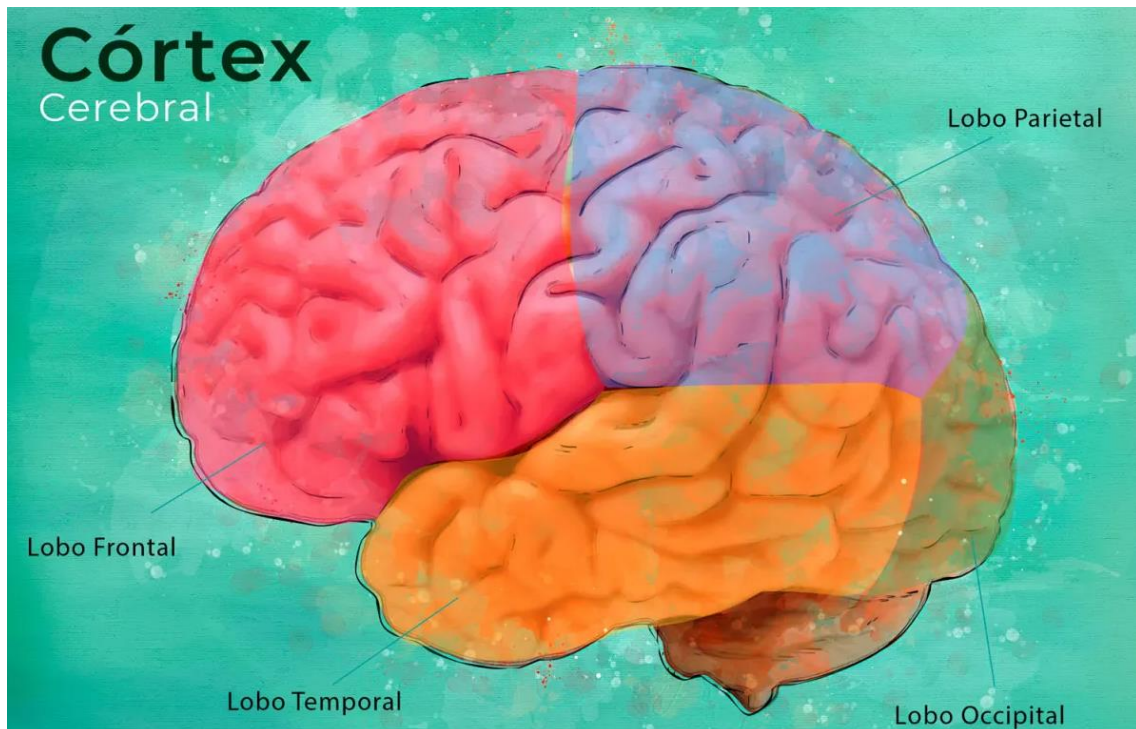


INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA GENERAL SEGÚN LOS CRITERIOS PATOGENÉTICOS DE ANÍBAL SILVEIRA

Roberto Fasano Neto



A mi querida madre
Gran compañera y animadora.
Cuya reciente ausencia dejó un gran vacío
Pero cuyo ejemplo y tenacidad me animan a buscar ser un mejor ser humano.

Agradecimientos:

Mi enorme agradecimiento a la Prof. Lucía Coelho, gran asesora y animadora, con quien, sobre todo, tengo el privilegio de disfrutar de la amistad. Sin su apoyo y guía este trabajo no hubiera sido posible.

Mi agradecimiento a mi hermana Silvana Fazzani, quien pacientemente estuvo dispuesta a revisar conmigo todo el texto, cediendo parte de su tiempo con su familia para ayudarme en esta empresa. Su apoyo me ayudó a superar mis dificultades de firmeza para realizar este trabajo en una fase en la que no me sentía capaz de superarlas.

Índice de capítulos

Dedicación	3
Agradecimientos	3
Prólogo – Prof. Dra. Lucía Salvia Coelho	10
Capítulo I - Introducción	12
1. Presentación de la propuesta de Manual. Aspectos generales. Definición de psiquiatría, psicopatología, psicología patológica o anormal	12
2. Conclusiones parciales	17
3. Funcionamiento mental normal y clasificación genérica de los trastornos mentales	21
4. Factores fundamentales en la expresión de las enfermedades mentales.	26
5. Constitución, rasgos y biotipo	30
6. Otros aspectos significativos de la concepción psiquiátrica de Aníbal Silveira	36
Capítulo II - El criterio patogénico	45
1. Semiología psiquiátrica	45
2. Características de la personalidad que son esenciales para que los psiquiatras desarrollen su práctica profesional	50
3. ¿Qué es el criterio patogénico en la orientación de Aníbal Silveira?	53
3.1. La correlación de los trastornos psíquicos con los cambios cerebrales	54
3.2. La concepción de Karl Kleist y su influencia en la orientación de Silveira	57
3.3. La correlación de los trastornos psíquicos con funciones neurofisiológicas correspondientes: estímulo y regencia en la dinámica cerebral	71
3.3.1. Nivel metabólico y su regencia	71
3.3.2. Nivel neurológico	78
3.3.3. Nivel psíquico o subjetivo	80
3.4. La aplicación de la teoría de la personalidad en un sentido preciso, para comprender la dinámica de estas alteraciones.	86
3.5. Análisis integral de síntomas y signos, a través del conocimiento de la dinámica psicológica y su sustrato, el cerebro.	89
3.6. La visión sistemática de las condiciones clínicas a la luz del estudio de la confluencia entre la genética y el medio ambiente.	90
4. Investigaciones actuales relacionadas con la Genética y la Psiquiatría	96
Capítulo III - Modalidades de diagnóstico en Psiquiatría. Síntoma, síndrome, cuadro clínico, diagnóstico nosológico. Visión general de las condiciones mórbidas.	108
1. Importancia del diagnóstico en Psiquiatría y sus modalidades	

ausencia de fabulaciones, concepciones delirantes y su análisis.	172 176
13. Evaluación de la expresión verbal, mímica y gráfica	
14. Evaluación de la actividad e iniciativa explícita en el ambiente actual.	178
Capítulo VI - Síndromes Psiquiátricos	181
1. Concepto de síndrome psiquiátrico y crítica del concepto más utilizado	181
2. Clasificación de los Síndromes Psiquiátricos:	181
2.1. Síndrome de confusión mental	181
2.2. Síndrome de disgregación psíquico	185
2.3. Síndrome de deficiencia de Iniciativa	190
2.4. Síndrome depresivo	193
2.5. Síndrome de excitación psíquica	195
2.6. Síndrome de deficiencia Mental	196
2.7. Síndrome de perversión instintiva	198
2.8. Síndrome convulsivo	199
2.9. Síndrome de deterioro parcial de la personalidad	199
2.10. Síndrome de demencia	200
3. Síndromes de localización:	201
3.1. Síndrome del lóbulo frontal	202
3.2. Manifestaciones clínicas de las lesiones del lóbulo parietotemporal	203
3.3. Manifestaciones clínicas de las lesiones parietooccipital	203
3.4. Síntomas del lóbulo frontal como rebote	204
4. Otros síndromes psiquiátricos	204
4.1. Síndrome de Korsakoff	204
4.2. Síndrome de Automatismo Mental de Clérambault	205
5. Complejos sintomáticos descritos por Kleist	205
Glosario	208
Referencias bibliográficas	221

Índice de Esquemas, Figuras y Tablas presentados a lo largo del texto

Número	Esquemas Denominación	Página
1	Escuelas psiquiátricas contemporáneas. En trazos interrumpidos la orientación que adoptamos (Aníbal Silveira)	14
2	Distribución estadística de los trastornos mentales y de los individuos normales, según Luxemburguer	26
3	Relación entre mundo interno y externo, genotipo, citoplasma y ambiente, según Luxemburguer	27
4	Comportamiento y rasgos, adaptado de Luxemburguer por Aníbal Silveira	29

5	Esferas de personalidad y procesos mentales complejos (Aníbal Silveira)	39
6	Primer nivel de integración de la personalidad: predominio del plano instintivo (límite del fenómeno biológico y psicológico) (Lucia Coelho)	42
7	Segundo nivel de integración de la personalidad: predominio del plano interpersonal (límite del fenómeno social y psicológico) (Lucia Coelho)	43
8	Estructura de dinámica de la personalidad (Lucía Coelho)	44
9	Evolución de la Horme Individual. Esquema de von Monakow y Mourgue (adaptado por Aníbal Silveira)	49
10	Estímulo y regencia en la dinámica del Encéfalo (Aníbal Silveira)	85
11	Clasificación de grupos de trastornos mentales a partir del Ciclo Heredológico (basado en Aníbal Silveira)	94
12	Clasificación de la esquizofrenia en cuanto a configuración, cuadro clínico y patogenia (Aníbal Silveira)	116
13	Clasificación de los trastornos mentales (en forma sucinta), con base en el Ciclo Heredológico - simplificación del esquema número 11 (Aníbal Silveira)	122
14	Clínica de Semiología y Psiquiatría (Aníbal Silveira)	136
15	Anamnesis Psiquiátrica (Aníbal Silveira)	138
16	Ejemplo de algoritmo: orientación para el tratamiento de la esquizofrenia	209

Figuras		
Número	Denominación	Página
1	Distribución de enfermedades mentales según influencias de los polos “ambiente” / “disposición”, adaptado de Luxemburger por Aníbal Silveira	28
2	Ubicación de funciones en la corteza cerebral, según Kleist (convexidad del cerebro humano, hemisferio izquierdo). La división topográfica del esquema se basa, casi en su totalidad, en el mapa histológico de Brodmann (Karl Kleist)	59
3	Ubicación de funciones en la corteza cerebral, según Kleist (cara interna del hemisferio derecho). Mismo marcaje de los campos arquitectónicos que en la figura anterior (Utilizamos las expresiones personalidad somática para traducir Körper-Ich y noción de sí mismo para Eigen Erleben). (Karl Kleist)	60
4	Correlaciones córtico-corticales en monos según neuronografía fisiológica. Las flechas indican la dirección de los efectos electrocorticográficos obtenidos a partir de la estricnización local de	

	determinadas zonas (numeración según Brodmann).	82
5	Conexiones neurofisiológicas de la corteza del chimpancé (hemisferio izquierdo). Esquema basado en datos de Dusser de Barenne et al, utilizando neuronografía fisiológica.	83
6	Convergencia de zonas inhibitorias al giro cingulado en el chimpancé. Diagrama de datos obtenidos a través de neuronografía fisiológica (hemisferio derecho).	83

Tablas

Número	Denominación	Página
1	Tipos constitucionales, según Viola, Kraetschmer, Jaensch y Sheldon	33
2	Características físicas de los tipos constitucionales de Sheldon	34
3	Rasgos de personalidad según los tipos constitucionales de Sheldon	35
4	Escalas de personalidad según Karl Kleist	61
5	Personalidad subjetiva y personalidad somática (Karl Kleist)	62
6	Aspectos motores y sensoriales de las escalas de personalidad (Karl Kleist)	62
7	Esferas sensoriales y zonas motoras, sensoriales y psíquicas. Ubicaciones (Karl Kleist)	63
8	Trastornos frontales según Karl Kleist	64
9	Apraxias y Afasias, según Karl Kleist	66
10	Trastornos psicomotores y miostáticos (propios y ajenos al yo) (Kleist)	69
11	Trastornos psicomotores y miostáticos correlacionados con el tronco encefálico (Karl Kleist)	70
12	Funciones afectivas de la personalidad (esquema basado en Lucia Coelho)	87
13	Funciones conativas de la personalidad (esquema basado en Lucia Coelho)	87
14	Funciones intelectuales de la personalidad (esquema basado en Lucia Coelho)	88
15	Loci genéticos probablemente involucrados en diferentes enfermedades mentales endógenas (síntesis de varios trabajos publicados)	100
16	Aspectos generales de Karl Kleist y su obra principal (Gehirnpathologie)	101
17	Principales conceptos y ejes de la construcción del Plan Estructural y funcional del cerebro, creado y utilizado por Kleist (principalmente presentado en Gehirnpathologie, pero ya presente en trabajos anteriores del autor)	101

18	Oposición entre corteza y tronco encefálico (Karl Kleist)	101
19	Funciones psíquicas y tronco encefálico: niveles de integración de funciones y síntomas correlacionados (basado en una conferencia de Karl Kleist)	102
20	“Psiquismo infracortical” (Infrakortikale Seele)	106
21	“Psiquismo cortical” (Estructuración psicobiológica de la personalidad)	106
22	Escalas de personalidad y sus aspectos motores y señoriales. El temperamento y su correlación con los niveles o escalas de personalidad.	106
23	Esferas sensoriales y sus ubicaciones corticales.	107
24	Guión para examen psíquico	157
25	El Examen Psíquico (lista simplificada de pasos necesarios)	180

PROLOGO

Tengo el agrado de escribir este prefacio al libro *“Introducción a la psicopatología general según el criterio patogenético de Aníbal Silveira”*, no sólo por la estima que tengo por su autor, sino también por la importancia, y hasta la urgencia, de publicar textos como éste, que, de forma clara y objetiva, transmite conocimientos que van mucho más allá de la descripción de los trastornos mentales, al adoptar una perspectiva más amplia y multidisciplinar de los procesos psíquicos. Esta visión humanista va más allá de las descripciones superficiales adoptadas por la psiquiatría actual, en las que la prevención y la reinserción autónoma en el medio social son aspectos que han sido descuidados, con predominio del enfoque pragmático y reduccionista y su “lógica del equilibrio”.

La mirada crítica del autor, sus aportes personales y el conocimiento sobre el psiquismo humano, normal y patológico, a partir del modelo del científico brasileño Aníbal Silveira, permitieron construir una visión clara y panorámica de los factores que intervienen en los diferentes síntomas de la enfermedad mental, y de las claves conceptuales que guían su clasificación. La exposición didáctica del criterio nosológico adoptado para la clasificación de los distintos tipos de trastornos psíquicos; la amplia referencia a diferentes tipos de examen de los procesos mentales, las pertinentes consideraciones sobre las consecuencias de la enfermedad mental dieron a su libro un carácter innovador e indispensable para la práctica clínica.

De hecho, en este libro la distribución de los temas principales en seis capítulos, con sus respectivas divisiones, ya revela el procedimiento metódico y racional adoptado por el autor a la hora de exponer sus ideas y enseñanzas. Asocia la claridad de su exposición a las reglas para explorar problemas fundamentales que afectan la existencia humana, sin por ello profundizar en ellos, pues su objetivo es únicamente introducir al lector en un vasto campo de conocimiento, centrando su interés, sobre todo, en orientaciones prácticas para una intervención lúcida y coherente en los trastornos mentales, tal como se presentan a cada paciente: esta es una introducción a la Psicopatología.

En este caso, a través de la transmisión de enseñanzas técnicas y narraciones de casos clínicos, el autor plantea interrogantes y expone conceptos teóricos sobre las distintas modalidades diagnósticas: criterios patogénicos, la particularidad de la dinámica de la personalidad en distintas manifestaciones sintomáticas. Menciona la obra de Paulo Palladini sobre Patogénesis: una introducción al pensamiento de Aníbal Silveira (Terceira Margem, 2010) – que en ese sentido complementa este libro.

En el primer capítulo, Fasano Neto delimita el campo de conocimiento que engloba los fenómenos psíquicos y los fundamentos

teóricos que orientan su exposición, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, genéticos, socioculturales y psicológicos de los fenómenos aquí estudiados.

