medicina tienen la gran ventaja de hablar mucho acerca de un sinnúmero de fenómenos con apenas dos o tres palabras. Cuando se dice “meningitis meningocócica”, se hace referencia a una serie de síntomas que debieran estar presentes y por lo tanto buscarse en el paciente. Pero también se hace referencia a la etiología, y nos orienta con bastante seguridad hacia una conducta terapéutica. Un diagnóstico puede entenderse como una especie de “atajo” que nos lleva con facilidad al centro de un complejo sistema nosológico.

¿Qué clases de diagnósticos hay en medicina?

1. Existen diagnósticos normativos. Esto es, apuntan a una desviación de una norma, de un valor fisiológico o somático que debe mantenerse dentro de un rango. Son todos los casos de hiper o hipo funcionamiento como la hipertensión arterial, el hipotiroidismo, etc.
2. Existen diagnósticos más bien sintomáticos descriptivos, como tos convulsiva, limitación crónica de flujo aéreo, o migraña clásica, en los que la etiología es, o bien desconocida (o lo fue históricamente), mal conocida o nada más que compleja.
3. Hay diagnósticos que destacan la etiología, como la avitaminosis o la misma meningitis meningocócica, o la pancreatitis alcohólica.

Pese a que muchos de estos diagnósticos requieren de habilidades clínicas importantes de parte del médico, la mayoría pueden ser resueltos con un simple examen de laboratorio, instrumental o de imágenes. Se ha dicho ya muchas veces que la tendencia de la medicina moderna es apoyarse cada vez más en la tecnología y cada vez menos en la semiología clínica, lo que ha llevado a una frecuente queja de deshumanizar la práctica médica.

Esto es una diferencia importante con la psiquiatría. Los diagnósticos psiquiátricos son mucho más similares a la “limitación crónica de flujo aéreo”, es decir, se trata de diagnósticos descriptivos más que etiológicos o normativos, esto debido principalmente a que, en gran medida, la etiología de los trastornos psiquiátricos no es conocida con el grado de precisión que suele tener la medicina somática, lo que es un reflejo a su vez de la gran complejidad de factores que inciden en la patología psiquiátrica (ver capítulo Causalidad en Psiquiatría).

Por este motivo para llegar a estos diagnósticos se necesita habilidad clínica semiológica, dado que no existe ningún procedimiento tecnológico (salvo, quizás, si se consideran las pruebas psicométricas) que nos aproxime al diagnóstico a menos que se trate de cuadros que sean consecuencia de una enfermedad somática. El único instrumento de exploración es el propio clínico y su habilidad para saber qué está buscando, para conducir la entrevista de modo que entregue el máximo de detalle sobre cada síntoma y un cuadro general sobre la persona que está solicitando ayuda.

La tarea puede ser ardua porque hay una serie de condiciones propias de los pacientes con un trastorno psiquiátrico que dificultan el trabajo del clínico.

¹ K Fulford, Diagnosis, Classification and Phenomenology of Mental Illness, en *Essential Psychiatry*, 1988.

Para comenzar, una serie de motivos pueden llevar al paciente a ocultar su sufrimiento, como temor, vergüenza o culpa y una infinidad de otras razones. Un paciente deprimido, por ejemplo, con delirio de culpa, siente que tiene que pagar por un pecado cometido, planificando su suicidio en silencio y quiere que nadie intervenga. Un paciente con dificultad de definición de su orientación sexual, por vergüenza podría también mantener oculta la ansiedad que esto le provoca. Puede que el paciente simplemente no desee confiar su intimidad a otra persona.

Segundo, incluso si el paciente desea relatar sus síntomas, estos pueden ser tan extraños y fuera de la experiencia cotidiana que resulta difícil describirlos. Por ejemplo, basta imaginar lo que puede ser la experiencia de tener pensamientos que no son propios y que vengan de afuera de uno. Pero incluso puede ocurrir con una crisis de pánico espontánea, que aparece como un temor a morir sin ninguna causa justificada.

Tercero, si el paciente está dispuesto a hablar de lo que le ocurre, puede sentir que sus experiencias son completamente normales y no necesita hablar de ellas, lo que es muy frecuente en los pacientes psicóticos. Un paciente que está alucinando voces que lo insultan puede sentir que esta es una experiencia normal y simplemente comportarse de modo coherente, por ejemplo con mal humor, pero no tiene porqué comunicarla.

Estas son situaciones que raramente se van a dar en la medicina somática. En consecuencia, la preparación del clínico resulta un elemento gravitante en todo el proceso.

Por esto es que suele ocurrir que no da lo mismo quién hace un diagnóstico dado que habrá médicos con mayor y menor grado de preparación y habilidades clínicas.

Formulación diagnóstica

La psiquiatría es, pues, una disciplina clínica (al lado del paciente), y formular un diagnóstico requiere reunir una gran cantidad de información que proviene de muchas fuentes: del propio paciente, de sus familiares, de amigos, de vecinos, compañeros de trabajo, o del personal de salud que ha estado observándolo.

El diagnóstico en sí mismo en psiquiatría constituye un verdadero *proceso*. Citando a Sura:

“La interpretación de la información obtenida y las observaciones hechas deben ser pospuestas hasta que se haya obtenido toda la información necesaria y el clínico esté listo para formular el diagnóstico” —G. Sura; Historia clínica y examen mental, en M Gomberoff y JP Jiménez (eds.), *Psiquiatría*, 1982.

Por lo tanto, en psiquiatría existe una clara separación entre un momento de *recopilación* de antecedentes (clínicos, sociales, familiares, pruebas psicológicas o de laboratorio, etc.) y otro momento de *formulación* diagnóstica en que el clínico ordena la información recogida y le da coherencia comparándola con su conocimiento de las enfermedades psiquiátricas. En esto es importante tanto el conocimiento teórico como la experiencia de haber tratado antes con otros pacientes.

En la formulación diagnóstica se espera que el clínico

llegue a los cuatro propósitos del diagnóstico: diagnóstico, etiología, tratamiento y pronóstico.

Sin embargo, esto no concluye el proceso, dado que sobre todo en psiquiatría la evolución de un síntoma, a veces en horas, puede determinar el cambio de un diagnóstico. O el hecho de entrevistar a un familiar directo al que antes no se había tenido acceso. Uno tiene que estar siempre preparado y dispuesto a revisar continuamente las hipótesis diagnósticas que se manejan.

Diferencias entre el diagnóstico en psiquiatría y en medicina somática

PSIQUIATRÍA	MEDICINA
1. Se basa en categorías que son principalmente sintomáticas.	1. Se basa en categorías que son principalmente etiológicas.
2. Depende fundamentalmente de la anamnesis y examen mental y físico.	2. Depende mucho de los exámenes de laboratorio.
3. Claramente dividido en dos etapas: recopilación de información y formulación diagnóstica.	3. Es habitual que en la misma etapa de recopilación se llegue al diagnóstico.
4. Se interesa tanto con el concepto de anormalidad como con el de enfermedad.	4. Es raro que la anormalidad o la enfermedad sean objeto de interés para el diagnóstico.

El concepto de enfermedad

Por último, y este no es un problema menor en absoluto, en psiquiatría constantemente se está problematizando el tema de la normalidad y la anormalidad, y de aquello que constituye enfermedad, situación que raramente se da, si acaso, en la medicina somática.

Por ejemplo, la primera tarea de la evaluación psiquiátrica es determinar si el motivo de consulta de un paciente es posible categorizarlo como enfermedad en alguna de las clasificaciones habituales, es decir, establecer si cumple con los criterios diagnósticos o no. Ocurre que una buena parte de las consultas que se le hagan a un psiquiatra o a un médico generalista pueden ser legítimas preocupaciones vitales, crisis en distintos períodos de la vida, problemas laborales, trastornos en el colegio, pero no constituir necesariamente patología. Un ejemplo claro de esto es el duelo que debe diferenciarse de una verdadera enfermedad depresiva, en el que ocurren una serie de síntomas que simulan una depresión, pero que son completamente normales hasta un cierto tiempo. En algún momento los síntomas del duelo dejan de ser normales y será, una vez más, el clínico quien tendrá que definirlo. También ocurrió con la homosexualidad que se consideró enfermedad hasta hace no más de treinta años, pero eso ha tenido un profundo cambio y ahora se la considera algo

normal, y sólo se diagnostica, cuando es necesario, una dificultad en asumir un rol de género que puede generar síntomas ansiosos o depresivos. Incluso un síntoma que puede ser muy relevante, como el delirio o las alucinaciones, debe ser analizado con prudencia, dado que ideas que pueden parecer delirantes en un contexto cultural, son admitidas como normales en otro contexto, como la existencia de espíritus malignos o benignos con los que se tiene algún tipo de contacto.