Roberto Fasano, psiquiatra y maestro en psicología social, siempre orientó su carrera por los métodos y principios del modelo teórico elaborado por Silveira, conocimientos que adquirió en el campo de la psicología. Su experiencia clínica en psiquiatría es inmensa, habiendo trabajado durante años en el Hospital Franco da Rocha, supervisado por psiquiatras y neurólogos que son expertos notables en la teoría de Silveira. Además de realizar investigaciones, impartió cursos de psicopatología a jóvenes residentes de psiquiatría y estudiantes más avanzados de la facultad de psicología. Sólo alguien con su experiencia clínica y conocimientos actuales en el campo de las ciencias biológicas y humanas podría componer un libro a la vez didáctico y estimulante, al analizar cuestiones prácticas de carácter clínico, pero también de carácter más complejo sobre la naturaleza humana.

El valor de este libro debe ser enfatizado en este momento en que el pragmatismo precipitado ha impedido una reflexión más detallada sobre la existencia humana y sus vicisitudes en el campo de la enfermedad mental, ignorando los procedimientos científicos para el análisis experimental de los procesos psíquicos. Constituye una notable contribución al desarrollo de la psiquiatría y de la psicología actual.

Lucía Salvia Coelho

Capítulo I

Introducción

1. Presentación de la propuesta del Manual. Aspectos generales. Definición de Psiquiatría, Psicopatología, Psicología Patológica o Anormal.

Un Manual de Psicopatología debe comenzar con una discusión sobre lo que es normal y lo que es patológico, sobre el concepto de normal en Psiquiatría y sobre la cuestión de la singularidad y diversidad del comportamiento humano. Sin embargo, en este Manual no nos detendremos en estos aspectos, aunque fundamentales. Para quien desee profundizar un poco más en el tema y comprender cómo la Escuela de Aníbal Silveira considera estos aspectos, recomendamos el volumen I del libro *Dinámica psíquica y actividad cerebral: la construcción de un modelo teórico de la personalidad*, de la Prof. Lucia Coelho. En este trabajo, el autor presenta las concepciones de Silveira sobre la Psicología, que para esta orientación es la base normal de los fenómenos patológicos que pretendemos discutir en este Manual.

La concepción de Aníbal Silveira y su construcción sobre la Psicopatología se basa en un modelo psicológico de la personalidad y en la búsqueda de la correlación de las funciones psíquicas y sus alteraciones, también con la neuropsicología. A su concepción psiquiátrica la denominamos Psicopatología basada en la patogenia. Si bien esta orientación no es la única que busca ordenar el conocimiento de la Psicopatología desde el punto de vista de la patogenia, a nuestro juicio es la orientación que lo hace de la forma más completa y original. Intentaremos aclarar un poco más estos aspectos y su significado. Después de todo, ¿qué es la Psicopatología basada en patogénesis o Psicopatología Patogenética?

Antes de detenernos en la Psicopatología, es importante que presentemos cómo definimos Psiquiatría, Psicopatología, Psicología y Psicología Patológica. Estas definiciones son importantes para que no ocurra confusión durante nuestra exposición adicional.

Silveira, en una de sus clases, discute con más detalle los fundamentos de su concepción y, entre ellos, cómo considera y articula el criterio patogenético. Inicialmente, al definir a la Psiquiatría, la considera como una actividad esencialmente médica (especialidad), que utiliza un enfoque multidisciplinario, visando la reinserción de las personas afectadas por trastornos mentales a la sociedad, con base en la genética humana. Él lo define así porque hay varios aspectos que necesariamente están involucrados en el concepto de Psiquiatría y esta apunta no solo al tratamiento de pacientes con alteraciones mentales o con condiciones anormales de comportamiento, sino que apunta principalmente a la prevención primaria, basada en la epidemiología. Y, sin embargo, discutiendo el concepto de Psiquiatría, afirma al considerar los conceptos de Psiquiatría Clínica y Psiquiatría Social, que la expresión Psiquiatría Social sería un pleonasma ya que toda Psiquiatría es social y relacionada con la epidemiología, y, en este caso, la epidemiología

psiquiátrica. De esta forma, el concepto de sociedad está necesariamente implicado en el concepto de psiquiatría. La Psiquiatría Clínica, en cambio, sería sólo un aspecto particular de la psiquiatría, mientras que la Psiquiatría Social se ocuparía, además de la Epidemiología y las medidas preventivas (Medicina Preventiva) e incluiría la llamada Etnopsiquiatría, que, en sentido estricto, trata temas relacionados con la relación entre Cultura y enfermedad mental. Por tanto, no hay distinción entre un aspecto y otro excepto en la forma de aplicar los conocimientos en psiquiatría.

Reconoce que el individuo es solo un momento en la sociedad y no solo en la sociedad actual, sino en la sociedad como expresión de la evolución humana desde sus inicios como especie productora de cultura. Así, afirma que tenemos que reconocer que los factores sociales, culturales y antropológicos influyen en el individuo, el individuo es el punto singular de convergencia de todos estos factores. Y cuando el objetivo es tratar al paciente, se trata al individuo. Por lo tanto, es fundamental tener una apreciación del individuo que abarque todos los aspectos, no solo la dinámica mental.

Podemos ver en esta definición cuánto consideró importante Silveira la función de prevención, siendo este el objetivo principal de la psiquiatría, ya que solo así se podría evitar una mayor intervención encaminada al tratamiento y reinserción de un individuo, cuando la enfermedad ya esté manifiesta. En estos casos, la eficacia de la intervención disminuye con el tiempo y el mayor deterioro de la vida psíquica del sujeto.

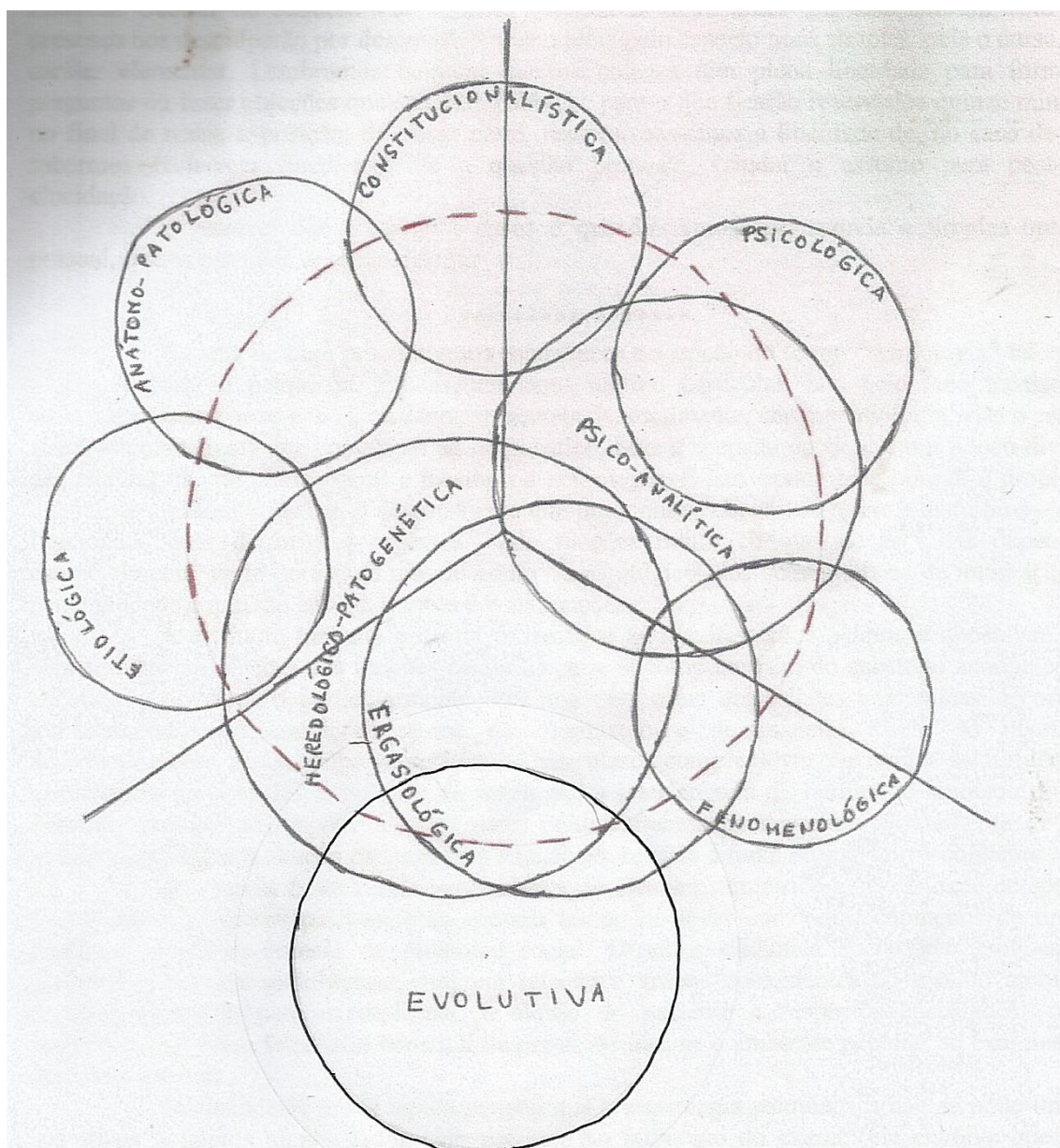
El mismo Aníbal Silveira definió su concepción como la de un eclecticismo dirigido, basado en la orientación positivista de Augusto Comte. Reunió los conocimientos de la psiquiatría contemporánea a su época de forma original. Citó como escuelas fundamentales a su concepción: la etiológica, la anatomopatológica, la constitucionalista, la psicológica, la fenomenológica y, principalmente, la psicoanalítica, la heredológica-patogenética y la ergasiológica. No se trata de un eclecticismo ingenuo, sino de un esfuerzo por integrar diferentes saberes de forma organizada a partir de un modelo teórico de la personalidad que permita la verificación empírica. Por cierto, este es otro aspecto original de su concepción que integra el saber de la Psicología con el de la Psicopatología.

En el esquema N°1 – *Escuelas Psiquiátricas Contemporáneas* – En líneas discontinuas la orientación que adoptamos, el mismo Aníbal Silveira busca presentar el grado en que las diversas escuelas psiquiátricas de su tiempo contribuyeron a su orientación. En este esquema, las diferentes escuelas están representadas en círculos: etiológica, anatomopatológica, constitucionalista, psicológica, psicoanalítica, heredológica-patogenética, ergasiológica, evolutiva y fenomenológica. En un esquema que se asemeja a la teoría de los conjuntos mostrando áreas de intersección, se puede ver que las escuelas que más contribuyeron a su concepción son la heredopatogenética, la psicoanalítica y la ergasiológica.

Silveira construye, a partir de la teoría de la Personalidad, inicialmente basada en la epistemología de Augusto Comte y sus discípulos (en particular, Pierre Laffitte y Georges Audiffrent), un modelo abstracto y genérico que abarca la condición humana en su totalidad, una compleja teoría de la personalidad aplicable a los humanos. Lucia Coelho caracteriza el modelo, considerándolo como un modelo sistémico-evolutivo.

Esquema No. 1

Escuelas psiquiátricas contemporáneas. En líneas discontinuas, la orientación que adoptamos:



Por tanto, considera a la Psicología como un referente básico para el estudio de la Psicopatología. Para Silveira, los trastornos mentales son meras desviaciones cuantitativas de las funciones psíquicas normales, y no fenómenos heterogéneos. Los resultados de estos

trastornos, que a menudo parecen fenómenos de difícil comprensión y completamente nuevos (como los consideran algunos autores), lo son sólo por una observación insuficientemente detallada y porque la vida psíquica representa el nivel fisiológico más complejo del ser humano. Además, cuando se produce un trastorno mental, nunca aparece como una simple sustracción de la función afectada, ya que el conjunto se reorganiza para intentar compensar (en la medida de lo posible) la alteración. De hecho, este concepto está incluido, en cierto modo, en el concepto de homeostasis (concepto derivado de la Medicina General): en el organismo todo confluye, conspira y consiente. Sin embargo, esto no invalida el hecho de que los cambios patológicos son meras desviaciones cuantitativas.

Si bien no pretendemos detenernos en el análisis de lo normal y lo patológico, no podemos dejar de introducir cómo realizar el estudio de la Psicopatología, al menos enunciando algunos aspectos fundamentales de nuestras concepciones.

El primer aspecto por enunciar es el de la característica eminentemente social del ser humano. Es decir, la sociabilidad y la capacidad de tener una historia es lo que nos caracteriza como seres humanos. Así, si la cuestión de la complejidad de las manifestaciones psicológicas es enorme, mayor aún lo es la de la psicopatología, que estudiaría las desviaciones patológicas del funcionamiento psíquico.

Así, el ser humano, aunque eminentemente social, es un animal y como tal tiene un cuerpo con claros límites biológicos. Por cierto, como afirma Lucia Coelho, los aspectos biológicos son más un límite que una explicación en relación con los fenómenos mentales.

En todo caso, siempre que pensemos en estudiar la vida mental, debemos considerar que todo animal tiene dos niveles de funcionamiento biológico: la vida vegetativa (que comparte con los seres vivos del Reino Vegetal y otros) y la vida de relación, que se ocupa con las complejas relaciones que se establecen entre el animal y su entorno. Este aspecto ha sido estudiado por la Ecología y en el caso humano, esta “Ecología” es aún más compleja porque además del medio físico, el ser humano comparte, se influye, forma, actúa y transforma un medio social que es más que social, es histórico-social. Como ya se mencionó anteriormente, esta es la característica humana por excelencia, la de tener una historia sociocultural.

Esto implica que cada ser humano debe ser considerado como un “agente social” que nace en una determinada familia, o grupo familiar, en una determinada cultura y en un determinado momento histórico. Incluso antes de su formación embriológica, ya existen expectativas y toda una historia en la que se verá inmerso así que nazca (y en la que ya está participando e influyendo incluso sin actuar directamente a través del significado del embarazo para su madre y grupo familiar).

El ser humano no es pasivo en relación con este entorno. Es eminentemente activo y así este entorno lo moldea, pero al mismo tiempo es influido por él y modificado por él. Así, durante su vida, este agente social será la manifestación particular y singular de toda una historia cultural de la Humanidad, que se plasma en este individuo, formándolo,

transformándolo, modificándolo y siendo formado, transformado y modificado. El ser humano asimila de manera única todo este bagaje cultural y actuará a lo largo de su existencia en este medio en el que siempre estará inmerso, modificándose y modificándose. No es posible que cualquier ser humano no tenga un sentido para la sociedad en la que vive y comparte sus valores. Nadie pasa por el medio social sin sentido, porque, aunque padezca una enfermedad o tenga una malformación que le impida actuar y asimilar su cultura, el mero hecho de existir ya estará transformando sus relaciones familiares.

Otro aspecto que discutir se refiere a la forma en que Silveira concibe la Psicopatología. Según él, la Psicopatología es una sistematización de la práctica clínica, donde se busca distinguir y comprender la dinámica de los diferentes síntomas morbosos según el modelo teórico de la personalidad. El modelo de personalidad es abstracto, pero la sistematización de los síntomas parte de la aplicación del método inductivo. De esta forma, en Psicopatología tratamos de sistematizar fenómenos muy complejos que dependen de diferentes niveles de integración de la personalidad y sus relaciones con el sustrato cerebral y su dependencia de los fenómenos socioculturales.

El método propuesto por Silveira permite integrar todos estos aspectos de forma precisa y organizada. En cuanto a la clasificación y la participación distinta y ponderada de estos diferentes factores en relación con las diferentes condiciones clínicas, Silveira utiliza como factor orientador la Genética Humana, como se discutirá en su momento.

La diferencia entre Psicopatología y Psiquiatría reside en que la primera es la sistematización de los trastornos mentales considerando su patogenia, esto es, (a) la forma en que se alteran las funciones psíquicas normales; (b) los factores etiológicos que causaron estas alteraciones; (c) la forma en que se manifiestan estas alteraciones, (d) su correlación con el sustrato cerebral y (e) la forma en que se reorganiza compensatoriamente el conjunto de la vida psíquica.

La Psiquiatría, en cambio, se relaciona con la práctica, con el Arte de la práctica clínica, que se fundamenta en la Psicopatología, pero también engloba la Terapéutica (Tratamiento) y las medidas preventivas y rehabilitadoras. Es, por tanto, una forma de conocimiento eminentemente práctica.

También vale la pena destacar la distinción propuesta por Silveira entre Psicología Patológica y Psicopatología.

Es un campo de la Psicología, por tanto, el estudio del Psiquismo Humano, en condiciones anormales que no constituyen necesariamente trastornos mórbidos, sino condiciones poco frecuentes, provocadas por desviaciones momentáneas de orden neurofisiológico o social (de ahí que prefiramos la denominación de Psicología Anormal). Por ejemplo: reacciones emocionales extremas como el Pánico o la Ira, que representan estados emocionales poco frecuentes que pueden presentar algunas personas, en circunstancias especiales de intenso riesgo para la supervivencia. Estas reacciones psicológicas anormales no pueden considerarse patológicas, ya que serían manifestaciones extremas del dinamismo normal de la psicología animal de lucha o huida

cuando la supervivencia individual está amenazada. Otro ejemplo de un fenómeno estudiado por la Psicología Anormal son los estados pasionales, cuando un nivel afectivo es anormalmente estimulado, llevando al sujeto a presentar reacciones intensas y muchas veces desadaptativas. Sería interesante estudiar por qué algunos individuos son más propensos a estos estados que otros y, quizás, a qué sirven estos trastornos infrecuentes, pero no patológicos. Otro fenómeno que estudiar por la Psicología Anormal sería la hipnosis y los fenómenos que se dan al dormirse y despertarse, denominados fenómenos hipnagógicos e hipnopómpicos, como son las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas¹, la cataplejía, el sonambulismo, las somniloquias y los fenómenos deja vu y jamais vu, también presente en otras situaciones no relacionadas con el sueño y el despertar, como los fenómenos de trance, entre otros.

El criterio genético, tanto en el sentido de desarrollo ontológico como de transmisión hereditaria, fundamental cuando hablamos de psiquiatría orientada a la patogenia, es decir, la discusión de cómo la genética humana interviene en el desencadenamiento y configuración de los estados morbosos, será abordado en otro capítulo.

2. Conclusiones parciales

No es fácil, en Psicopatología, considerar todos estos factores en conjunto, evaluando la participación que cada factor tiene en cada caso concreto. Por ejemplo, sería una tontería tratar a un paciente que tiene trastornos somáticos o neurológicos, o de alguna manera “neurogénicos”, como lo llama Kleist, con psicoterapia. Este paciente necesitaría asistencia, que puede ser psicoterapéutica o de adaptación social, pero no podemos olvidar las condiciones del individuo: condiciones somáticas, condiciones neurológicas, condiciones psíquicas. Además, los trastornos mentales son bastante complejos ya que se refieren a trastornos de lo que es el nivel más complejo de la fisiología humana, la vida mental (estudiada en el nivel normal por la Psicología). La psicología está justo en el límite entre lo biológico y lo social. Si los trastornos neurológicos estudiados se dividen cada vez más en varias entidades mórbidas, ¿por qué debería ocurrir lo contrario con la Psiquiatría, que considera un nivel de manifestación aún más complejo? Atribuimos la tendencia a la simplificación que aún y en especial actualmente vemos en la Psiquiatría Clínica a una actitud de complacencia ante la dificultad y complejidad del fenómeno que esta especialidad médica se propone estudiar, ajustándose la mayoría de los psiquiatras a criterios que son no muy precisos pero que conducen a una forma pragmática de considerar el diagnóstico y el tratamiento. Estos

¹ Mantuvimos aquí el término “alucinación”, aunque, estrictamente hablando, este término no es apropiado para el fenómeno. Se trata de percepciones sin objeto real, fenómeno que, si el individuo estuviera lúcido, debería llamarse alucinación. Sin embargo, para que se considere la presencia de una verdadera alucinación, una de las condiciones es la lucidez de la conciencia. Así, mantuvimos el término alucinación, pero con los adjetivos hipnopómpico o hipnagógico.

criterios representados por el DSM-IV se basan en datos epidemiológicos y estadísticos que producen algoritmos que llevan a razonar, de forma superficialmente objetiva, los diferentes trastornos clasificados. Además, tratamos de construir otros algoritmos que indiquen cuál sería "teóricamente" y "estadísticamente" el tratamiento más eficiente (de hecho, el tratamiento que habría producido el mejor resultado en la mayoría de los pacientes). Sin embargo, este conjunto de criterios no formula hipótesis patogénicas teóricas para la mayoría de estos trastornos. Así, los casos atípicos tenderán a generar perplejidad en quienes hagan un uso acrítico de estos criterios. El hecho de que la mayoría de las psicosis respondan a una variedad relativamente pequeña de medicamentos no implica que estas condiciones deban considerarse iguales. Las clasificaciones e hipótesis teóricas suelen anticipar la capacidad humana de intervención práctica en los fenómenos estudiados.

El primer aspecto que debe tenerse siempre en cuenta en los estudios tanto psicológicos como psicopatológicos es la valoración de cómo la cultura participa en la vida psíquica del individuo estudiado y qué papel juega en las manifestaciones patológicas (en el caso de la Psicopatología).

Decíamos, sin embargo, que todo agente social tiene un organismo y, por tanto, está sujeto a leyes biológicas que, como decíamos, representan más un límite que una explicación, es decir, la vida del metal depende de estructuras biológicas para manifestarse. La vida mental es inconcebible sin un cerebro y un cerebro en funcionamiento. Sin embargo, estas estructuras permiten que la cultura desarrolle la personalidad a partir de las predisposiciones. Pero estas predisposiciones sólo se manifiestan a partir de la influencia del ambiente.

Sólo se puede acceder a la complejidad de la vida psíquica humana a través de la observación sistemática y significativa del comportamiento, ya sea un comportamiento manifiesto o un comportamiento subjetivo comunicado por el individuo a través de diversas formas de expresión, principalmente a través del lenguaje. Que el ser humano es, por tanto, un conjunto bio-psico-social, lo consideran todos los autores. Pero lo fundamental es valorar, en cada situación concreta considerada, el papel y el peso que juega cada uno de estos factores y cómo se integran en ese aspecto concreto considerado.

Siendo el hombre un ser bio-psico-social, ¿cómo podemos ir más allá de este hallazgo evidente, ¿cómo podemos desarrollar modelos que guíen la forma en que se articulan estos aspectos? En este sentido, consideramos que el modelo sistémico-evolutivo de Silveira es el más completo que conocemos. En el hombre todo es social, todas sus concepciones, acciones y afectos encuentran su sentido en la cultura en la que está inserto. Si bien todo proviene del medio social, la asimilación de estos significados también obedece, desde el inicio de la formación del ser, a direcciones objetivas dictadas por "ordenadores" de base biológica. Así, por ejemplo, la necesidad de conservación individual impone, incluso antes (o, mejor dicho, concomitantemente) a los significados sociales, actividades que sirven a este límite. Es evidente que, en el recién nacido humano, su extrema inmadurez y dependencia al nacer imponen que los

“cuidadores” desempeñen esta función, pero el ser mismo se expresará, inicialmente, sólo como una manifestación espontánea del “disgusto” provocado por las alteraciones metabólicas. relacionado con el hambre, el frío, el dolor, ese “sentir” a través del llanto, por ejemplo. El significado de que se trata de “hambre”, “frío”, “dolor”, etc. vendrá dada por la interpretación del cuidador, quien, si bien interpretará estas manifestaciones, lo hará con base en criterios suficientemente objetivos. La repetición de actos y los cambios entre el placer y el displacer provocados por estas acciones llevarán eventualmente al ser en formación a atribuir un significado a lo que siente y percibe en el entorno. En un determinado momento de su evolución, el niño, por ejemplo, llorará, no sólo porque tenga hambre sino porque ha establecido que ese acto atraerá la atención de su cuidador y lo utilizará para este fin. En este momento, su grito comienza a adquirir un significado subjetivo de comunicación.

Estos niveles de necesidades que obedecen a una dirección de base biológica pero que ya están en el límite de lo social, y por tanto, son “funciones psíquicas” – conservación individual, sexualidad, destructividad, constructividad, etc. también se integrarán con otras necesidades y sensibilidades en un nivel más cercano al polo “límite social”, como la necesidad de dominio y aprobación (que ya implican la consideración intelectual de las relaciones jerárquicas entre los seres humanos) y sentimientos como el apego, la sensibilidad asimilación de valores supraindividuales o incluso amplia simpatía por otros individuos de la misma especie. Todo esto ocurre de manera concurrente, pero con la participación predominante de cada uno de estos niveles según la etapa de desarrollo ontogenético. De esta forma, aunque siempre son los valores y significados sociales los que estimulan y solicitan estos niveles afectivos (límites psicológicos con lo biológico o social), siempre están presentes. Ejemplificando un poco más: cuando hablamos del hambre, por ejemplo, cada individuo asimilará la forma en que se alimentará en base a los valores de su cultura, la forma en que su familia, a través de su cuidador, se transmitirá estos valores y con la participación de su propio temperamento que influirá en la forma única en que asimilará estas costumbres y valores. Este es el caso para todos los demás niveles considerados. Además, lo biológico también estará influenciado por la cultura a través de la experiencia de un determinado grupo humano. Es posible que determinados factores físicos se perpetúen en un determinado grupo humano en la medida en que resulten más adecuados a su adaptación: los esquimales, por ejemplo, sólo se alimentan de carne y grasas y necesitan de esta dieta calórica para poder resistir. un entorno en el que la temperatura es siempre extremadamente baja. Muy posiblemente, esto acabará interfiriendo, a largo plazo, en el metabolismo específico de los lípidos de ese grupo humano, seleccionando aquellos que estén más adaptados. Podemos hacer el mismo tipo de hipótesis sobre la interferencia de la cultura en los aspectos psíquicos individuales. Una forma obvia de observar esta relación continua entre los factores biológicos y la cultura en los seres humanos es, por ejemplo, en la observación de cuánto, por ejemplo, la menarquia se ha producido cada

vez más temprano en las adolescentes, en una sociedad donde cada año se dan estímulos de índole sexual cada día más temprano. Otro dato que observar es la creciente facilidad que muestran las nuevas generaciones en la interacción que tienen con las máquinas electrónicas. Sin embargo, la forma en que se lleva a cabo esta interacción es bastante compleja y no nos gustaría ser demasiado superficiales en nuestros ejemplos que solo tenían el objetivo de caracterizar cómo tratamos de considerar las relaciones entre los componentes bio, psico y social. Todo en el ser humano es a la vez biopsico y social, pero lo social es constitutivo y lo biológico el límite.

Además, ningún ser humano es estático. Todo ser humano presenta un conjunto de funciones en continuo desarrollo y en continuas modificaciones. Durante su existencia, hay períodos en los que estas modificaciones son más significativas: en la infancia y la adolescencia, cuando se va formando la personalidad del agente, se produce toda una serie de fenómenos que son objeto de estudio por parte de la Psicología Evolutiva. Al final de la adolescencia, la mayoría de los autores consideran que se forma la personalidad. De esta forma se establece un estilo propio y único que caracteriza el estilo de un individuo con referencia a las relaciones interpersonales. Este estilo se denomina en psicología como carácter. Este conjunto de características personales, importando principalmente las disposiciones afectivo-conativas de la personalidad, tiene una relativa estabilidad a lo largo de la existencia individual, lo que permite incluso clasificar estilos de carácter. No es que no se produzcan modificaciones después del final de la adolescencia, sino que las modificaciones son menos marcadas y ciertas características más estables. Sin embargo, hay situaciones existenciales que pueden y de hecho interfieren mucho con la vida mental. Algunos de ellos se caracterizan como patológicos, como las reacciones al estrés. Pero aquí ya nos estamos adelantando.

Todavía en lo que respecta al carácter, se puede observar que el rasgo de carácter ya se manifiesta en los primeros años de vida. Cualquier pediatra experimentado sabe que los niños reaccionan de forma diferente a los estímulos e incluso a las relaciones interpersonales. Sin embargo, las demandas sociales e interpersonales durante la infancia son mucho menos complejas e intensas que durante la adolescencia, así como la tolerancia de los adultos respecto a las reacciones más egocéntricas del niño, que son relativamente normales en esta etapa de la vida (aunque podemos percibir que existen niños más agresivos, más apáticos, más tiranos, más exhibidos, más emotivos, más fríos, etc. que otros). Sin embargo, la clasificación de un personaje en evolución es bastante difícil. Será en la adolescencia y, principalmente, en la edad adulta, cuando las demandas sociales se realicen con mayor plenitud y será en este período cuando podremos caracterizar con mayor claridad el estilo individual de carácter. Así, aunque creemos que ciertos rasgos de carácter y algunas desviaciones globales de la personalidad ya están presentes en la infancia, consideramos la recomendación del DSM-IV de no realizar el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad antes de los dieciocho años. La cuestión no es el límite estricto ni que no haya

cambios de personalidad anteriores a esta edad, sino que la prudencia recomienda no cerrar precozmente este tipo de diagnósticos.

En este Manual no nos detendremos en el análisis de los trastornos mentales patológicos que se dan en la infancia, cuando la personalidad y la vida psíquica misma aún no están completamente maduras. Existe todo un estudio psicopatológico específico relacionado con este período de la vida: la Psicopatología Infantil, del que no nos ocuparemos, mencionando sólo ocasionalmente algún aspecto que estimemos oportuno para comprender las alteraciones psicopatológicas en los adultos.

Sin embargo, consideramos fundamental que el estudiante de Psicopatología de Adultos esté familiarizado con la Psicología del Desarrollo para que pueda comprender mejor incluso las alteraciones presentes en los adultos. Para eso, también recomendamos la lectura del libro de Lucia Coelho, ya mencionado anteriormente, donde esta autora presenta el modelo teórico de personalidad adoptado por nosotros y también discute la Psicología del Desarrollo.

3. Funcionamiento mental normal y clasificación genérica de los trastornos mentales

En el funcionamiento psíquico normal del adulto existen algunos principios desarrollados por Comte que pueden ser considerados como leyes del funcionamiento psíquico normal. Comte llamó a estas leyes como Leyes Estáticas del Entendimiento, presentándolas en su Filosofía Primera, siguiendo las concepciones de Hume. A continuación, exponemos estas leyes:

Leyes estáticas del entendimiento:

- 1º. subordinar las construcciones subjetivas a los materiales objetivos.
- 2º. las imágenes interiores son siempre menos vívidas y claras que las impresiones exteriores.
- 3º. Toda imagen normal debe prevalecer sobre aquellas que la agitación cerebral hace aparecer simultáneamente.