Desde el punto de vista ético, social y legal, la diferencia entre genuina enfermedad o simple problema es extraordinariamente importante porque puede significar, por ejemplo, que a la persona se le otorgue un beneficio o no tenga derecho a él, como una licencia médica o una pensión por invalidez, o que tenga que ser hospitalizada o tratada en contra de su voluntad.

En suma, la pregunta constante que debe hacerse el clínico es: lo que se está observando, ¿se trata en realidad de una enfermedad o es nada más que una dificultad?

Propósitos del diagnóstico

El diagnóstico en psiquiatría y en medicina somática tiene que cumplir cuatro *propósitos* principales:

1. Describir aunque sea muy sumariamente la enfermedad, ser un código de las características principales de una enfermedad que va a ser entendido de modo similar tanto por un médico chileno como por uno egipcio o alemán.
2. Entregar o tener implícito algún tipo de información sobre la etiología, incluso si esta es desconocida.
3. Proporcionar una base para decidir razonablemente sobre el tratamiento y en general sobre las acciones que se seguirán.
4. Sugerir un pronóstico. Esta es otra dimensión insoslayable del proceso diagnóstico y que será exigida a cualquier médico, sea psiquiatra o no.

En medicina somática las categorías nosológicas se basan principalmente en la etiología: ‘SIDA’, ‘anemia por deficiencia de B₁₂’, ‘pancreatitis alcohólica’, ‘meningitis tuberculosa’, etc.

En psiquiatría, en cambio, el conocimiento etiológico generalmente es muy incierto y no tiene verdadera utilidad clínica, de modo que la clasificación es principalmente sintomática. Cuando se diagnostica una ‘depresión mayor’, ‘esquizofrenia’, ‘anorexia nerviosa’, ‘trastorno obsesivo-compulsivo’, se está reconociendo este hecho, es decir, que lo relevante son los síntomas.

El conocimiento previo

Para iniciar un proceso diagnóstico es necesario en cualquier caso estar familiarizado con los síntomas y signos psiquiátricos. Recoger información adecuada significa, en primer lugar, saber cuál es la *información relevante* que se debe buscar, es decir, conocer los síntomas que acompañan los distintos cuadros sindrómicos, y conocer las categorías diagnósticas.

Más adelante revisaremos una lista de síntomas y sus denominaciones particulares, que puede parecer a primera vista desalentadoramente larga. Hasta tediosa.

De acuerdo. Considérenla una ayuda memoria a la que tendrán que recurrir muchas veces mientras aprenden a entrevistar pacientes y estos les van revelando sus vivencias.

Nos concentraremos a continuación en la clasificación de las enfermedades psiquiátricas, dado que al médico se le pedirá inevitablemente que designe alguna de las patologías con nombres que sean más o menos reconocidos por la mayoría de sus colegas.

Clasificación en psiquiatría

La clasificación de las enfermedades psiquiátricas es, por la propia naturaleza de los trastornos que debe enfrentar, muy dinámica. Hay categorías que dejaron de ser útiles y otras nuevas de uso más reciente. Incluso hay muchas otras cuya condición nosológica es fuente de permanente discusión (por ejemplo la “fibromialgia”). Actualmente están en uso dos manuales de diagnóstico que son muy similares entre sí: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que, elaborada por la Organización Mundial de la Salud, va en su versión 10 (CIE-10), y el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana que está en su versión 4-Texto Revisado (DSM-IV-TR).

Destaquemos que estos manuales han dejado de llamar “enfermedades” a las condiciones psiquiátricas patológicas, y se las ha pasado a denominar “trastornos”. Este cambio tiene el fin de evitar pronunciarse acerca de la naturaleza de los fenómenos, prefiriendo una denominación que en principio parece más neutra.

Con los años ambas clasificaciones tienden a confluir y las diferencias son más bien de detalles. El DSM tiene la ventaja de realizar el diagnóstico sobre cinco ejes, lo que permite abarcar un gran espectro de fenómenos importantes para describir lo que ocurre con los pacientes. La clasificación oficial vigente en Chile, sobre todo para fines de control estadístico, es la sugerida por la OMS (CIE-10). Debe recordarse que las clasificaciones, además de ser dinámicas y estar cambiando con el tiempo, nunca han logrado considerar la complejidad que puede presentar un solo paciente. De modo que hay que tomarlas solamente como una ayuda genérica para el diagnóstico y no como entidades nosológicas reales.

Categorías nosológicas

Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos

Se incluyen aquí las *demencias*, tanto la provocada por enfermedad de Alzheimer, como la vascular y aquellas originadas por otras enfermedades (Pick, Creutzfeld-Jacob, Parkinson, etc.), otros *síndromes amnésicos* no asociados al consumo de alcohol o drogas (estos tienen categoría especial). En esta categoría se incluye el *delirium* siempre que no sea inducido por alcohol o drogas. También se incluyen *síntomas individuales* como la alucinosis, delirios, síntomas catatónicos, afectivos, disociativos, trastornos de

la personalidad y cualquier otro síntoma mental o conductual que pueda ser atribuido a una enfermedad o disfunción orgánica cerebral o sistémica.

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol y drogas

Se aceptan las categorías de alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes-hipnóticos, cocaína, otros estimulantes (excluye cafeína), alucinógenos, tabaco y solventes volátiles. En cada una de estas categorías se aceptan los diagnósticos de *intoxicación aguda*, *consumo perjudicial*, *síndrome de dependencia*, *síndrome de abstinencia*, *síndrome de abstinencia con delirium*, *trastorno psicótico*, *síndrome amnésico*, siempre que sean inducidos por drogas.

Esquizofrenia, y trastornos psicóticos

Incluye la *esquizofrenia* en todas sus variantes clínicas (paranoide, hebefrénica, catatónica, simple, etc.), otras formas menos definidas de trastornos similares a la esquizofrenia o que guardan alguna relación sintomática con aquella, como el *trastorno esquizotípico*. Incluye también el *trastorno de ideas delirantes* (antiguamente llamado parafrenia), *trastornos esquizoafectivos*, *psicosis transitorias* psicógenas (derivadas de algún tipo de estrés intenso agudo) y en general cualquier proceso psicótico que no sea de origen orgánico, salvo las psicosis puerperales que tienen un acápite aparte.

Trastornos del humor (afectivos)

Incluye los trastornos *transitorios agudos*, como los *episodios depresivos o maniacales*, los trastornos *recurrentes* (depresivo o bipolar) y los trastornos *persistentes*, como la *distimia* y la *ciclotimia*.

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

Esta es una categoría que engloba una serie de trastornos con sintomatología diversa, pero principalmente ansiosa, de alta prevalencia en la consulta de atención primaria. Incluye los *trastornos ansiosos* (agorafobia, crisis de pánico, fobia social, fobias específicas, ansiedad generalizada) e incluye una categoría mixta de *trastorno mixto ansioso depresivo*, que en realidad puede ser el tipo de trastorno más frecuente en la práctica clínica. También incluye el *trastorno obsesivo compulsivo*, la *reacción a estrés grave* (agudo, post traumático) y el *trastorno adaptativo*, los *trastornos disociativos* (amnesia, fuga, estupor, trance, de la motilidad, convulsiones, anestesia y otros). Incluye los *trastornos somatomorfos* (somatización, hipocondríaco, dolor, etc.). Por último, la CIE-10 tiene una categoría más bien residual llamada “otros trastornos neuróticos” donde incluye síndromes mal definidos como la neurastenia y otros.

Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

Incluye trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y síndromes mixtos) y trastornos no orgánicos del sueño.

Disfunción sexual no orgánica

Comprende todas las disfunciones sexuales que no sea posible asociar a algún trastorno o enfermedad somática.

Trastornos mentales y del comportamiento asociados al puerperio

Incluye depresión puerperal y trastornos psicóticos asociados al puerperio.

Trastornos de la personalidad

La personalidad es un conjunto de conductas, afectos, relaciones interpersonales y cogniciones que son característicos de una persona en particular. Hablar de un “trastorno” de la personalidad significa que este patrón de personalidad está causando problemas recurrentes al sujeto o a su entorno. No es fácil decidir cuándo este patrón caracteriológico es un “trastorno” o simplemente una modalidad normal. Los trastornos de personalidad incluyen el paranoide, esquizoide, disocial, de inestabilidad emocional –que a su vez incluye el límite o limítrofe–, histriónico, anancástico –llamado trastorno obsesivo de personalidad en la clasificación DSM–, de evitación y dependiente. La CIE-10 tiene una categoría residual bastante amplia (“otros trastornos específicos de la personalidad”) que incluye los trastornos de personalidad narcisista, excéntrico, inestable, inmaduro, pasivo-agresivo, y psiconeurótico. En el ámbito de la personalidad las clasificaciones tienden a ser algo más divergentes por la natural complejidad del tema y la variedad de teorías y enfoques que ha recibido. En este sentido, parece útil la propuesta del DSM de clasificar los trastornos de personalidad en grupos (“clusters”).

Trastornos de la personalidad del grupo A

Incluye este grupo al trastorno *paranoide* (desconfiado y suspicaz, rencoroso), el *esquizoide* (aislamiento social, escasa expresión emocional, poco interés sexual) y el *esquizotípico* (también aislamiento, pero además creencias raras, conductas más o menos extravagantes, supersticiones, apariencia extraña).

Trastornos de la personalidad del grupo B

Se incluyen el trastorno *antisocial* (desprecio y violación de los derechos de los demás, deshonestidad, impulsividad, irresponsabilidad, falta de remordimientos), el trastorno *límitrofe o límite* (inestabilidad de relaciones, de la afectividad, de la autoimagen, impulsividad), el trastorno *histriónico* (muy emotivos, búsqueda de atención, seductores, dramatizadores), y el trastorno *narcisista* (grandiosidad, necesidad de admiración, falta de empatía y explotación emocional de los demás).

Trastornos de la personalidad del grupo C

Incluye el trastorno por *evitación* (inhibición social, sentimientos de inferioridad, sensibles a la mala evaluación), el trastorno por *dependencia* (sumisos, temor a la separación, dificultad para decisiones, entregan responsabilidad a otros), y el trastorno *obsesivo-compulsivo* (preocupación por el orden, perfeccionismo, alta autoexigencia, poca flexibilidad y espontaneidad).

De todas formas, queda una buena cantidad de tipos de personalidad que no es fácilmente clasificable. Hay que considerar que, histórica y culturalmente, se han hecho grandes esfuerzos por definir los “tipos humanos” de personalidad. Por ejemplo, derivado de la cultura sufi (persa) existe una clasificación de nueve tipos de personalidad llamado “Eneagrama”, que resulta sorprendentemente precisa y coincide con varios de los tipos de la CIE y el DSM. En esta clasificación, cada uno de los nueve tipos tiene tres niveles de funcionamiento: sano, mediano y enfermo, con lo que las características de personalidad no necesariamente son patológicas.

Signos y síntomas psiquiátricos

En psiquiatría, al igual que en el resto de la medicina, debemos considerar una serie de síntomas y signos que presentan los pacientes y que son propios del ámbito “mental”. Conocer los síntomas psiquiátricos permite orientar la búsqueda clínica y realizar un buen examen mental, porque se sabe qué se está buscando.

La exploración semiológica psiquiátrica permite finalmente conocer cuál es el trastorno patológico que tiene el paciente, es decir, permite realizar un diagnóstico.

Sin embargo, en psiquiatría es aún más relevante que en el resto de la medicina conocer *cuál es el significado* que tiene para el paciente el padecimiento actual, qué significa en su vida cotidiana, para sus valores, para su desempeño laboral, para su autoestima, etc. Por ejemplo, cómo un paciente deprimido intenta cumplir con su trabajo pese a sus intensos síntomas, revelando su particular idea acerca de la responsabilidad, o cómo una madre intenta cuidar a su hijo recién nacido a pesar de la irritabilidad que siente hacia él, y el cuestionamiento culposos que le da a este hecho, o cómo un esquizofrénico intenta vivir en su familia de un modo normal a pesar de sus delirios o alucinaciones, tratando de cumplir con su idea acerca de pertenecer a una familia.

De modo que no basta con la recopilación de síntomas y signos. Se debe intentar comprender al paciente como persona y a su mundo personal. Esta comprensión es importante no sólo en el diagnóstico, sino que sobre todo en el modo de ayudar al paciente a sobreponerse a sus limitaciones.

Esta forma de aproximarse al paciente sin duda que es aplicable y beneficiosa en todas las demás circunstancias médicas.

Alteraciones de la afectividad

Los seres humanos no percibimos los fenómenos de modo neutral. Las sensaciones que tengamos dependerán de la afectividad predominante.

La afectividad es uno de los fenómenos que han sido difíciles de definir en la historia de la medicina, tal vez porque en su mayor parte se trata de experiencias muy

subjetivas. Cabe hacer notar, sin embargo, que los etólogos han señalado como rasgo distintivo de los primates la alta capacidad para detectar e interpretar correctamente los estados afectivos del Otro, es decir, de discriminar correctamente lo que le está pasando al Otro y actuar en concordancia. Esto es posible porque los estados afectivos se expresan como conductas, actitud (postura del cuerpo) y expresión facial.

La afectividad puede definirse como la suma de estados, sensaciones y tendencias subjetivas que orientan nuestra vida. La afectividad tiene cuatro características: a) se trata de vivencias que transcurren íntegramente en la intimidad del sujeto (subjetividad); b) tienen la capacidad de influir ampliamente en la corporalidad, percepciones y conductas del sujeto (globalidad); c) este influjo se manifiesta especialmente en las conductas de relación con los otros (intersubjetividad); d) y, por último, son vivencias que se experimentan en ejes complementarios y contrastantes, por ejemplo, alegría-tristeza, atracción-repulsión, energía-cansancio, ataque-huída, etc. (polaridad).

Características de la afectividad

- Subjetividad (transcurre en la intimidad)
- Globalidad (influye sobre todo el sujeto)
- Intersubjetividad (influye sobre la relación social)
- Polaridad (se da en ejes polares)

Aún cuando pueda resultar una separación artificial (como casi todas las separaciones en medicina), ha resultado útil distinguir dos fenómenos afectivos básicos: emociones y ánimo.

Emoción

La emoción es un estado afectivo de surgimiento sorpresivo, que ocurre normalmente como respuesta a estímulos externos (percepciones simples o complejas) o internos (imaginación, recuerdos), que se acompaña de manifestaciones neurovegetativas (sudoración, cambios en el ritmo cardíaco y respiración, presión arterial, palidez o enrojecimiento, etc.), de intensidad variable y suele ser de corta duración, aunque no siempre.

Ánimo

Es un estado afectivo de aparición más lenta —a diferencia de la emoción—, no siempre surge como respuesta a un estímulo puntual, tiene un menor componente neurovegetativo pero puede alterar los ciclos biológicos —apetito, sueño, actividad sexual, ciclo menstrual— y permanece más o menos invariable por tiempos más largos. Usualmente se le identifica con los cambios del eje alegría-tristeza (como en el trastorno depresivo o bipolar), pero también son parte de él los cambios en otros ejes, como la ira y la ansiedad.

Es corriente que exista una cierta confusión terminológica y se habla de “ánimo” y “afecto” como términos más o

menos sinónimos, lo mismo que “estado de ánimo” o “estado” o “tono afectivo”, o incluso “humor” –*mood*— como en la literatura anglosajona. Esto no parece demasiado grave siempre que en cada momento se tenga claro de qué cosa estamos hablando.

Los síntomas afectivos son los más frecuentes en toda la patología psiquiátrica. Existen, naturalmente, en el trastorno depresivo y ansioso, pero pueden aparecer en cualquier otro trastorno, y también ocurren con frecuencia en personas sanas ante acontecimientos puntuales (ver capítulo Crisis), sin que esto constituya necesariamente patología. Tanto las emociones como el ánimo pueden ser normales o patológicos. Por ejemplo, el miedo es normal en muchas circunstancias, pero aparece de un modo anormal en el *trastorno de pánico*. Sin embargo, el paciente con este trastorno puede tener otras emociones y un estado de ánimo normal y congruente con su vida cotidiana, experimentando el pánico como crisis anormales. Hay también cambios de estado de ánimo variables de acuerdo a las circunstancias, permaneciendo por un cierto período y reflejando las vivencias de una época de la persona (y se refleja en expresiones corrientes como “andar de buen o mal ánimo”, o “estar de mal humor”).