Estas leyes funcionan como principios importantes en la evaluación de los fenómenos psicopatológicos. En los trastornos mentales, por diferentes dinanismos, se producirá un mayor subjetivismo cuando las construcciones subjetivas pasen a ser preponderantes y dejen de estar subordinadas a los datos objetivos, cuando las imágenes internas puedan volverse más vívidas y claras que las impresiones externas, o, por ejemplo, cuando el exceso de sentimientos (o su insuficiencia o desorganización) hace que el sujeto formule hipótesis extremadamente complicadas y lejanas para explicar los fenómenos que observa.

En un principio, parece que estas leyes sólo se aplican al funcionamiento normal del individuo adulto y que el niño, por su excesivo subjetivismo, escapa a estas leyes. Pero esto es una mala interpretación, ya que cada ley debe aplicarse en su contexto. En el niño, como su vida

psíquica aún no está completamente madura, hay efectivamente más subjetividad, pero esto es parte de la adaptación propia de esa edad, así como el adolescente tiende a mostrar mucha ensoñación y fantasías de autoafirmación o aprobación, ligado a la intensa estimulación de la sociabilidad que se produce en ese período de desarrollo para que el sujeto amplíe aún más su sociabilidad y su integración en el medio social. Así, existen desviaciones psicopatológicas que también pueden detectarse en la infancia, durante el período evolutivo, desorganizando algunas de ellas el normal desarrollo de las funciones psíquicas. Solo que no nos detendremos a tratar este campo de la Psicopatología.

Considerando, por tanto, los trastornos mentales de forma general, durante mucho tiempo se clasificaron en tres grandes grupos. Es una clasificación defectuosa ya que es demasiado abarcativa. No es difícil encontrar monturas intermedias a estos tres grandes grupos y otros cuadros clínicos que no podríamos encajar en ninguno de los tres grupos. Pero, en general, es una clasificación que ayuda a comprender mejor ciertas características de la mayoría de los trastornos mentales. Por tal motivo, aunque considerando estas reparaciones y restricciones mencionadas, estimamos conveniente presentarlo aquí.

La clasificación clásica (y demasiado genérica) de los trastornos mentales en Psicosis, Neurosis y Psicopatía sirve como punto de partida inicial para la discusión de las características de las enfermedades mentales. Aunque estos conceptos son bastante superficiales y, en el lenguaje psiquiátrico actual, están en desuso, optamos por mencionarlos de todos modos, ya que ayudan a comprender características importantes de estas condiciones. No todos los trastornos mentales son enfermedades. Sin embargo, algunos lo son y la actual negativa a utilizar el término enfermedad se deriva de prejuicios vinculados a la postura “políticamente correcta” aplicada a un campo científico que debería estar libre de este tipo de influencias.

Si bien sabemos y consideramos, incluso por nuestra formación, que los seres humanos somos seres políticos y que la influencia política está presente en todo, creemos importante delimitar y discriminar adecuadamente lo que significan los valores políticos en el campo de la ciencia. Sin embargo, hoy experimentamos la clara influencia de la cultura norteamericana con su tendencia a buscar ser hegemónica y creemos que esa influencia de valores “políticamente correctos” en nuestro campo es una de las características de la cultura de ese país.

En Brasil, por ejemplo, durante mucho tiempo, el término Psicopatía, antes de caer en desuso, fue confundido y utilizado como sinónimo de Enfermedad Mental. Este término, sin embargo, corresponde más a lo que los autores denominaron en el pasado Personalidad Psicopática ya lo que, en la actualidad, de forma más genérica, se ha utilizado como el término Trastorno de la Personalidad.

Pero pasemos a la criticada clasificación citada de tres grandes grupos de trastornos mentales:

- 1) **Psicosis** – Psicosis es el término utilizado para referirse a los trastornos mentales en los que se perturba la subordinación a la correspondiente realidad externa. Cuando hablamos de

subordinación a la realidad externa, no nos referimos sólo a las concepciones intelectuales -concepción en sentido estricto, sino también a la conducta, conducta que se deriva de la disposición subjetiva del individuo. Esto es importante cuando se consideran algunas condiciones clínicas en las que no hay una falsificación obvia de la realidad, como en algunas condiciones catatónicas, pero donde el individuo claramente no subordina su comportamiento a la realidad externa, ya que a menudo permanece completamente inmóvil, sin siquiera poder llevar actividades fundamentales para la preservación de su vida. Actualmente existe una tendencia a hablar de psicosis sólo en el caso de la existencia de alucinaciones o delirios. El término psicosis, hoy en día, es casi sinónimo de la presencia de alucinaciones y delirios. Si bien es evidente que, cuando estos síntomas están presentes, indican efectivamente un deterioro en el proceso de subordinación a la realidad objetiva, estas no son las únicas condiciones observadas en las que esto ocurre. Este desconocimiento (o prejuicio ideológico) provoca errores aberrantes en las concepciones psiquiátricas, como el de considerar la ocurrencia de manías psicóticas y no psicóticas. Ahora bien, pero un individuo en Manía, aun cuando no presente delirios (y sólo delirios porque si está en Manía presentar alucinaciones sería una contradicción), actúa de manera completamente alterada bajo los impulsos de la euforia afectiva y, por tanto, sin tener suficientemente en cuenta la realidad objetiva. Así, desde nuestro punto de vista, Manía es siempre un cuadro psicótico. Y los cuadros que actualmente se clasifican como Manías no psicóticas (dentro de los Trastornos Bipolares), en realidad, no son verdaderas Manías, sino oscilaciones hacia el polo de exaltación anímica, probablemente clasificadas entre personalidades ciclotímicas. Otro aspecto importante que considerar para realizar el correcto diagnóstico de Psicosis se describe en la definición presentada anteriormente, cuando destacamos que en el trastorno psicótico se altera la subordinación a la correspondiente realidad externa. El correspondiente es importante, porque en toda evaluación psiquiátrica debemos tener en cuenta las características del estado clínico, concepciones y comportamiento del sujeto examinado, siempre en relación con su entorno sociocultural. Un sujeto que se crea controlado por espíritus, por ejemplo, que pertenezca a una comunidad donde los miembros sean espiritistas, necesita ser comprendido en sus manifestaciones, teniendo en cuenta su adaptación concreta a ese medio y en relación con lo que gente de todas partes. en todo el mundo también consideran su entorno sociocultural. De lo contrario, podemos “patologizar”

situaciones que en realidad reflejan cuestiones étnicas y culturales.

- 2) **Neurosis** – Según Fenichel, las neurosis se caracterizan por una regresión de las reacciones afectivo-emocionales a niveles inmaduros propios de la infancia. Asimismo, Silveira considera la Neurosis como resultado de una deficiente integración entre las funciones afectivas primarias, vinculadas a la individualidad, y el nivel más complejo y maduro de los sentimientos vinculados a la sociabilidad. En el caso de la Neurosis, los impulsos primarios prevalecen sobre los sentimientos, debido a la mala integración. Esta “regresión” se expresa tanto a nivel intelectual como conativo. Cabe aquí una crítica al término “regresión”, ya que no puede haber una regresión a una fase que ya ha pasado en el desarrollo. Lo que en realidad sucede es que el sujeto presenta reacciones emocionales inmaduras que de igual manera se asemejan a reacciones más comunes a ciertas etapas del desarrollo infantil. Un ejemplo de esto son los "pensamientos mágicos". Este tipo de elaboración es bastante común en niños y ocasionalmente puede darse en adultos. En general, el adulto critica su ocurrencia y la reajusta, o la acepta como parte de las creencias culturales, sin que ello perjudique su adaptación. Sin embargo, en situaciones en las que se produce la neurosis, a pesar de los recursos intelectuales del adulto (que el niño, en este caso, no presentaría –y aquí ya hay una diferencia entre la reacción emocional del neurótico y la del niño) que le permiten al percibir el ridículo de la situación, no puede evitar la presente reacción emocional y, a veces, la perseverancia de ideas -en el caso en que más adelante utilizaré como ejemplo una idea fóbica. Las perturbaciones dinámicas están presentes en las neurosis y tendrán su expresión primitiva en el momento en que el individuo comienza a tomar contacto con la realidad. En la neurosis, por tanto, no hay pérdida de subordinación a la realidad, por el contrario, tenemos una conservación completa y perfecta en este sentido, pero el sujeto que presenta una neurosis tiene una desviación del comportamiento habitual, debido a presiones de carácter emocional. Así, la característica fundamental de la neurosis radica en la reacción emocional del individuo ante la realidad exterior, reacción emocional desplazada y no adaptada al tipo de estímulo. Mientras que en el individuo normal las reacciones emocionales son comprensibles y coherentemente conectadas con el estímulo que desencadenó la reacción, este no es el caso en el neurótico. En ésta, el estímulo puede movilizar imágenes sincréticas y así la reacción emocional no es adecuada o se desplaza. Por ejemplo: un hipotético sujeto neurótico puede presentar una “fobia”, caracterizada por un miedo

insuperable a pasar por debajo de un puente elevado, temiendo que le caiga sobre la cabeza. Incluso teniendo una noción clara y objetiva de la improbabilidad de la situación, no puede evitar la intensa reacción ansiosa. Una noción clara de la realidad (en este caso, la improbabilidad de que el hecho ocurra) no le basta para conseguir, por ejemplo, actuar de acuerdo con su objetivo (pasar por debajo del puente elevado) o lo conseguirá con un tremendo agotamiento emocional. tener que enfrentarse a la reacción de miedo ligada a la situación imaginaria. Para comprender mejor este grupo de trastornos, debemos recurrir al concepto de emoción. Definimos emoción como el resultado del impacto o intervención de una noción, que puede ser real o ficticia, sobre la reacción afectiva. En el caso de la neurosis, se presentan intensas reacciones emocionales, principalmente de ansiedad, y el sujeto desarrolla síntomas relacionados con este conflicto. Desarrollaremos más la discusión patogenética de los diversos síntomas neuróticos a lo largo de este Manual. En la actualidad ya no se consideran los estados neuróticos, sino sólo sus diversas expresiones sintomáticas designadas como Trastornos. Hoy, los llamados estados neuróticos se dividen en varios trastornos, principalmente denominados, en la nosología pragmática adoptada por la psiquiatría norteamericana y sus seguidores, con Trastornos de Ansiedad, Trastornos Obsesivo-Compulsivos y Trastornos Disociativos. La eliminación del término neurosis, término clásico utilizado por Freud, el autor que clásicamente estudió estos trastornos en su patogenia, a nuestro juicio se deriva de la tendencia empírica e hiperpragmática de la Psiquiatría actual, basada en la descripción sintomatológica y los efectos positivos que producen algunos psicofármacos. En un momento posterior, probablemente en el segundo volumen de este trabajo, que estamos planeando, nos centraremos más de cerca en los trastornos específicos de las emociones que ocurren en los trastornos neuróticos.

- 3) **Psicopatía** – En las psicopatías también encontramos un cambio en el comportamiento, pero este cambio no resulta solo de factores emocionales, como en la neurosis, sino de una pérdida en la estructura de la personalidad. Y estructura en el sentido de constituir una integración anormal de las diversas condiciones que constituyen nuestro mundo subjetivo. En ocasiones, estas dos condiciones, Neurosis y Psicopatías, se confunden, por lo que es muy difícil estudiarlas de forma distinta y correcta. Sin embargo, al analizar la patogenia, la cuestión de la distinción se vuelve mucho más clara. En la Neurosis tenemos una alteración emocional que modifica o dificulta la integración de las funciones afectivas subjetivas, sólo superficialmente; en

Psicopatía consideramos un estado mórbido que se origina en la desviación de la estructura de carácter de la personalidad y no sólo del dinamismo subjetivo. Hoy en día ya no se utiliza el término Psicopatía o Personalidades Psicopáticas, sino el término Trastornos de la Personalidad.

Estos tres grandes grupos engloban la mayor parte de los trastornos mentales, pero efectivamente no tienen en cuenta otros, como las deficiencias mentales y los trastornos alimentarios (que tal vez podrían incluirse entre las neurosis, pero algunas de ellas, como la anorexia nerviosa, ciertamente entre las psicosis). Pero el objetivo de esta clasificación es únicamente introducirnos en los tipos de trastornos mentales existentes y no utilizarlos como criterio diagnóstico, ya que son realmente tan genéricos y superficiales que no tienen mucha utilidad práctica, si no tal vez una indicación, vagamente sedimentada, para la atenuación de los principales síntomas observados, también genéricos, del probable principal tratamiento indicado.

4. Factores clave en la expresión de la enfermedad mental

Para el estudio de la enfermedad mental es fundamental conocer la posición que ocupan los pacientes con diferentes condiciones clínicas en la población general. Este trabajo fue realizado por Luxemburger, un destacado psiquiatra de la escuela Kraepelin. Presentamos aquí la curva estadística (en este caso una curva de Gauss, con distribución normal) que resume los resultados de la investigación de Kraepelin:

Esquema N° 2 – Distribución estadística de los trastornos mentales y de los individuos normales, según Luxemburger

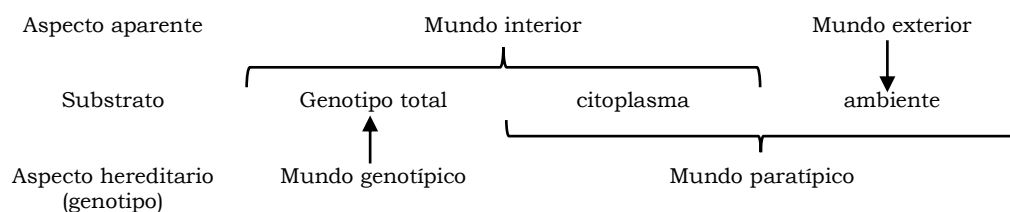
Excepción	Marginal	Central	Marginal	Excepción
<ul style="list-style-type: none"> • deficientes mentales • personalidades psicópatas • psicóticos 	<ul style="list-style-type: none"> • individuos destacados por rasgos negativos: irritabilidad, intolerancia y otros 	<ul style="list-style-type: none"> • ser medio ficticio 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuos destacados por rasgos positivos: inteligencia, generosidad, capacidad de acción, entre otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuos dotados: genios, santos, héroes

En la tabla esquemática se puede observar que el centro de la curva (la mayoría) lo ocupan los individuos clasificados como seres medios ficticios (que son los que más diferencias tienen entre ellos, ya que no existe un patrón rígido de normalidad). Representando un número mucho menor de individuos están aquellos que son marginados por características negativas (irritabilidad, explosividad, intolerancia, viscosidad, etc.) o características positivas (individuos más inteligentes, generosos, con mayor iniciativa, etc.) y, finalmente, en los rangos extremos, los casos excepcionales, divididos también en aquellos que lo

son por características positivas (genios, santos, héroes) o negativas (deficientes mentales, psicópatas, psicóticos, etc.). Estas situaciones, sin embargo, no son situaciones de división rígida porque alguien que se encuentra en el rango positivo excepcional, por ejemplo, puede presentar una psicosis y pasar al rango negativo de excepción y, posteriormente, revertir su psicosis y volver a ocupar el rango positivo de excepción. En la historia existen innumerables casos de genios que enloquecen por un tiempo.