Alteraciones del estado de ánimo (afecto o humor)

Tipo

- depresión
- euforia
- ansiedad
- ira

Flexibilidad

- embotamiento, aplanamiento
- labilidad
- incontinencia

Concordancia

- afecto incongruente

Es esta flexibilidad y concordancia con las circunstancias vitales lo que suele perderse en los estados patológicos, surgiendo entonces una alteración del estado anímico.

Hay muchas maneras de denominar y clasificar estas alteraciones. Como ya hemos hecho notar, en psiquiatría muchas veces el término *ánimo* se considera sinónimo de *afecto*, y es frecuente que su uso se restrinja a las alteraciones de la energía corporal (en la polaridad alegría-tristeza o depresión-euforia), pero también suele comprender otros componentes de la emoción como la ira y la ansiedad. Esta relativa ambigüedad de los términos puede llevar a alguna confusión.

Alteraciones de la naturaleza del estado afectivo

Depresión patológica. Disminución intensa del estado de ánimo acompañada de tristeza e incapacidad para experimentar placer (*anhedonia*).

Euforia patológica. Elevación inadecuada del estado de ánimo acompañada de excesiva alegría e incluso éxtasis.

Ansiedad patológica. Desproporción entre la experiencia de temor y la realidad de la situación amenazante. Por lo general existen signos de hiperactividad autonómica, como palidez cutánea y sudoración de manos, pies y axilas. Cuando esta ansiedad aparece ante un estímulo específico (como una situación, un objeto, un animal) se denomina *fobia*. El sujeto con una ansiedad fóbica (o simplemente fobia) tiende a evitar los estímulos que la producen. Incluso puede experimentar ansiedad ante el simple recuerdo del estímulo, pero no necesariamente cuando están presentes (*ansiedad anticipatoria*). Las fobias suelen aparecer en personas que por otro lado son sanas (fobia a los ratones, polillas, arañas, a los lugares elevados). Sólo requieren tratamiento si afectan seriamente la funcionalidad de un sujeto. Las fobias pueden aparecer como síntomas de otros trastornos ansiosos o depresivos.

Alteraciones de la variabilidad del afecto

En un sujeto sano el tono afectivo varía con las circunstancias, pero se vuelve rígido en la patología. Una respuesta afectiva disminuida se conoce como **embotamiento** o **aplanamiento afectivo**. Por el contrario, una respuesta exagerada se conoce como **labilidad emocional**. Esto significa que el sujeto pasa fácilmente de la tranquilidad a la ira o al llanto y viceversa. La falta de control sobre las emociones, por ejemplo durante un duelo, también se conoce como **incontinencia emocional**. Es frecuente en la demencia.

Alteraciones en la concordancia del afecto con el pensamiento

Normalmente el tono afectivo es concordante con los pensamientos y acciones. Un individuo experimentará desánimo al recordar algo triste, o euforia al recordar algo feliz. Pero el afecto y el pensamiento pueden no ser coherentes. El sujeto puede mostrarse y sentirse feliz cuando piensa en algo triste o dramático. Por ejemplo, un paciente que nos habla de sus ideas suicidas con una sonrisa o con una franca risa. Este fenómeno se llama **afecto incongruente** o también **disociación ideoaffectiva**. Es diferente del intento corriente de ocultar el desconcierto a través de una alegría fingida. Suele ser un signo de la falta de profundidad vivencial de un relato, lo que ayuda a precisar la gravedad de un trastorno. El fenómeno del afecto incongruente es muy significativo en la esquizofrenia.

Alteraciones de la percepción

La **percepción** es una función psíquica que permite recibir, elaborar e interpretar lo que se presenta a los órganos de los

sentidos. La percepción es por lo tanto un proceso complejo y activo que involucra un sentido de realidad, es decir, la sensación de que lo que ocurre es real. La **imaginación** es una experiencia que no posee el sentido de realidad que forma parte de la percepción, como cuando se recuerda algo. La imaginación puede ser iniciada y finalizada voluntariamente, y por lo general se anula por una percepción de la misma modalidad. Hay cuatro tipos de alteraciones de la percepción:

1. cambios de calidad.
2. cambios de intensidad.
3. ilusiones.
4. alucinaciones.

De estas, en patología psiquiátrica son muy relevantes las alucinaciones. Se suele denominar percepción delirante a los cambios del **significado** de una percepción, a pesar de que en realidad la percepción es normal. En rigor este es un trastorno del pensamiento y no de la percepción.

Cambios en la calidad de la percepción

Puede haber distorsiones de algunas cualidades de la percepción: forma, tamaño, color, olor, etc. Un depresivo puede hablar del olor a podrido de su propio interior.

Cambios en la intensidad de la percepción

Como en la manía, en que es más intensa, o a la inversa en la depresión.

Ilusiones

Una ilusión es una percepción alterada de un estímulo externo real. Hay situaciones que suelen desencadenar ilusiones:

1. Bajo nivel de estimulación sensorial (ej., en la penumbra, un tronco caído puede confundirse con un animal).
2. Atención enfocada sobre otra modalidad sensorial (ej., alguien que dibuja concentradamente puede confundir un sonido cualquiera con una voz).
3. Nivel de conciencia disminuido por una enfermedad somática (delirium).
4. Emociones intensas, como el miedo o la euforia (alguien que espera intensamente ver una persona, puede confundirla con otra).

Es normal que ocurran ilusiones en todas las personas, sobre todo cuando se asocian las circunstancias descritas; por ejemplo, cuando una persona temerosa se encuentra en un sitio oscuro.

Alucinaciones

Una **alucinación** es una experiencia perceptiva en la que no existe estimulación del órgano comprometido; por

ejemplo, un individuo escucha una voz pero no hay nadie cerca. Las alucinaciones tienen como características que:

1. Se experimentan como una percepción *real*.
2. Parecen provenir del exterior (es decir, están en un *espacio objetivo*).

Sin embargo, hay experiencias psicopatológicas que no cumplen estas características. Cuando la experiencia se da en el espacio subjetivo del individuo constituye una **pseudoalucinación** que es característica de la esquizofrenia. Por ejemplo, el sujeto refiere que las voces que escucha “vienen de dentro de su cabeza”.

Ocasionalmente las personas sanas pueden experimentar alucinaciones, sobre todo al quedarse dormidas (**alucinaciones hipnagógicas**) o al estar despertando (**alucinaciones hipnopómpicas**), siendo casi siempre breves y de un solo tipo sensorial (ej. escuchar el nombre). Entonces el individuo despierta de forma brusca y fácilmente reconoce la experiencia.

Las alucinaciones pueden tener características de cualquier sistema sensorial: auditivas, visuales, gustativas, olfatorias, táctiles, cenestésicas profundas. Las visuales son más propias de trastornos orgánicos como la epilepsia, pero pueden aparecer en trastornos afectivos graves y en la esquizofrenia. Debe descartarse un trastorno orgánico como primera medida. En cambio, las auditivas aparecen en muchos trastornos psiquiátricos. En la esquizofrenia son mucho más frecuentes las pseudoalucinaciones auditivas: el paciente siente voces dentro de su cabeza o de ninguna parte en especial, y no intenta averiguar si provienen del exterior.

Alteraciones del pensamiento y lenguaje

Es difícil separar los fenómenos del lenguaje y del pensamiento, ya que se puede decir que aquél es el vehículo de este. El término **alteración del pensamiento y lenguaje** se refiere a varios fenómenos:

1. Articulación, tono y volumen.
2. Flujo: alteración en la cantidad y velocidad.
3. Forma: alteración de la forma en la que los pensamientos están enlazados.
4. Contenido: Delirio, ideas sobrevaloradas y obsesiones.

En general, las alteraciones del pensamiento se suelen agrupar en *trastornos formales* (forma) y *trastornos del contenido* (el resto), pero debe agregarse las alteraciones de la articulación, tono, curso y flujo.

Alteraciones de la articulación, tono y volumen

Al entrevistar un paciente normalmente lo primero que llama la atención es la calidad articuladora de la palabra, que al estar alterada por lo general indica problemas orgánicos centrales o periféricos. Por ejemplo, el lenguaje **farfullante** del ebrio. En seguida se aprecia el volumen y tono de la voz. El volumen debe ser adecuado a la situación de entrevista, y el tono es variable siguiendo de modo

coherente los contenidos del pensamiento. Un **bajo volumen** fonatorio puede ser un signo de depresión, lo mismo que la **monotonía** del timbre.

Alteraciones del curso o flujo del pensamiento

Se alteran tanto la cantidad como la velocidad de los pensamientos.