Todavía buscando comprender de manera más completa la gama de influencias que pueden estar presentes en las diferentes condiciones mórbidas, debemos considerar que, en cualquier trastorno mental, las influencias hereditarias y ambientales estarán presentes. Lo fundamental es distinguir en cada uno de ellos cómo se integran estas influencias. Hay un esquema de Silveira en el que trata de considerar los factores que interfieren en el desempeño individual y el desarrollo familiar. En este esquema de Luxemburger se codifica el mundo interno y externo según el sustrato que participa de cada uno de ellos y en relación con el aspecto hereditario².

Esquema n.º 3 – Relación entre mundo interno y externo, genotipo, citoplasma y ambiente, según Luxemburger

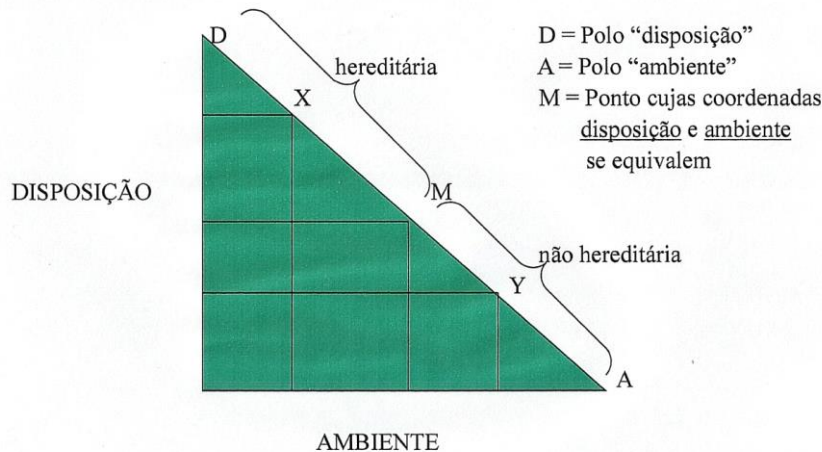


El interesante esquema nos permite comprender las posibles interacciones entre la predisposición genética (que proviene del Mundo Genotípico) y Ambiental (Mundo Externo). El Mundo Genotípico necesita del citoplasma para manifestarse. El ambiente puede interferir en el citoplasma, provocando, por ejemplo, condiciones congénitas, pero no genéticas y, en ocasiones, por circunstancias aún poco claras, las condiciones genéticas no necesariamente se manifiestan, permaneciendo latentes.

Aunque la influencia de la predisposición genética y del entorno están presentes en cualquier trastorno mental que tengamos en cuenta en nuestro estudio, existe una diferencia en el peso relativo que ejerce cada una de las influencias. El esquema de Luxemburger que reproduzco a continuación pretende resaltar este hecho:

² Con relación a este importante aspecto de la concepción de Silveira, es decir, cómo concibe la participación de la genética en la etiopatogenia de las condiciones psiquiátricas, buscamos profundizar un poco más en el segundo capítulo de este libro, en el sub artículos 3.6., cuando además presentaremos los conceptos de Ciclo Heredológico, lo correlacionaremos con el concepto actual de "Espectro", y, 3.7., donde presentamos brevemente una pequeña síntesis de los avances actuales en el estudio de la Genética en Psiquiatría.

Figura n.º 1 – Distribución de las enfermedades mentales según influencias de los polos “ambiente” / “disposición”, según Luxemburguer



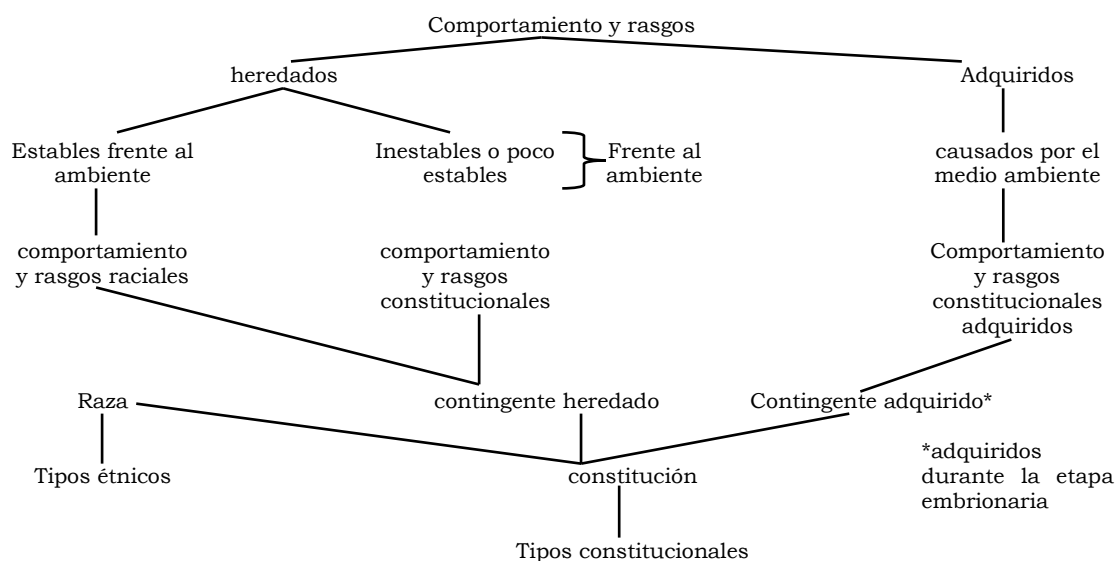
Observando el esquema, podemos ver representadas condiciones que pueden ser consideradas hereditarias, cuando la influencia del polo “disposición” es máxima y la del polo “ambiente” es mínima. Ejemplos de condiciones con estas características se encuentran en las diversas formas de esquizofrenia y en la psicosis maniaco-depresiva. En estos casos, las tendencias hereditarias, probablemente de tipo poligénico, requieren muy poca influencia ambiental para que se manifiesten a la edad inscrita en el genoma. Las circunstancias ambientales que pueden actuar como desencadenantes pueden depender tanto del medio interno (condiciones hormonales, metabólicas, etc.) como del medio externo (físico –infecciones, intoxicaciones y conflictos sociales –familiares, solicitudes de la comunidad que generan estrés, otros). No se conoce con mayor detalle cómo interactúan estos dos polos para desencadenar estas situaciones, pero la influencia disposicional es mucho mayor que la ambiental. Por otro lado, en el otro extremo están las condiciones en las que el polo de “disposición” juega un papel mucho menor, quizás solo dando un color específico al marco en cuestión. Un ejemplo es el de las psicosis infecciosas o heterotóxicas, donde sin el agente infeccioso o la sustancia tóxica, la condición nunca ocurriría. En estos, la influencia del polo ambiente es evidente. Esta, sin embargo, para actuar, necesita del citoplasma. Es el mundo paratípico más importante del caso. Finalmente, hay condiciones en las que los dos polos juegan un papel equivalente (punto M en el gráfico) El ejemplo de estas tablas proporcionadas por Aníbal Silveira es la de las Neurosis. El sujeto que desarrollará un cuadro de tipo neurótico probablemente tenga mayor sensibilidad emocional y probablemente ya esté algo ansioso. Sin embargo, se trata de experiencias conflictivas en la infancia que, interactuando con una personalidad predispuesta en formación, coincidirán para que el sujeto presente el estado neurótico. Esta es quizás la razón por la que actualmente se ha valorado mayoritariamente el

tratamiento farmacológico de estas afecciones, en detrimento de la psicoterapia, que hace tan solo unas décadas se consideraba el principal medio de intervención terapéutica en estas afecciones.

Silveira, considerando las predisposiciones hereditarias y la influencia ambiental, nos presenta un esquema en el que busca sintetizar la cuestión de la conducta y los rasgos. Es un esquema también adaptado de Luxemburger, quien se dedicó a estudiar las relaciones entre la herencia y los factores ambientales en la génesis de los trastornos mentales.

Quizás la mención de la raza y el tipo étnico como aspectos que participan en la constitución individual les suene extrañar a algunos. Efectivamente, muchos teóricos de la Antropología Física han dejado de utilizar estos términos. Así, aquí consideramos fundamental, para no caer en afirmaciones hoy parcialmente superadas por la antropología física, o al menos ampliadas y reformuladas, dar algunas explicaciones respecto a la consideración de razas y tipos étnicos. Para ello, reproducimos las consideraciones formuladas por Linton, que no invalidan las concepciones de Aníbal Silveira, cuando considera la importancia de que la raza y los tipos étnicos participen en la constitución individual, sino que las amplían.

Esquema n.º 4 – Comportamiento y rasgos, adaptado de Luxemburger



Dice Linton: “El término raza se ha usado de manera tan irregular que parece más prudente reemplazarlo con una serie de tres: *breed*, raza y *stock*. Esta terminología todavía es demasiado limitada para una clasificación realmente precisa, pero una que sea lo suficientemente precisa para hacer frente a todas las condiciones sería tan compleja que sería muy inútil. Según esta terminología, un *breed* es un conjunto de individuos que varían en torno a una determinada norma con respecto a cada una de sus características físicas. El uso de esta expresión corresponde al uso del término inglés *breed*, que también tiene

exactamente el mismo significado cuando se aplica a los animales domésticos, por ejemplo, el *breed* de los Scotch terriers.

Es casi imposible encontrar algún grupo humano que constituya un *breed*, pero esta condición se obtiene aproximadamente en ciertas naciones "primitivas" que viven en relativo aislamiento. Aunque carecemos de pruebas absolutas, parece bastante seguro que estos *breeds* se establecen por reproducción continua dentro del propio grupo, durante un largo período de tiempo, con eliminación de variantes extremas. Incluso en los grupos humanos más aislados, existen algunos individuos que, en relación con ciertas características, quedan fuera de la distribución normal de variación para el conjunto del grupo. Este hecho podría deberse a cruces a distancia con otros *breeds*, o bien a mutaciones individuales. En cualquier caso, estas personas atípicas pueden eliminarse del estudio mediante métodos estadísticos. Si hay un cierto número de ellos, todos variando de forma similar a la norma, esta circunstancia suele considerarse evidencia de un cruce previo con algún otro *breed*".

Así, en el próximo tema, cuando discutamos un poco los conceptos de constitución, rasgos y biotipo, usamos más el término "*breed*".

5. Constitución, rasgos y biotipo

El esquema que adaptó Silveira de Luxemburger busca sistematizar la influencia de los rasgos constitucionales. Como lo define Lucia Coelho: constitución es el conjunto de características psíquicas y somáticas que rigen el comportamiento del individuo en el mundo exterior. Comprende rasgos heredados y rasgos adquiridos durante la evolución individual, específicamente en la fase embrionaria. El concepto de constitución resulta de una abstracción que reúne el sustrato anatómico-encefálico y somático en general - y, al mismo tiempo, el aspecto funcional que aparece como expresión de ese conjunto en los diversos tipos de conducta. El componente morfológico se resume como biotipo y el componente funcional, psíquico y fisiológico como temperamento.

Como veremos más adelante, el funcionamiento del sistema nervioso central se caracteriza por niveles crecientes de integración y dominio. Uno de los niveles de integración es la regencia del metabolismo que se da de manera muy singular en cada individuo, evidentemente, dentro de los estrechísimos niveles de variación que comparte la característica homeostática de nuestra especie.

Este tipo de "estilo" de regencia metabólica (o dinámicamente el estilo homeostático) estará influenciado tanto por contingentes heredados como adquiridos (influencias recibidas a través del útero materno durante el período de formación - como ejemplo de influencia ambiental, podemos tener una madre que desarrolla "diabetes gestacional" y, con ello, el aporte de glucosa al embrión será mucho mayor, provocando que nazca con un peso muy superior al habitual (características biotipológicas específicas).

Los rasgos que caracterizan a cada individuo en particular se manifiestan a través de características muy variadas, algunas físicas personales, algunas supraindividuales, relacionadas, por ejemplo, con las razas humanas (que, por hibridación, son cada vez menos comunes). Estos rasgos también pueden ser características psicológicas: modos específicos de reacción afectiva (por ejemplo: impulsividad, mayor emotividad o frialdad, expansividad, tendencia depresiva, etc.), formas específicas de actuar en el ambiente (por ejemplo: inconstancia, terquedad, perseverancia, coraje, prudencia, etc.), y también rasgos cognitivos (ejemplos: meticulosidad, mayor capacidad de planificación, tendencia a la rigidez mental, mayor creatividad, etc.).

Muchos autores, desde la antigüedad, buscaron establecer características comunes que permitieran clasificar a los individuos en tipos de temperamento similar. Estas eran las clasificaciones de las Escuelas de Medicina llamadas Constitucionalistas.

Había varias escuelas constitucionalistas. Todos buscaban establecer correlaciones entre características físicas y psicológicas, así como predisposiciones específicas de ciertos tipos para padecer patologías específicas, como la predisposición. Y aunque no se puede hablar de una estrecha conexión entre los tipos físicos y los rasgos de personalidad, sí se ha encontrado cierto grado de conformidad y combinación ya que las diferentes clasificaciones de biotipos desde la antigüedad hasta la actualidad tienen muchos tipos en común, con características constitucionales descritas bastante coincidentemente.

Lamentablemente, este campo médico, el de la Medicina Constitucionalista, luego del descubrimiento de los microbios fue abandonado paulatinamente y no tuvo el mismo desarrollo que otros campos de la Medicina. Sin embargo, sería muy enriquecedor que se investigara más en este campo, ya que allí se encuentran aspectos de defensas orgánicas y reacciones individuales específicas, tanto ante infecciones como intoxicaciones, e incluso predisposiciones a enfermedades específicas que tienen un componente genético. Quizá con el desarrollo que está teniendo últimamente la genética humana se pueda revivir este campo médico tan interesante. Su abandono no se debió sólo al aspecto mencionado sino también al prejuicio. Durante el período del nazismo, la deformación de los conceptos condujo al desarrollo de ideologías pseudocientíficas relacionadas con la Genética Humana y la Antropología Física. El Gobierno nazi determinó la esterilización forzosa de los enfermos mentales y fomentó el estudio de la Antropología Física, pero con el sesgo de considerar que existían razas superiores, en este caso, caucásicas o arias. Tras la caída del nazismo, quedaron los prejuicios que asociaban los estudios de Genética Humana vinculados a la enfermedad mental y los estudios de la Escuela Constitucionalista como necesariamente influidos por la ideología nazi. Evidentemente, este es un error lamentable, pero por el cual la historia ha cobrado un alto precio. Muchos autores alemanes que habían hecho importantes contribuciones a la Genética Humana, por haber se involucrado con estas nefastas ideologías, hoy ni son mencionados.

En este capítulo solo describiremos la escuela constitucional desarrollada por William Sheldon. Optamos por describir brevemente las clasificaciones de esta escuela porque creemos que es la única que tiene un análisis patogénico, con una hipótesis muy interesante sobre la génesis de los diversos biotipos y tipos psicológicos correlacionados.

No es que las escuelas anteriores no tuvieran hipótesis patogénicas. La escuela más antigua, la hipocrática, al describir los tipos sanguíneo, colérico, flemático y melancólico, tiene una hipótesis patógena, que es el predominio en cada uno de los tipos temperamentales, de los “humores” del organismo: sangre, bilis, linfa y bilis negro. Sin embargo, esta hipótesis patógena aún no es científica ya que se basa en hipótesis que no están respaldadas por el conocimiento actual. Después de todo, no existe ni siquiera uno de los humores considerados, por ejemplo, la bilis negra. Es decir, aunque esta escuela antigua tiene un razonamiento patógeno, no es objetivo y no se sostiene como hipótesis (incluso si percibimos empíricamente que los tipos descritos realmente existen).