1. **Aceleración.** Pensamientos rápidos, en gran cantidad y variabilidad. Característico de la manía.
2. **Inhibición.** Pensamientos lentos, escasos, y poco variables. Aparece en la depresión, aunque también puede darse en la esquizofrenia.
3. **Bloqueo.** El sujeto experimenta una interrupción súbita en su flujo mental. A veces ocurre con personas sanas ante circunstancias ansiógenas. Como elemento semiológico interesa el fenómeno de interrupción total del flujo mental con incapacidad de retomarlo. Suele ocurrir en el paciente esquizofrénico que puede interpretarlo como un “robo” del pensamiento.

Alteraciones de la forma del pensamiento

Existen tres trastornos principales de la forma con la que los pensamientos están unidos entre sí.

1. **Fuga de ideas.** En un nivel menos marcado se establecen asociaciones entre palabras que pueden ser por *semántica*, en que una palabra evoca a otra (p. ej. profesor-alumno; jaula-pájaro); por *contraste* (p. ej. noche-día; invierno-verano); por *consonancia* (p. ej. canción-sanción; alegría-simetría). Cuando el fenómeno es más intenso y marcado los pensamientos y conversaciones varían rápidamente de un tema a otro, de forma que no son completados antes de pasar a los siguientes, y esto constituye la **fuga de ideas**. Debido a que los temas cambian tan rápidamente, es difícil seguir la asociación entre ellos pero siguen siendo comprensibles. Los cambios de pensamiento pueden desencadenarse por cualquier cosa que *distraiga* al paciente.

2. **Falta de asociación.** Pérdida de la conexión lógica entre las partes de un pensamiento. En la fuga de ideas, salvo que el pensamiento sea extremadamente rápido, por lo general es posible seguir el hilo de las ideas, y el paciente suele volver sobre el tema principal. Se tiene la sensación de que el paciente efectivamente no logró completar una idea, que es lógica, y luego pasa a la siguiente. En la falta de asociación de ideas existe lo que se ha descrito como *pérdida de la finalidad del discurso*. El entrevistador *no logra seguir* el hilo del discurso que resulta confuso. No debe confundirse con la incoherencia circunstancial de una persona que está ansiosa, que se vuelve coherente cuando está tranquila, o la incoherencia de un paciente con retraso mental, que también puede ser comprensible cuando se le hacen preguntas sencillas o se ocupa un lenguaje más concreto. En cambio, ante una pérdida de asociatividad del discurso este no se hace más comprensible por más esfuerzo que haga el entrevistador. Al contrario, el entrevistador

tiene la sensación de que, cuanto más intenta comprender lo que dice el paciente, parece volverse más y más confuso. En este trastorno, a la falta de asociación de ideas se agregan una serie de otros elementos del pensamiento que contribuyen todos a la confusión del sentido. Entre estos está la *metonimia* (uso aproximadamente correcto pero idiosincrático de palabras y frases normales, p.ej. “tengo mi vida seccionada” para referirse a contradicciones en la historia personal), *neologismos* (palabras novedosas inventadas por el paciente), *ecolalia* (repetición automática de una palabra que se oye), *pensamiento asindético* (falta de capacidad para escoger una respuesta precisa ante un problema, por lo que se dan varias respuestas de escaso rigor lógico; en lingüística, pensamiento asindético es el que omite los nexos entre palabras), *pararrespuestas* (respuestas completamente ajenas al tema de la pregunta), *estereotipia verbal* (repetición automática de palabras o frases absurdas, sin sentido, con rapidez). La pérdida de los lazos de la oración, más la presencia de todos (o algunos) de estos fenómenos se conoce como *pensamiento disgregado* (que se diferencia de la *incoherencia*, término reservado a un fenómeno similar pero con compromiso de conciencia) La disgregación del pensamiento es un signo valioso para el diagnóstico de esquizofrenia. No siempre es fácil distinguir con claridad entre un pensamiento disgregado y una fuga de ideas, pero ayuda la sensación de perplejidad que provoca el discurso disgregado en el entrevistador.

3. **Perseveración.** Repetición de un pensamiento (o de una acción) en forma persistente. Por ejemplo, el sujeto puede responder correctamente a la pregunta por la fecha, pero vuelve a responder la fecha ante otra pregunta. Es un signo característico de la demencia.

Delirio

Un **delirio** es una idea o creencia que se sostiene con fundamentos lógicos inadecuados y es defendida firmemente por el sujeto, no se corrige cuando se entregan argumentos racionales ni cuando se demuestra el error, y es extraña al ambiente cultural o al nivel educacional del sujeto.

El elemento fundamental del delirio no es su extrañeza, sino que se sostenga con fundamentos ilógicos, es decir, que se llegue a él a través de un *proceso de pensamiento anormal o ilógico*. Por ejemplo, un sujeto piensa que tiene una misión divina que cumplir en el mundo *porque* un amigo le regaló una Biblia. O un estudiante sostiene que están tramando algo en su contra *porque* tres mujeres se sentaron delante de él en una clase. En estos casos lo anormal no es tener una misión divina (un misionero podría decir lo mismo) o que tramen algo contra un sujeto (alguien puede temer que efectivamente quieran gastarle una broma), sino el modo en que se llega a esta convicción.

Delirio

Un delirio es:

- Una creencia firmemente sostenida cuyos fundamentos son inadecuados o ilógicos.
- Es incorregible con argumentos racionales o con la demostración de su error.
- No es una creencia convencional en el contexto cultural o educacional de la persona.

El hecho más importante del delirio no es su extrañeza, porque hay delirios que son ideas más bien cotidianas (como los celos o las preocupaciones financieras), **sino el modo anormal o ilógico de llegar a él.**

Es incorregible al no poder modificarse cuando se le presenta evidencia en contra, hecho que podría convencer a cualquier otra persona. Por ejemplo, un paciente que tiene el delirio de que su comida está envenenada, persistirá en su creencia a pesar de que otras personas prueben su comida sin problema. Esto sólo le indicará que pretenden engañarlo con alguna estratagema para que acepte comer y envenenarse.

Por otro lado, la intensidad de la creencia no basta para que sea considerada delirio, dado que muchos individuos tienen ideas muy intensas que no se alteran con evidencias que sí convencerían a otros. El ejemplo más claro son las ideas religiosas que pueden desafiar abundante evidencia en contra que sólo convencería a un no creyente.

No siempre los delirios son creencias falsas. Pueden ser ciertas o hacerse ciertas con el tiempo. Un sujeto puede tener el delirio de que su mujer le es infiel, sin tener ninguna prueba ni fundamento lógico. Pero su mujer puede serle realmente infiel. La idea es delirante no porque sea falsa, sino porque proviene de un pensamiento anormal. Esta aparente dificultad en la práctica rara vez provoca problemas.

El contenido de los delirios puede ser *posible o imposible*. Si bien las creencias delirantes suelen ser extrañas, es inadecuado asumir que una idea es delirante sólo por su rareza. Hay ideas que parecen extrañas (ej., que un familiar intenta envenenar al paciente), que puede resultar ser finalmente cierta (sugerencia: ver la película *Hombre mirando al sudeste*).

Los delirios suelen aparecer como una repentina convicción total, que se llama *certeza apodíctica* (apodíctico es un juicio convincente que no admite contradicción), pero también es frecuente que se desarrollen de manera gradual, como una idea de la que el paciente no está al comienzo totalmente convencido. Así también pueden desaparecer.

El delirio de un paciente no necesariamente afecta a todas sus áreas de funcionamiento mental. Es frecuente esta separación entre ideas, acciones y sentimientos. Un sujeto que cree ser víctima del asedio de los desconocidos, puede iniciar por sí mismo un contacto con alguien que no conoce, por ejemplo con otro paciente en el hospital, o con el personal médico.

Para Marconi, el delirio se ordena en un ámbito decreciente de compromiso de conciencia de realidad: juicios *deliriosos* en psicosis oneiriformes (es decir, psicosis con compromiso de conciencia, como las psicosis de origen psicógeno, alcohólico, y en general orgánicas); juicios *deliroides* en psicosis afectivas (depresión o manía); juicios cognitivos unitarios en las psicosis cognitivas unitarias (trastorno delirante), y juicios cognitivos escindidos en las psicosis escindidas (esquizofrenia). Estos últimos son los juicios *delirantes*. La proposición de Marconi proporciona una estructura para entender el delirio y la conciencia de realidad. En la literatura especializada, sin embargo, la clasificación es algo diferente, aunque no incompatible con la de Marconi (ver capítulo Trastornos Psicóticos).

Delirios primarios y secundarios. Un **delirio primario** (llamado también *idea delirante primaria*) aparece súbitamente, con total convicción (idea apodíctica; un juicio apodíctico es demostrativo, convincente y no admite contradicción), y en ausencia de otra alteración mental que pueda explicarlo. Por ejemplo, sin que existan cambios claros de estado de ánimo, o experiencias vitales extraordinarias (como una muerte de alguien querido, o presenciar un asesinato) o una enfermedad cerebral o somática. Esto es un juicio delirante escindido.

Hay algunos delirios primarios especiales. A veces ocurre un cambio brusco de humor y el paciente se siente amenazado, buscando entonces una explicación de la amenaza y desarrollando entonces un delirio de persecución. A este fenómeno se le conoce como **humor delirante**. Otro término especial se usa cuando un delirio comienza como una captación errónea del significado de algo percibido. Por ejemplo, un paciente puede convencerse de que una noticia anodina en televisión indica una severa amenaza a su vida. Este fenómeno a veces se conoce como **percepción delirante**. Un tercer término, **memoria delirante**, indica un delirio construido sobre hechos pasados reales pero con un significado alterado. Un paciente que cree que tratan de matarlo, recuerda un paseo en que un sujeto se le acercó para preguntarle algo, lo que él interpreta ahora como intento de asesinato que no resultó, pese a que en ese momento no fuera esa su idea.

El **delirio secundario** (a veces llamado *idea deliroides secundaria*, que es el juicio deliroides de Marconi) surge comprensiblemente de una experiencia anormal previa. Esta experiencia puede ser de varios tipos como:

- *estados de ánimo*: en la depresión son frecuentes los delirios de culpa, de ruina o de podredumbre;
- *alucinaciones*: al escuchar voces alucinadas, el sujeto desarrolla un delirio de persecución;
- *otro delirio*: por ejemplo, una persona con el delirio de ruina desarrolla un delirio de culpa por no poder mantener a su familia.

Diferencias semiológicas entre delirios primarios y secundarios	
Primario (idea delirante)	Secundario (idea deliroides)
No existe un claro fenómeno previo que pueda explicarlo.	Existe un fenómeno previo que puede explicarlo (ánimo, otro delirio, etc.)
Tienden a ocultarse en la intimidad.	Tienden a ser defendidas públicamente y a buscar prosélitos.
Sólo aparecen tras un interrogatorio dirigido.	Generalmente aparecen de manera espontánea en la entrevista.
No se las verifica en hechos cotidianos.	Tienden a ser continuamente verificadas con hechos reales.
No suelen transformarse en acciones concretas.	Tienden a transformarse en conductas activas.

Los delirios secundarios pueden generar una integración de otros delirios o alucinaciones, que resultan en un verdadero **sistema delirante**.

Desde el punto de vista semiológico, las ideas deliroides secundarias se diferencian de las ideas delirantes primarias porque estas últimas el sujeto tiende a ocultarlas más en la intimidad sin argumentarlas, no se las verifica continuamente en base a coincidencias u otros hechos y tienen menos tendencia a transformarse en conductas activas, sin una lucha a favor o en contra. Por lo general sólo se revelan con un interrogatorio dirigido. El sujeto con ideas deliroides tiende más bien a ser proselitista con su idea, es decir, parece importarle darla a conocer y conseguir adeptos “para su causa”.

Esta diferenciación a veces es muy relevante, porque con mayor frecuencia los delirios primarios se ven en la esquizofrenia, en cambio los delirios secundarios con gran frecuencia aparecen dentro o como consecuencia de un cuadro depresivo grave (depresión psicótica), y el tratamiento y pronóstico no son iguales.

• **Delirio confuso.** Por último hay que considerar las **ideas deliriosas** que surgen con conciencia alterada (psicosis oneiriformes para Marconi), sea esta de origen psicógeno (por ejemplo, después de una crisis biográfica importante), o médico (una enfermedad somática). En este ámbito destacan los delirios en pacientes alcohólicos. Este tipo de delirio es frecuentemente llamado *delirium*, y así se lo encuentra en la literatura anglosajona.

• **Delirios compartidos.** Quienes viven con un paciente saben que su pensamiento es anormal y casi siempre intentan disuadirlo de él. Pero en ocasiones un sujeto que vive con un paciente podría participar del delirio. Esto se conoce como delirio compartido o *folie à deux*, que suele disolverse cuando la persona se separa del paciente.

• **Temas delirantes.** Aunque los temas del delirio pueden ser infinitos y estar asociados a diferentes circunstancias del paciente, tanto de su vida privada como pública, hay sin embargo temas que se repiten. Algunos temas tienden a aparecer más con ciertos trastornos y pueden ser indicativos de estos.

Temas delirantes frecuentes

- Persecutorio (paranoide)
- De referencia
- De grandeza o megalomaniaco
- De culpa o inutilidad
- Nihilista
- Hipocondríaco
- Celotípico
- Erótico o sexual
- De control
- Religioso
- Basado en la posesión de pensamientos

• **Delirio de persecución o paranoide.** Consiste en una creencia en que alguien (sujetos u organizaciones, detectives, la CIA, fuerzas malignas, etc.) intenta dañar al paciente, sea a su salud física o mental, o a su vida, honra o prestigio. Al valorar este delirio debe tomarse en cuenta que culturalmente hay sujetos que aceptan como algo natural el daño a distancia dentro de las prácticas de brujería. El delirio paranoide es frecuente en la **esquizofrenia**, **estados orgánicos** y en **trastornos depresivos graves**. Una diferencia que a veces es llamativa, es que el esquizofrénico se siente ofendido por las acciones de sus perseguidores, mientras que el depresivo siente que el castigo es merecido por sus malas acciones.

• **Delirio de autorreferencia.** Acciones de otros, hechos u objetos, tienen un significado especial para el paciente. Por ejemplo, al ver un programa de televisión, el paciente cree que han dicho algo referido directamente a él, comentando su sexualidad o su honorabilidad. Suele darse en la **esquizofrenia** pero también en la **depresión**.

• **Delirio de posesión de pensamientos.** Un sujeto normal no tiene dudas de que lo que piensa le pertenece, y que sus pensamientos son estrictamente privados. De hecho, esto ni siquiera es un tema. Pero es frecuente que los pacientes creen que sus pensamientos no son propios, y se dan habitualmente tres situaciones: i) tienen la idea de que han sido impuestos por otros —*imposición de pensamientos*; ii) o que han sido robados —*robo de pensamientos*; iii) o que son conocidos por los demás por telepatía, o transmisión (como si fuera una emisora de radio) o de otras maneras —*emisión de pensamientos*. Esta forma de delirio es frecuente en la **esquizofrenia**.

• **Delirio megalomaniaco o de grandeza.** Creencia exagerada de la propia importancia: tener poderes, dinero, fama. Frecuente en la **manía**.

• **Delirio de culpa.** Se cree haber hecho algo vergonzoso, o haber cometido un pecado. El sujeto suele referirse a algún hecho de escasa trascendencia (como haber falseado la edad en un formulario de solicitud) y considerar que esto es un grave delito, o haber sentido en alguna época una atracción romántica por algún pariente, como una tía o prima lejana. Aparecen en trastornos **depresivos graves**.

• **Delirio nihilista o de inutilidad.** El paciente cree que perdió todo su dinero, o bienes, o su carrera, o se considera incapaz de mantener a su familia, o incluso que el mundo está por acabarse. Aparecen en los **trastornos depresivos graves**.

• **Delirio hipocondríaco.** Es la idea de estar enfermo a pesar de no tener ninguna enfermedad, y aunque los médicos le aseguren que está sano. Es más frecuente en personas algo mayores en que aparecen preocupaciones normales por la salud. Suele darse en la esquizofrenia y en los trastornos depresivos.

• **Delirio celotípico.** Tiene mayor incidencia en hombres y es una complicación frecuente del alcoholismo tardío. Podría ser peligroso para la pareja. Hay que diferenciarlo de un celo normal, aunque sea intenso. La celotipia alcohólica es un *delirio* y no una idea exagerada. Tiene por lo tanto todas las características de los delirios. Ante un paciente alcohólico con celos no se debe diagnosticar celotipia alcohólica a menos que cumpla los criterios de delirio.

• **Delirio erótico o sexual.** Ocurre con mayor frecuencia en mujeres y se refiere a una atracción romántica por un personaje público inaccesible (cantantes, actores, o un político).

• **Delirio de control.** Creer que se es controlado por entidades externas. Es frecuente en la **esquizofrenia**.