Sheldon, por otro lado, formula una interesante hipótesis patógena posible que puede ser respaldada por principios científicos modernos. Es una pena que esta concepción no tuviera seguidores que profundizaran en la investigación inicial realizada por él.

La hipótesis de Sheldon se basa en la embriogénesis, un interesante período en el que efectivamente se forma la constitución individual. Este autor considera que, posiblemente por razones genéticas (pero también innatas - por aspectos ocurridos durante el período fetal que interferirían con el ambiente citoplasmático), cada individuo tendría un predominio relativo de uno de los tejidos embrionarios primordiales: el endodermo, ectodermo o mesodermo. Es evidente que este predominio sólo puede ser relativo, ya que los tres tejidos son fundamentales para la formación del feto. Sin embargo, uno o la combinación de más de uno predominaría sobre el tercero o sobre los otros dos, dando como resultado el desarrollo de embriones y, posteriormente, individuos con tres tipos físicos constitucionales: los endomorfos, cuando el predominio había sido del tejido endodérmico, los mesomórficos, cuando el predominio había sido del tejido mesodérmico y, finalmente, los ectomorfos, cuando el predominio había sido del ectodermo. A estas tres constituciones físicas, Sheldon correlacionó tres constituciones psicológicas temperamentales: la viscerotónica, la somatotónica y la cerebrotónica. La mayoría de los individuos son tipos mixtos y no con un predominio muy marcado de uno solo de los tejidos. Sin embargo, existen aquellos individuos en los que uno de los tejidos es claramente más predominante.

A pesar de toda la riqueza desarrollada por Sheldon en su concepción, él y su concepción también sufrieron los efectos destructivos del prejuicio mencionado anteriormente, que se desarrolló mucho más marcadamente después de la Segunda Guerra Mundial, a pesar de que Sheldon era estadounidense y nunca tuvo relación alguna con el nazismo. En las referencias actuales a los conceptos de Sheldon siempre encontramos la afirmación de que sus conceptos están totalmente desactualizados y sin valor científico. Además, incluso sus fotografías con

las notas originales fueron destruidas en la Universidad donde las había guardado después de su muerte. Nosotros, sin embargo, aunque no aceptamos completamente las concepciones de Sheldon, las encontramos bastante interesantes y, por lo tanto, las presentamos sucintamente en este capítulo.

A modo ilustrativo, presentamos un cuadro donde comparamos los tipos descritos por Sheldon, con la clasificación de otros autores constitucionalistas: Viola, Jaensch y Kretschmer. El propósito de esta tabla es mostrar cuán convergentes son las clasificaciones, incluso habiendo sido construidas en función de criterios diferentes:

Tabla No. 1 - TIPOS CONSTITUCIONALES

SHELDON	VIOLA	JAENSCH	KRETSCHMER ³
<i>Endomorfo</i> (viscerotónico)	<i>Brevelineal</i>	<i>Eorisómico</i>	<i>Pícnico</i> (Psicosis Maniacodepresiva)
<i>Mesomorfo</i> (somatotónico)	<i>Normolineal</i>		<i>Atlético</i> (Epilepsia)
<i>Ectomorfo</i> (cerebrotónico)	<i>Longelineal</i>	<i>Leptosómico</i>	<i>Leptosómico</i> (Esquizofrenia)
			<i>Displásico</i>

Cuando Sheldon comenzó sus estudios de clasificación de biotipos y temperamentos, el primer problema al que se enfrentó fue el de conseguir un gran número de físicos que pudieran ser examinados y reexaminados. Para simplificar el desarrollo de su técnica, en lugar de medir las características de los individuos como lo hizo magistralmente Viola, optó por fotografiar a los sujetos desde tres ángulos diferentes: de frente, de espaldas y de perfil. Llamó a este proceso la Prueba de rendimiento del somatotipo. En su estudio inicial del físico humano, Sheldon recopiló cuatro mil fotografías de estudiantes. Estos fueron cuidadosamente examinados por sus colaboradores con el fin de aislar las principales variables que sirven para establecer o dar forma a la variación física. Concluyeron que los tres componentes antes mencionados eran suficientes para determinar el tipo físico de un individuo: endomorfía, mesomorfía y ectomorfía. En la siguiente tabla describimos las características físicas de cada uno de los tres tipos.

³ La razón por la cual los nombres de tres enfermedades se colocan en los tipos descritos por Kretschmer: Kretschmer, en sus investigaciones, encontró que los tipos descritos tenían una predisposición a desarrollar las enfermedades enumeradas a continuación con mayor frecuencia. Sin embargo, según su concepción, estas tendencias podrían atenuarse y, de esta manera, describió tipos de temperamento más cercanos al polo patológico y otros más cercanos a la normalidad. Ejemplos de ello son los temperamentos que denominó: cicloide y ciclotímico, esquizoide y esquizotímico, o epileptoide. Esta concepción abandonada hace mucho tiempo ha sido retomada ahora de una manera diferente con los constructos de conceptos como Espectro, más o menos similar al concepto de Ciclo Heredológico de Silveira, que discutiremos más adelante.

Sheldon también hace un minucioso estudio de los rasgos de personalidad, a los que somete a un estudio estadístico y de correlación con los tres tipos físicos predominantes descritos. Concluye, entonces, con 20 rasgos de personalidad significativos que busca correlacionar con los tres tipos, tratando también de correlacionar los rasgos. El resultado es la siguiente tabla donde trato de exponer los 20 rasgos de personalidad significativos para caracterizar cada uno de los tipos. Evidentemente, la mayoría de las personas se componen de tipos mixtos. Además, es muy posible que las experiencias de vida interfieran en la estimulación de un rasgo más que en otros, y por tanto interfieran en el mayor desarrollo de uno u otro rasgo en cada individuo. Sin embargo, se encontró que estos rasgos eran significativamente más comunes a cada uno de los biotipos considerados. Así, los tipos psicológicos constitucionales descritos por Sheldon fueron: el viscerotónico, correlacionado con el endomorfo, el somatotónico correlacionado con el mesomorfo, y el cerebrotónico correlacionado con el ectomorfo.

Tabla n.º 2 – Características físicas de los tipos constitucionales de Sheldon

ENDOMORFO	MESOMORFO	ECTOMORFO
Corpulencia y aspecto esférico. Subdesarrollo de huesos y músculos y una proporción relativamente baja de masa superficial. Los brazos y las piernas son relativamente cortos en comparación con el torso, siendo el antebrazo más corto que la parte superior del brazo. Las manos y los pies son pequeños y cilíndricos, los dedos son cortos y delgados. El término endomorfo se deriva del hecho de que, en este tipo físico, las vísceras digestivas están muy desarrolladas, estructuras que evolucionan a partir de la capa embrionaria endodérmica.	Aspecto macizo y rectangular, con predominio de tejido óseo y muscular. El cuerpo mesomorfo es fuerte, vigoroso, resistente al sufrimiento y, en general, apto para trabajos físicos exigentes y extenuantes. Los músculos provienen de la capa embrionaria del mesoderma. Las características físicas son: personas grandes y gruesas, siendo el brazo y el muslo relativamente iguales en longitud al antebrazo y la pierna. Las manos son grandes y las muñecas gruesas y los dedos cilíndricos.	En el ectomorfo, los brazos y las piernas son largos en comparación con el cuerpo y el antebrazo es más largo que la parte superior del brazo. Las manos y los pies son tenues. Los dedos son frágiles y puntiagudos. El tipo físico es lineal y frágil, de pecho plano, siendo generalmente delgado y con musculatura reducida. Además, tiene el sistema nervioso central más grande y el cerebro más grande en relación con la altura. El cerebro es de origen ectodérmico.

La siguiente tabla describe veinte rasgos de personalidad y características físicas dinámicas, como la postura y el tono muscular, que pueden manifestarse de manera diferente en los tres biotipos. De esos veinte rasgos, Ruy Mendes Filho, en una clase que nos brindó, durante el Curso de Psicopatología de la Residencia Médica en Psiquiatría del Hospital do Juquery, mencionó que, en correlación con la teoría de la personalidad desarrollada por Aníbal Silveira, tal vez podríamos reducir esos rasgos a sólo siete características más generales, más típicas.

Tabla n.º 3 – Rasgos de personalidad según los tipos constitucionales de Sheldon

	VISCEROTONÍA	SOMATOTONÍA	CEREBROTONÍA
1	Relajación de postura y movimiento.	Firmeza de postura y movimiento.	Restricción de postura y movimiento.
2	Amor por la comodidad física	Amor por la aventura física	Excesiva reactividad fisiológica
3	Lentitud de reacciones	Característica energética	Excesiva velocidad de reacciones
4	Placer en comer	Necesidad y placer en el ejercicio físico	Gusto por la intimidad
5	Socialización en la comida	Amor por la dominación. Deseo de poder.	Tensión mental excesiva. hiperatención. Inquietud.
6	Placer en digerir	Amor al riesgo y al azar.	Secreto sentimental, control de las emociones
7	Amor por las ceremonias de cortesía.	Formas directas de intrepidez.	Movilidad inquieta de ojos y cara.
8	Sociofilia	Coraje físico en la lucha.	Sociofobia
9	Amabilidad sin discriminación.	Agresividad competitiva	Comunicación social inhibida
10	Deseo de afecto y aprobación.	Insensibilidad psicológica	Resistencia al hábito. Automatización débil.
11	Dirigido a los demás	Claustrofobia	Agorafobia
12	Igualdad de flujo emocional	Ausencia de piedad y delicadeza.	Imprevisibilidad de las actitudes
13	Tolerancia	Habla sin restricciones	Habla restringida, miedo a hacer ruido
14	Complacencia	Indiferencia espartana al dolor.	Hipersensibilidad al dolor.
15	Sueño profundo	Gusto por el ruido	Sueño insuficiente, fatiga crónica
16	Ninguna característica	apariencia de supermadurez	Vivacidad juvenil de modales y apariencia.
17	Comunicación libre y fácil de los sentimientos. Extroversión viscerotónica.	Escisión mental horizontal, extraversión somatotónica	Escisión mental vertical, introversión.
18	Relajación y sociofilia bajo la acción del alcohol	Afirmación y agresión bajo la influencia del alcohol.	Resistencia al alcohol y otras drogas sedantes
19	Necesidad de compañía cuando está molesto	Necesidad de acción cuando se le molesta	Necesidad de soledad cuando está molesto
20	Centrado en la infancia y las relaciones familiares.	Enfocado en las metas y actividades de los jóvenes	Dirigido a los períodos más maduros de la vida.

Con esta exposición creemos haber podido exponer de forma muy sucinta la importancia de caracterizar un biotipo para cada sujeto que estemos estudiando clínicamente, ya que este biotipo nos aportará información (bastante genérica pero no obstante significativa) sobre su temperamento y, por lo tanto, su constitución.

Es cierto que tanto Sheldon como autores posteriores que se dedicaron al estudio de la personalidad y sus características, por no tener un modelo sistémico-evolutivo de la personalidad, terminan por confundir conceptos tan importantes como rasgos de personalidad, constitución, temperamento y carácter. Intentaremos presentar cómo Silveira organizó y sistematizó estos conceptos cuando discutamos con más detalle los cambios de personalidad.

6. Otros aspectos significativos de la concepción psiquiátrica de Aníbal Silveira

Después de esta explicación un tanto concisa de la correlación entre biotipo y temperamento, volvemos a la discusión de los aspectos y principios generales que guiaron a Aníbal Silveira en su concepción patogenética de los trastornos mentales. Como hemos dicho antes, en esta concepción, la Psicopatología debe ser considerada analizando los trastornos mentales a partir de cambios en las funciones fisiológicas normales del funcionamiento psíquico y cerebral. Para ello, es fundamental basarse en una teoría de la personalidad (uno de los aspectos considerados anteriormente para la caracterización del método patogénico) y en una teoría que permita su correlación con las funciones neuropsicológicas del cerebro. Lucia Coelho, en su libro *Dinámica psíquica y actividad cerebral*, busca presentar esta teoría psicológica. Así, para quienes deseen conocer un poco más esta teoría, sugerimos la lectura de dicha obra. Sin embargo, sólo para introducir un poco más la Psicopatología, hablaremos brevemente de la concepción psicológica de Silveira.

Esta concepción se encuentra en la zona de confluencia entre la orientación introspectiva de la psicología (liberada de la tutela metafísica); la escuela objetivista de investigación del cerebro; y la doctrina filosófica y enciclopédica de las funciones cerebrales, elaborada, en sus aspectos generales, por Augusto Comte. De la escuela de la introspección puede en un análisis superficial parecer que haya derivado la Psicoanálisis, que se basa en hechos objetivos (supuestamente pues, para el psicoanálisis eso no importa) pero reconstituídos a través del mundo subjetivo del examinado⁴. Dentro del ámbito de investigación llamado objetivista por Silveira, el autor cita las adquisiciones de la experimentación animal, la anatomía comparada del sistema nervioso, la neuropsicología contemporánea y, en parte, los estudios anatomoclínicos. Los estudios de Patología Cerebral, principalmente los de Maynert, Wernicke y Kleist, son los más significativos en su concepción. Esta concepción neuropsicológica y la de Patología Cerebral acercase, coincidentemente, con las concepciones de la Escuela de Vygotsky y, en

⁴ Dicho eso, hay que referir que Aníbal Silveira no consideraba el Psicoanálisis como derivada del método introspectivo. Afirma él en una clase de 1969: Algunos afirman que la técnica psicoanalítica surge de la introspección. Esto no es cierto porque, como mostró Freud, el individuo mismo no puede ser consciente de los procesos mentales a los que está sometido en ese momento. Sólo una tercera persona, que puede observar desde afuera, entonces, con el método empírico, con el método de la observación, puede establecer las funciones que están en juego. Y para ello es necesario utilizar una técnica especial, una técnica en la que Freud fue precedido, en cuanto al valor de la técnica, por Comte en cuarenta años. La teoría de los sueños, que estableció Freud y que aún hoy prevalece en cualquier corriente psicoanalítica, ya había sido establecida por Comte, quien expuso exactamente el valor de los sueños como medio de acceso al medio subjetivo, tal como Freud lo defendió posteriormente. La corriente, por tanto, que dio lugar a la llamada introspección, hoy prácticamente superada, es la misma de Víctor Cousin, que a su vez procedía de Herbert y de los sensorialistas, afines en última instancia a Platón.

la cuestión neuropsicológica, con los conceptos desarrollados principalmente por Alexander Luria.

Silveira, en su texto *Psicología Fisiológica*, presenta cinco postulados filosóficos que rigen su concepción:

- En el dominio cerebral, como en otros sectores del organismo, existe una estrecha correlación entre el plano funcional y el plano estructural: en este caso, funciones neuropsíquicas y organización anatómica del cerebro;
- Cada función psíquica simple corresponde necesariamente a un órgano cerebral distinto;
- La previa identificación de la función psíquica es indispensable para la investigación del órgano correspondiente, del mismo modo que de la dinámica se infiere la estática;
- Tanto a nivel dinámico como a nivel estructural, la investigación sólo se hace efectiva cuando se procede de lo complejo a lo simple o del todo a las partes;
- La estructura y las correlaciones anatómicas de los órganos cerebrales permiten comprender sus funciones psíquicas, pero estas obedecen a leyes propias y no son reducibles a fenómenos de otra categoría, ni siquiera fisiológicos.

Trataremos de explicar estos postulados y justificarlos durante la exposición de este Manual, principalmente cuando abordemos la cuestión de la correlación cerebro-mente, en los próximos capítulos.

Si bien, como decíamos, no nos detendremos a analizar los conceptos de normalidad, creemos fundamental presentar también sucintamente tres principios generales que, según Aníbal Silveira, rigen la armonía mental y, por lo tanto, sirven de criterio para la evaluación de lo normal y lo desviado en Psicología. Son ellos:

1º.- En el plano afectivo, la subordinación de las funciones subjetivas de individualidad a las funciones subjetivas de sociabilidad, como condición básica y fundamental para la armonía en las relaciones afectivas emocionales. No podía ser de otra manera, considerando el carácter eminentemente social de la especie humana. Sin embargo, esta integración y subordinación es bastante compleja y dinámica, encontrando formas de organización bastante singulares.

2º.- En el nivel conativo, la integración armoniosa de las funciones o actividad conativa traducida al nivel de la conducta explícita y la llamada conducta subjetiva. La esfera conativa de la personalidad es la que permite el paso de las concepciones e impulsos y sentimientos a la actividad explícita. También es el que permite el mantenimiento de la atención, actuando también a nivel

de trabajo mental. Está relacionado con lo que los autores generalmente llaman volición. Sin embargo, al hablar de voluntad ya estamos considerando el acto ya deliberado para el paso a la acción, mientras que la conación representa el componente subjetivo de la actividad.

3°.º- En el plano intelectual, la adaptación a la realidad exterior que engloba una serie de leyes establecidas por Comte y ya expuestas anteriormente. Estas son las leyes estáticas del entendimiento, aplicables al mundo objetivo, ya que el trabajo intelectual no se procesa de manera arbitraria y caótica: (a) subordinar las construcciones subjetivas a los materiales objetivos, (b) las imágenes subjetivas son siempre menos vividas y claras que las imágenes externas, (c) la imagen normal debe predominar sobre la imagen que la agitación cerebral simultáneamente da lugar. Vemos que en estos tres principios generales está implícita la integración de las tres esferas de la personalidad: Afectividad, Conación e Inteligencia.

Como afirma Silveira: “La sujeción de las concepciones a los datos del mundo exterior constituye el principio básico de la armonía mental; aun en estado de alienación, es el ambiente el que proporciona alimento y estímulo para la construcción intelectual, aunque ya no la regule.

Ya dijimos, justo al comienzo de este capítulo, que la Psicopatología es el estudio abstracto general y especial de los trastornos mentales y tiene por objeto fenómenos muy complejos que dependen de diferentes niveles de integración de la personalidad y sus relaciones con el sustrato cerebral y la dependencia de este a los fenómenos socioculturales. Por ello, consideramos fundamental que dispongamos de un modelo de personalidad y dinámica psíquica normal. De esta forma, el estudio de los trastornos estará relacionado con las perturbaciones en estos numerosos dinamismos y procesos en la dinámica de la personalidad.

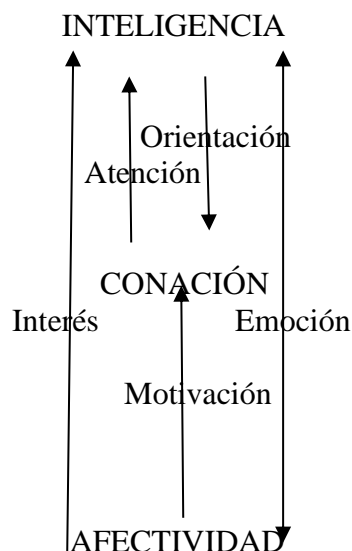
El modelo que adoptamos es el de Comte, desarrollado por Aníbal Silveira. También, para aquellos que deseen tener un conocimiento más profundo de la teoría de la personalidad adoptada por nosotros, sugerimos los trabajos publicados sobre el tema por Lucia Coelho.

A continuación, presentamos un esquema, desarrollado por Silveira, donde están presentes los procesos mentales generales relacionados con la dinámica de la personalidad. El modelo de personalidad considera que la estructura de la personalidad tiene tres esferas generales: afectividad, conación e inteligencia. Estas tres esferas actúan siempre juntas y su aislamiento sólo se justifica como recurso didáctico. En cualquier caso, en patología podemos observar

perturbaciones que involucran preferentemente a cada una de las esferas o a sus dinamismos.

Como podemos ver en el esquema que sigue en el cual están representadas las tres esferas de la personalidad: La afectividad en la posición más baja porque es la esfera básica de la personalidad, la que estimula a todas las demás, la más enérgica. La inteligencia está representada en la posición superior porque es la esfera más dependiente y la más diferenciada. Es lo que permite la adaptación a las contingencias del medio externo. Finalmente, en un nivel intermedio, se encuentra la Conación, ya que funciona como un conjunto de funciones que sirven tanto a la afectividad como a la inteligencia. Nos permite transponer inclinaciones, impulsos y deseos, así como nuestras concepciones, en actividad explícita y también mantiene la atención, permitiendo la selectividad y el mantenimiento del trabajo mental.

Esquema n° 5 – Esferas de personalidad y procesos mentales complejos



Coelho, 1972

Los cinco procesos generales representados: Interés, Emoción, Motivación, Atención y Orientación son también de fundamental importancia en psicopatología, ya que pueden verse perjudicados, provocando numerosos trastornos psíquicos, como estudiaremos en los siguientes capítulos de este Manual. Hablaremos de cada uno de estos procesos cuando estudiemos los trastornos mentales relacionados con cada uno de ellos.

En este punto de la explicación, si bien pretendemos desarrollar en detalle cada signo o síndrome indicativo de un trastorno mental, vale la pena ejemplificar brevemente la importancia de orientar nuestro análisis desde una Teoría de la Personalidad, como lo hacemos en esta concepción.

En el diagrama anterior podemos ver que las tres esferas de la personalidad están en continua interacción a través de los procesos

representados. Durante los procesos morbosos es posible que uno o más dinamismos se vean perjudicados. Por ejemplo:

- Motivación – La motivación es el estímulo afectivo para la acción, por lo tanto, el estímulo afectivo-conativo. El deterioro específico de esta función se da principalmente en casos de Apatía, cuando debido a la devastación afectiva que se produce en los estados esquizofrénicos hebefrénicos, se produce una pérdida total de motivación del sujeto para relacionarse con el entorno, lo que lleva a una falta de iniciativa por indiferencia. El deterioro de la motivación también puede ocurrir de manera escalonada, por ejemplo, en condiciones depresivas, cuando se baja toda la vida afectiva.
- Interés – El interés es el estímulo afectivo en la esfera intelectual, llevando al sujeto a buscar en el medio físico y social los estímulos que le interesen y motiven, de esta forma estimula su propia percepción y, en un segundo momento, el pensamiento y la comunicación de conceptos. Como se ha comentado anteriormente, en los casos de depresión, por un descenso global de los estímulos afectivos, también disminuye el interés por contactar con el entorno, y en algunos casos más extremos, por subjetivismo, pueden producirse alucinaciones (que, en este caso, evidentemente, tendrá un contenido convergente con el estado de ánimo, y, por tanto, serán contenidos de ruina, culpa, hipocondríacos, etc.). También en el caso de la hebefrenia, que Kleist llama autista, la retracción del interés bloquea la capacidad de contacto con el entorno. Por supuesto, estos ejemplos son situaciones más graves, ya que aspectos de un trasfondo emocional también pueden dañar el interés, pero a un nivel menos grave.
- Emoción: el dinamismo emocional es la continua repercusión de nociones y pensamientos sobre motivos afectivos y viceversa. Según esta concepción, lo que no produce ninguna emoción no existe para el sujeto. La emoción es un proceso continuo, aunque su intensidad es variable. El deterioro del proceso emocional es la base de los trastornos neuróticos. La ilusión sensorial es también un fenómeno que se produce por la intensidad del estímulo emocional que, en este caso, distorsiona momentáneamente el hecho percibido.
- Atención: El proceso de Atención está directamente relacionado con la selectividad a nivel de trabajo mental; es decir, es la acción selectiva y de mantenimiento que las funciones conativas (casi de carácter motor) ejercen sobre las funciones intelectuales, regulando y organizando así el trabajo mental. Muchos cambios psicopatológicos pueden estar relacionados con este complejo proceso. Por ejemplo: cuando están presentes trastornos de la percepción sensorial, como es el caso del automatismo mental sensorial verbal-auditivo (que correspondería descriptivamente más o menos a lo que los autores fenomenológicos denominan pseudoalucinaciones auditivas), la atención se dispersará, ya que

se dividirá entre estímulos objetivos (percepción normal) y subjetivos (relacionados con el síndrome del automatismo mental). Un cuadro de excitación psíquica conducirá también a una dispersión de la atención, que puede llegar incluso a lo que los autores suelen llamar “fuga de ideas”; en el llamado trastorno del “Estado Crepuscular”, la atención se ve tan comprometida debido a un “estrechamiento” de la conciencia (el estímulo de los impulsos destructivos impide el acceso al trabajo mental del capital mnésico, haciendo extremadamente fragmentada la percepción de la realidad, perjudicando el fijación, selectividad y asociación). Estos son solo algunos de los trastornos que están relacionados con cambios en la atención.

- Orientación: La orientación corresponde a la organización que realiza el trabajo intelectual sobre la acción explícita e incluso sobre la atención. La atención es un fenómeno complejo, existiendo desde un nivel básico relacionado con lo que Pavlov llamó el “Reflejo de Orientación”, hasta aquella atención requerida por el trabajo mental consciente mediado por el lenguaje, que ocurre, por ejemplo, durante una actividad de producción de texto o en la búsqueda. para orientarse en el entorno circundante. Ejemplos de alteraciones en estos procesos son los fenómenos de desorientación del medio, en el tiempo, en el lugar; actos desorganizados debido a un marco de confusión mental que desorganizaría el trabajo intelectual, resultando a veces en una falta de iniciativa con estupor, a veces en una agitación desordenada y confusa.

Estos son solo algunos ejemplos para que os hagáis una idea de cómo pretendemos desarrollar el análisis de los síntomas y síndromes psiquiátricos, intentando siempre analizar las dinámicas implicadas según la teoría de la personalidad e intentando correlacionarla con las funciones neuropsíquicas y su base cerebral.

Estos procesos que ahora utilizamos para ejemplificar un poco el razonamiento psicopatológico patogénico son mucho más complejos. Los dos esquemas a continuación buscan aclarar un poco más esta complejidad. De esta forma, se considera predominante la integración a nivel instintivo o a nivel interpersonal.

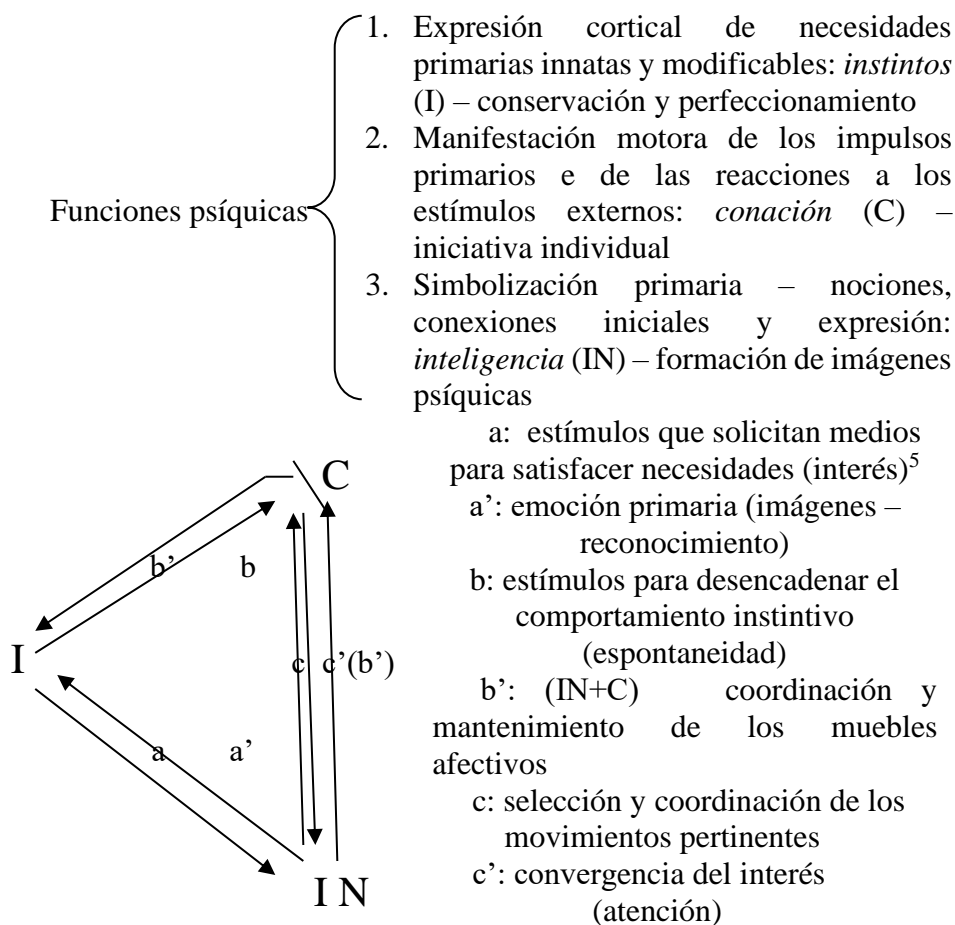
Los esquemas nº 6 y 7 aportan un aspecto muy importante para la comprensión de la dinámica psíquica normal: la necesaria integración afectivo-instintiva, o sea, lo que considera Silveira en su primer principio de armonía mental. A medida que vayamos estudiando los diferentes trastornos posibles, hablaremos de aquellos que se relacionan exactamente con este proceso, el de la integración afectivo-instintiva. Además, el esquema muestra los planos limítrofes del fenómeno psicológico tanto a nivel biológico como a nivel social.

Así, cuando hablamos, por ejemplo, del proceso de interés, podemos comprobar que existen, evidentemente integrándose de manera dinámica, en este nivel tanto los intereses que demandan medios para la satisfacción de necesidades más primarias ligadas a la autopreservación o la sexualidad, como las que reflejarían sentimientos más diferenciados.

La integración de estos dos planos es una situación deseable, pero pueden darse condiciones morbosas que dificulten esta integración. Un ejemplo de esto se encuentra en condiciones donde la integración afectivo-instintiva está comprometida, como en las personalidades psicópatas. En estos predomina el nivel más básico de la personalidad, aunque de forma diferente según el tipo de psicopatía, sobre el nivel más diferenciado ligado a los sentimientos sociales. Sin embargo, dejaremos esta compleja discusión para cuando sea oportuno.