• **Delirios religiosos.** Hay delirios maníacos (como tener misiones que cumplir o poderes especiales); delirios de culpabilidad (como castigos por pecados cometidos). En todos los casos se requiere explorar si la idea es coherente con algún grupo religioso al que pertenezca el sujeto, por lo que no sería entonces un tema delirante.

Ideas sobrevaloradas

Una **idea sobrevalorada** es una *creencia única o aislada que mantiene un sujeto, defendiéndola con fuerza, pero, a diferencia del delirio, surge de un proceso mental normal*. Por ejemplo, a varios amigos de un individuo se les diagnostica cáncer en un breve período de tiempo y este desarrolla la idea de que el cáncer es contagioso y evita todo contacto con sus amigos, aún cuando se le asegure que el contagio no es posible. Una idea sobrevalorada puede considerarse una absolutización de una idea aceptada por el grupo cultural de pertenencia del sujeto, en el que no se acepta el punto de vista contrario. No siempre es fácil diferenciar una idea sobrevalorada de un delirio, dado que los dos pueden ser defendidos con igual vehemencia por el sujeto. En este caso la única distinción es la exploración del

clínico y su propio juicio acerca de cómo se formó la idea, aunque en la práctica raramente es una gran dificultad.

Síntomas obsesivos y compulsivos

Obsesiones. Las obsesiones son *pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes que el sujeto experimenta como intrusiones en su mente en contra de su voluntad, y a pesar de los esfuerzos por evitarlos*. La característica central de las obsesiones, y que las diferencia de un delirio, es la resistencia del sujeto y la sensación de lucha interna contra ellas, a pesar de que siente que son producidas por su propia mente y no son ajenas, dándose cuenta además que son ridículas, o absurdas. El sujeto siente vergüenza de contarle a otras personas. Las obsesiones por lo general son ideas que el sujeto encuentra angustiosas o desagradables.

En las obsesiones que persisten por largo tiempo la resistencia podría debilitarse y volverla más parecida a un delirio. Es raro, en todo caso, que se llegue a esta situación antes de haber hecho el diagnóstico.

Las obsesiones deben *distinguirse de*:

1. Preocupaciones corrientes.
2. Preocupaciones intrusivas en un paciente ansioso o depresivo.
3. Pensamientos e imágenes recurrentes asociadas a trastornos de preferencia sexual.
4. Pensamientos e imágenes recurrentes vinculadas con adicción a sustancias (son frecuentes cuando el sujeto no tiene a mano la sustancia que suele consumir).
5. Delirios.

Sin embargo, en estos casos los pacientes no sienten que estas ideas sean irracionales ni se resisten a ellas, a pesar de ser desagradables o angustiosas. En general estos fenómenos son vivenciados como algo más o menos normal por el individuo, y por eso se les llama *egosintónicos*. Los síntomas obsesivos, en cambio, son *egodistónicos*. Aún cuando los síntomas obsesivos constituyen el núcleo del **trastorno obsesivo compulsivo**, también pueden aparecer en otros trastornos, sobre todo en los cuadros ansiosos y depresivos.

Tipos de síntomas obsesivos

Las obsesiones pueden aparecer de varias formas:

- **Pensamientos obsesivos.** Son palabras o, incluso, frases enteras, de carácter obsceno o blasfemias, o pensamientos acerca de hechos angustiosos, como la contaminación de las manos.
- **Rumiaciones obsesivas.** Es lo mismo sólo que se trata de temas completos (ej., sobre algún desastre natural).
- **Dudas obsesivas.** El sujeto siente la incertidumbre acerca de si realizó o no una acción previa (típicamente haber cerrado las llaves del gas o la electricidad y con esto provocar algún desastre).
- **Impulsos obsesivos.** El sujeto siente el impulso de realizar una acción peligrosa (saltar desde una altura), o agresiva (apuñalar a un familiar) o vergonzosa (gritar

alguna obscenidad en una ceremonia). El sujeto se da cuenta de lo absurdo de su impulso y no quiere realizarlo. También esto lo diferencia del delirio.

Contenido de los pensamientos obsesivos. Por algún motivo no conocido los temas obsesivos se agrupan en seis categorías.

1. **suciedad y contaminación;** por ejemplo, tener las manos contaminadas con bacterias;
2. **acciones agresivas;** por ejemplo, hacer daño a otro, o gritarle de modo agresivo;
3. **orden;** por ejemplo, colocar las cosas de una determinada manera;
4. **enfermedad;** por ejemplo, tener cáncer, o llegar a una enfermedad grave por contaminación de las manos;
5. **sexo;** pensamientos o imágenes de acciones que la persona encuentra desagradables; y
6. **religión;** por ejemplo, pensamientos blasfemos, o dudas sobre Dios o sobre las prácticas de la propia religión.

Compulsiones. Las compulsiones son *acciones estereotipadas, repetitivas, y aparentemente voluntarias, que la persona siente una imperiosa necesidad de llevar a cabo aún cuando se resiste, y reconoce que son irracionales*. Las compulsiones también se conocen como *rituales compulsivos*. Las compulsiones se consideran el componente conductual de las obsesiones y están asociados a ellas. A veces son bastante lógicas, como lavarse las manos cuando se cree estar contaminado, pero otras veces no son tan lógicas.

Por lo general, la acción compulsiva genera alivio de la ansiedad de manera inmediata, aunque su repetición sólo ayuda a mantener indefinidamente el problema a largo plazo. De hecho, un buen tratamiento es precisamente privar a la persona de la repetición compulsiva. Es muy

dudas obsesivas acerca de si se realizó o no la acción, llevando al sujeto a repetir una y otra vez la misma acción, casi siempre con el mismo resultado, prolongando con enorme angustia la situación incluso por horas. Por este motivo los pacientes pueden llegar a tener una vida bastante limitada.

Hay cuatro conductas compulsivas frecuentes:

1. comprobación de seguridad, (ej. comprobar repetidas veces que se apagó la cocina, aún sabiendo que se acaba de hacer);
2. lavado (ej. lavarse las manos o limpiar la casa de forma repetida);
3. cálculo y contabilidad (contar hasta un determinado número, o contar objetos en la calle) y
4. vestido (las prendas de vestir deben ponerse o quitarse de una forma determinada).

Despersonalización y desrealización

Estos síntomas son más difíciles de comprender que la ansiedad o la depresión, ya que raramente son experimentados por las personas sanas.

Despersonalización. (Despersonalización autopsíquica). Experiencia de ser irreal, o estar separado del entorno o ser incapaz de experimentar emociones. Un sentimiento de extrañeza de sí mismo, sentirse diferente, cambiado, vacío. La persona puede sentirse “como muerta” o ser espectador de su propia actividad, como “estar dentro de una burbuja”. Hay una pérdida del sentido de la propia identidad. La pérdida de las respuestas emocionales puede ser muy angustiada.

Desrealización. (Despersonalización alopsíquica). Experiencia similar a la despersonalización, pero se refiere a experimentar extraño el entorno, personas como sin vida, perdiendo los objetos sus significados emotivos, percibiéndolos lejanos y poco reales. Ambas experiencias pueden ocurrir en una persona sana en situaciones especiales, como extremo agotamiento, y pueden darse en varias patologías psiquiátricas (trastornos de personalidad, esquizofrenia, trastornos ansiosos, depresión), o en epilepsia temporal.

Síntomas y signos motores

Dada la necesaria unidad entre pensamiento y cuerpo, en los trastornos mentales aparecen alteraciones motoras variadas.

Hay alteraciones motoras (o psicomotoras, dado que siempre se acompañan de síntomas psíquicos) que suelen aparecer en la esquizofrenia, conocidas en general como **síntomas catatónicos**. Entre los **síntomas catatónicos** se encuentran las **estereotipias de movimiento** (conductas repetitivas sin sentido aparente), **de actitud** (adoptar siempre la misma postura), **de lugar** (conducta que siempre ocurre en el mismo sitio), los **manierismos** (conductas repetitivas en las que el observador puede encontrar un sentido). Un síntoma catatónico frecuente en los

Síntomas obsesivos y compulsivos

Obsesiones

- pensamientos
- rumiaciones
- dudas
- impulsos
- fobias

Compulsiones (rituales)

- comprobación
- lavado
- cálculo
- vestido

frecuente que la acción compulsiva se acompañe luego de

esquizofrénicos es la **flexibilidad cética**, en que el paciente no se resiste a los movimientos pasivos (como si fuera un muñeco de cera), por el contrario los continúa con el más pequeño estímulo (**imantación**, porque actúa como “imantado” por el examinador).

En un grado extremo un síntoma catatónico puede llegar hasta el **estupor catatónico**, en que el paciente está vigil pero con rigidez motora y no responde a estímulos.

Existen otros dos tipos de estupor: **estupor depresivo** (cuyo origen es un cuadro depresivo grave), y **estupor psicógeno** (que tiene en su origen un acontecimiento grave en la vida de un sujeto, p.ej. la muerte de un ser querido, una ruptura sentimental, un hecho violento en el que se haya participado; estos pacientes suelen tener alguna forma de trastorno de personalidad) (ver Estados Confusionales Agudos).

Las tres formas estuporosas son muy similares en su presentación: se trata siempre de un paciente vigil, que observa el ambiente con expresión de perplejidad, con casi nulos movimientos, que casi no responde a estímulos corrientes (tal vez responda a estímulos dolorosos, como la presión sobre el trapecio). Para diferenciarlos se requiere necesariamente la entrevista con un familiar o con alguien que conozca la historia reciente del paciente.

Otros signos motores

Los **tics** son *movimientos irregulares y repetitivos que afectan grupos musculares*, como inclinar la cabeza.

Los **movimientos coreiformes** son *movimientos breves y coordinados pero involuntarios*, aparecen como muecas faciales o movimientos de extremidades.

La **distonía** es un *espasmo muscular*; suele ser doloroso y obliga a adoptar posturas extrañas. Suele ser consecuencia del uso de neurolepticos.

Alteraciones de la memoria

La memoria es un fenómeno complejo. El siguiente esquema de tres tipos de memoria no es algo completamente aceptado, pero resulta útil para la clínica.

Memoria inmediata. Memoria muy breve (0,5 seg) que permite la continuidad de las percepciones. Suele denominarse memoria de trabajo.

Memoria de corto plazo. Su persistencia es mayor (unos 20 segundos) y permite el aprendizaje.

Memoria de largo plazo. Recibe información selectiva para almacenamiento a largo plazo. Hay diferentes maneras de organizarla: por consonancia o por estructura semántica. Depende mucho de los estados afectivos. La memoria de largo plazo puede distinguirse también en memoria episódica (de episodios o acontecimientos) y memoria semántica (palabras y significados).

Hay varias maneras de describir las alteraciones de la memoria:

Amnesia anterógrada. Se llama así a la carencia de memoria de hechos entre una pérdida de conciencia y su recuperación total (por ejemplo, luego de una crisis epiléptica).

Amnesia retrógrada. Se trata de la pérdida de memoria de hechos previos a un período de inconciencia. Es frecuente en los traumatismos encefalocraneales y en la terapia electroconvulsiva.

Déjà vu y jamais vu. Es la vivencia de familiaridad con un acontecimiento que no se ha vivido antes, o, al contrario, de no haberlo vivido nunca pese a ser algo cotidiano. Aparecen en trastornos neurológicos.

Confabulación. El paciente relata un acontecimiento que nunca ha ocurrido como algo verdaderamente vivido, con lo que rellena lagunas de memoria. Se presenta con frecuencia en trastornos demenciales. Se puede explorar preguntando al paciente si se ha tenido algún encuentro previo (“nosotros, ¿nos conocemos?”). El paciente que confabula contesta que sí, a pesar de no ser cierto.

Alteraciones de la conciencia

Podríamos definir la conciencia como la actividad mental que permite darse cuenta del mundo exterior e interior. O, en otras palabras, ser espectador del propio ser (saber que uno sabe quién es), saber dónde se encuentra espacial y temporalmente, saber y dar cuenta del transcurso temporal y dar cuenta de las vivencias interiores y estímulos del ambiente. Los internistas suelen denominarlo *sensorio*.

Al explorar la conciencia conviene distinguir entre alteraciones cuantitativas (de la *intensidad* de la conciencia u *obnubilación*) y alteraciones cualitativas (del *campo* de conciencia).

Alteraciones de la intensidad de la conciencia

Un embotamiento del sensorio con menoscabo franco de la función de alerta a cualquier clase de estímulos constituye la obnubilación. El grado discreto de obnubilación se llama embotamiento que luego progresa a somnolencia, sopor y coma (ver capítulo de Estados Confusionales Agudos), donde sólo persisten funciones vegetativas. El sujeto está en una especie de sueño del que no puede ser despertado. Si se le estimula y abre los ojos con alguna respuesta motora, se habla de **coma vigil**. Si no lo hace o sólo hay respuesta motora a estímulos violentos, se habla de **coma carus**.

Alteraciones del campo de la conciencia

Estado crepuscular. Se trata de un estrechamiento tubular de la conciencia que deja relativamente indemne un pequeño campo que permite al paciente comportarse de modo aparentemente normal. Puede parecer normal a un simple observador. Los estados crepusculares comienzan y terminan súbitamente, pueden durar horas o semanas, y no dejan recuerdo de lo sucedido mientras duran. Son frecuentes en sujetos con trastornos de personalidad, pero

también ocurren en pacientes epilépticos y oligofrénicos. El estado crepuscular puede derivar hacia un estupor.

Estupor. Se refiere a un estado en el que la persona está mutista, inmóvil y no reacciona, pero aparenta estar conciente ya que tiene los ojos abiertos y sigue los objetos externos. (Este es su uso en psiquiatría; en neurología este término suele implicar un grado de deterioro de la conciencia) (véase más atrás)

Confusión o enturbiamiento de conciencia. Se refiere a una alteración de la conciencia vigil con alucinaciones, delirios y ansiedad. Suele utilizarse el término *delirium* para definir este síndrome (ver capítulo de Estados Confusionales Agudos).

Alteraciones de la atención y de la concentración

La *atención* se define como capacidad para enfocar la conciencia e interés a un asunto determinado. La *concentración* es la capacidad de mantener este enfoque. La atención y concentración permiten registrar los cambios ambientales significativos para el sujeto. Gran variedad de trastornos pueden presentar una alteración en cualquiera de estas. Con mayor frecuencia en la ansiedad, depresión, esquizofrenia y trastornos orgánicos. Evaluar atención y concentración permite valorar la incapacidad del paciente.

Alteraciones de la orientación

La orientación es la capacidad de dar cuenta del lugar y del tiempo en el que se está viviendo, así como de sí mismo (orientación **autopsíquica**) y de los demás (orientación **alopsíquica**). Por último, la orientación respecto al propio cuerpo se denomina **somatopsíquica**.

Introspección

La palabra introspección ha tenido significados más o menos diversos, pero en psiquiatría la **introspección** (o *insight*) significa *darse cuenta de la propia condición mental*. La introspección no es una cualidad binaria, que se tiene o no se tiene, sino que es una capacidad que se extiende en un continuo, con varios grados. Podemos entenderla mejor considerando varios criterios:

1. Lo primero es tener conciencia de que uno presenta fenómenos que *otros* consideran anormales (por ejemplo, estar muy inquieto o exaltado).
2. En seguida se requiere reconocer que estos fenómenos en realidad son anormales.
3. Un nivel mayor es aceptar que estos fenómenos anormales están causados por una enfermedad propia de la mente (y no, por ejemplo, por acciones a distancia de una oscura organización que quiere dañar al paciente).
4. Por último, se requiere tener conciencia de que es necesario tratarse y pedir ayuda.

La introspección suele ser peor en los pacientes psicóticos. Un esquizofrénico que tiene pseudoalucina-

ciones o un delirio, probablemente (sobre todo en un primer brote) no va a aceptar que se trata de algo anormal, y menos de que se trata de una enfermedad que necesita tratamiento. Los pacientes depresivos en general logran tener una introspección mayor, pero no siempre.

Evaluar y considerar la introspección es sobre todo relevante para planificar el abordaje terapéutico, especialmente si se piensa en la colaboración que dará el paciente. En un paciente paranoide que sabe que lo están persiguiendo o tratando de dañar, será difícil que tome una medicación justamente por eso. En cambio, podría ser más sencillo que aceptara una medicación para disminuir su angustia (que por lo general es importante), o bien para mejorar su sueño.

Con el tiempo y el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, muchos pacientes psicóticos llegan a tener un *insight* bastante adecuado y son capaces, incluso, de darse cuenta cuándo tienen que consultar porque advierten la aparición de fenómenos psicóticos. Naturalmente que esto mejora su pronóstico.

*Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.
Campus Sur.
Universidad de Chile.
Apuntes para uso exclusivo de docencia.
Redacción de Juan M. Pérez F.
2008*