Esquema n° 6 - Primer nivel de integración – Predominio del plano instintivo

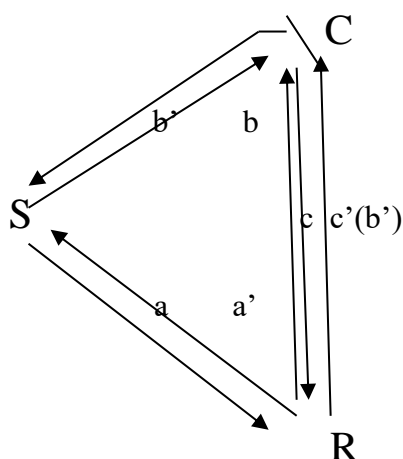
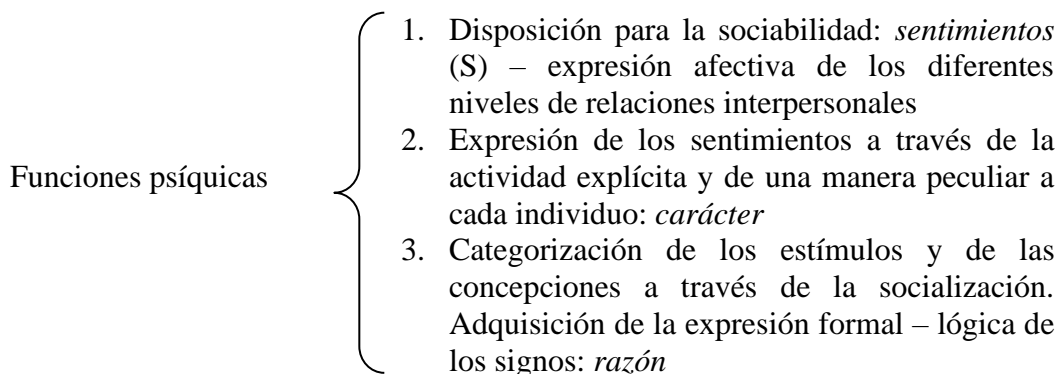
(límite del fenómeno biológico y psicológico)



Coelho, 1982

⁵ Aunque hemos mencionado aquí, según el esquema presentado por la Prof^a. Dr^a. Lucia Coelho en su libro *Fundamentos Epistemológicos de una Psicología Positiva*, la denominación de “interés” para este proceso complejo que involucra el nivel instintivo y la inteligencia, en una conversación reciente con la autora, me informa que tal vez sería mejor reservar esta denominación específicamente para el segundo nivel de integración (como se presenta a continuación), ya que el interés siempre debe tener en cuenta los sentimientos sociales y el proceso simbólico. En todo caso, creo que esto ya estaba implícito en sus consideraciones anteriores (aunque quizás no tan enfatizado) ya que los dos esquemas solo representan una abstracción del proceso que se integran, con el objetivo didáctico.

Diagrama No. 7 - Segundo nivel de integración - Predominio del plan interpersonal
(límite del fenómeno social y psicológico)

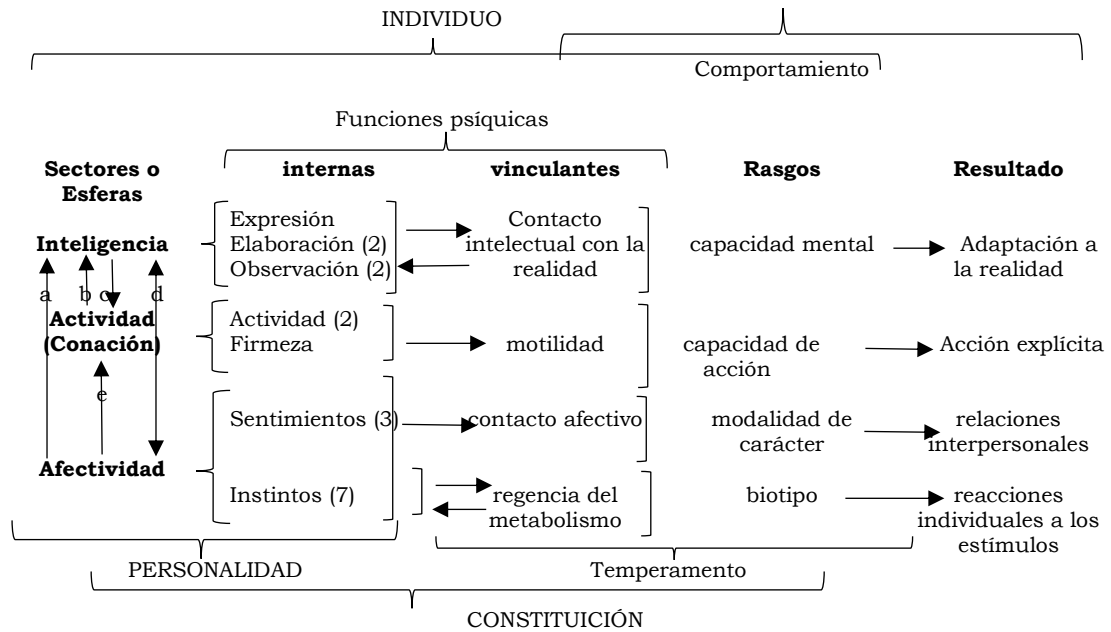


a: transformación evolutiva de las relaciones personales (niveles de interés social).
a': emoción diferenciada (repercusión de la noción de identidad social *-self-* y valores sociales).
b: modalidad de acción (motivaciones).
b': (R+C) coordinación de "gestos" para expresar los diferentes niveles de interacción social.
c: elección racional de actos y especialización de actividades (habilidades).
c': concentración selectiva de materiales lógicos (reflexión)

Coelho, 1982

Finalmente, para terminar este primer capítulo introductorio a la Psicopatología, presentaremos un cuadro muy sintético de Lucia Coelho, en su libro *Epilepsia y Personalidad*. Es un esquema que busca representar, de manera muy sintética, la estructura y dinámica de la personalidad. Esta tabla es un desmembramiento más completo de la que presentamos anteriormente en el Esquema 5. La diferencia es que en esta tabla la autora presenta una síntesis de todo lo que hemos discutido sobre constitución, temperamento, individuo, carácter, comportamiento, funciones y esferas psíquicas.

Esquema n.º 8 - Estructura y dinámica de la personalidad



Clave para los vínculos entre los sectores de la personalidad: a - interés; b - atención; c - orientación; d- emoción; e- motivación

Coelho, 1972

Capítulo II

El criterio patogénico

1. Semiología psiquiátrica

El criterio patogenético es el criterio utilizado por Aníbal Silveira en su concepción de la psicopatología y el criterio adoptado por nosotros en este libro sobre el tema. En realidad, no es complejo entender en qué consiste este criterio ya que se trata, de hecho, del mismo criterio que se utiliza en Medicina General a la hora de realizar el estudio etiopatogénico de las enfermedades en general, la clásica clínica francesa y alemana. Así, aunque valoremos siempre la objetividad, nuestros principios no se identifican con la actualmente denominada “Clínica basada en evidencias”, de clara influencia anglosajona, ya que en esta orientación la influencia empirista y pragmática es, a nuestro juicio, excesiva, despreciando aspectos fundamentales de la ciencia, a saber, la formulación de teorías que guían la investigación empírica. En cuanto a la diferencia entre la clínica psiquiátrica y la clínica general, destacamos que la especialidad psiquiátrica es mucho más compleja que las demás especialidades médicas, ya que estudia las alteraciones patológicas que tienen relación con el nivel fisiológico humano más complejo, el psiquismo.

El estudio semiológico en Psiquiatría revela trastornos muy complejos, ya que estos resultan de disfunciones psíquicas, funcionales u orgánicas (lesionales), que dependen de diferentes niveles de integración de la personalidad. La actividad psíquica se organiza en sistemas psíquicos que dependen de sistemas cerebrales complejos (integración funcional de verdaderos órganos cerebrales que realizan funciones distintas y organizadas jerárquicamente). Si bien la vida psíquica depende de su base orgánica (funcionamiento cerebral), no se reduce a niveles psicofisiológicos. Es fundamental que consideremos en el estudio psicopatológico el nivel de desarrollo del sujeto (psicología del desarrollo) y también que tengamos en cuenta, como hemos dicho antes, la naturaleza eminentemente social del ser humano y, por tanto, que el ser humano el sufre la influencia continua del medio físico y social. De esta forma, incluso la definición de función se encontrará dentro de los límites del organismo y su relación con el medio interno y con el medio externo (físico y social). Esta complejidad se encuentra tanto en situaciones patológicas como en la situación normal. De hecho, es aún más complejo en el individuo normal, ya que la patología, por tratarse de un deterioro funcional, hace que la riqueza de la vida mental sea mucho más estereotipada.

A menudo, es la propia patología la que nos permite identificar con mayor claridad las funciones psíquicas (el llamado método patológico), ya que en estas circunstancias podemos ver el fenómeno casi como un método experimental espontáneo. En la obra de Karl Kleist, donde la ambición del autor es llegar a un plano funcional del cerebro y también a una psicología de la personalidad, utiliza el método patológico, formulando hipótesis de funcionamiento normal a través de la

comparación de los resultados de su fino análisis clínico, que reúne más de mil casos de pacientes con traumatismo craneoencefálico (durante la Primera Guerra Mundial) y también casos de pacientes con procesos tumorales, con accidentes cerebrovasculares, etc. de su casuística personal. También integra su conocimiento de la citoarquitectura de la corteza y la fina histología de las capas corticales en este fino análisis. Silveira apoya gran parte de su concepción psiquiátrica basada en la patogenia en el monumental trabajo de Keist, aunque reinterpreta los resultados con su propia teoría de la personalidad. Además, como veremos, su concepción psiquiátrica es más amplia, una vez que utilizando un eclecticismo dirigido, integra la concepción kleistiana con otros constructos de la Psiquiatría contemporánea de su época, pero que, aún a principios del siglo XXI, resulta innovadora.

En Medicina General solemos estudiar en Semiología los síntomas y signos que indican alteraciones patológicas. Por lo tanto, el conocimiento de la fisiología normal es esencial. Ahora bien, este estudio en Psiquiatría se vuelve mucho más arduo debido a las características más complejas de la vida mental, donde está presente la continua influencia social, que por cierto es el alimento de la vida psíquica. Además, la clásica división de las indicaciones clínicas en signos y síntomas en Psiquiatría se vuelve prácticamente innecesaria, ya que no podemos observar directamente la vida mental, sino que solo tenemos acceso a ella desde la conducta⁶.

Profe. José Ramos Junior, en su libro *Semiotécnica da Observação Clínica* afirma: “Como orientación general y obligatoria en la propedéutica física y funcional de la observación clínica, el estudiante y el médico deben educarse, disciplinarse, en la percepción de todos sus sentidos, en el reconocimiento de todo lo que podría ser normal, y

⁶ Es claro que entendemos por comportamiento tanto lo que observamos en las relaciones interpersonales del individuo, como lo que nos comunica, el aspecto más importante en Psicología y Psiquiatría. Nuestra concepción del comportamiento no está restringida como la considera el conductismo. Como menciona Coelho en su libro *Epilepsia y personalidad*, citando a Tinbergen, la conducta es reacción en la medida en que depende de estímulos externos. Pero también es espontánea, ya que se deriva de factores causales internos subjetivos. Nuestra concepción del comportamiento se acerca más a esta definición.

No nos gusta mucho el término “semiotecnia” ya que el término “semiología” (aunque mucho más amplio, tal como lo define Edward Lopes en su libro *Fundamentals of Contemporary Linguistics: Semiología es la “ciencia que estudia los sistemas de signos, cualesquiera que sean sus esferas de uso”*) es suficiente para definir esta ciencia a la que nos referimos, simplemente agregando el adjetivo clínico. El autor antes mencionado (Edward Lopes), citando a Saussure, afirma que concibió la Semiología como una disciplina que sería “parte de la Psicología Social y, en consecuencia, de la Psicología General”. Bajo el nombre de Semiótica, Charles Sanders Pierce concibió una disciplina que se confundía con la Lógica: “La Lógica es, en su sentido general, sólo otro nombre de la Semiótica, la doctrina casi-necesaria o formal de los signos...”. Volviendo a la Semiología Clínica, la definición de Semiótica de José Ramos revela que se trata de un aspecto práctico específico de la Semiología. De esta forma, el término Semiótica me parece una concesión al deseo que tienen las Ciencias Biológicas de acercarse a las ciencias “duras”, como la física y la química, como si esto las hiciera más científicas que utilizar conceptos de las ciencias humanas, necesariamente más concretas y complejas y por tanto con métodos más difíciles de generalizar.

particularmente, es obvio, en la percepción de todas las desviaciones hacia la anormalidad.” Es obvio que no hay forma de realizar un examen mental sino a través de la relación interpersonal, a través de la entrevista con el paciente, ya que no podemos, como en la práctica clínica, encontrar evidencias físicas de vida mental. Es decir, en medicina clínica, durante un examen físico, podemos verificar a través de la palpación, por ejemplo, un hígado agrandado y esto es un indicio importante de un proceso patológico; pero no podemos observar, percutir, palpar o auscultar el cerebro. Las funciones cerebrales sólo nos son accesibles a través del examen físico, cuando las funciones comprometidas son las que llamamos neurológicas (nivel que se relaciona con las funciones de conexión - motricidad, equilibrio, sensibilidad) pero no podemos tener observación directa de las funciones subjetivas de la personalidad. Las funciones internas de la personalidad, las funciones psíquicas, sólo nos son accesibles indirectamente, es decir, a través de una buena entrevista ya través de información sobre la conducta del sujeto.

Como afirma Silveira en su obra *Acepción de Semiología en el dominio de las enfermedades mentales*: “...la semiología psiquiátrica no puede limitarse a los signos objetivos manifestados por el paciente en el momento del examen: se trata de cuestiones extremadamente complejas que trascienden los límites del individuo en términos de estudio y está vinculado, por un lado, a fenómenos sociogénicos, por otro lado, a condiciones relacionadas con la herencia biológica”. “...en consecuencia, es imperativo estudiar un número de hechos mucho mayor que en otros sectores de la medicina para concluir un diagnóstico adecuado”.

Por supuesto, como en Medicina General, un síntoma es una indicación de deterioro patológico de la función normal. Y puede ser referido por el individuo u observado por el examinador durante el examen subjetivo, o incluso a través de la historia clínica. Sin embargo, en Psiquiatría, dada la complejidad del comportamiento humano, muchos síntomas adquieren un carácter polisémico, es decir, pueden indicar muchas cosas e incluso carecer de significado patológico. Es evidente que cuando hablamos, por ejemplo, de un síntoma como la alucinación, éste es más evidentemente morboso; pero cuando, en un examen psicológico, observamos que el paciente no muestra un buen nivel de higiene y alineación, esto puede no tener sentido si no se contextualiza. En Psiquiatría, dada la característica social de la conducta, los signos siempre necesitan ser identificados dentro del conjunto de la conducta del sujeto y de la inserción del sujeto en su medio social. Otro ejemplo: el sujeto menciona que escucha voces de espíritus que le dan consejos. Esto podría ser una alucinación con una interpretación delirante de ellos. Sin embargo, si estos síntomas, por ejemplo, sólo ocurren durante una sesión espírita y el sujeto se adhiere a estas creencias, ese indicio puede dejar de ser un síntoma y reflejar sólo características culturales de ese individuo. Este es uno de los aspectos que hacen que la evaluación psíquica sea tan compleja.

Únicamente con el objetivo de ejemplificar la complejidad del análisis de la conducta anormal en un ser humano específico, presentamos en la página siguiente un esquema del gran neuropsiquiatra

ruso Constantin von Monakow, frecuentemente citado también por Aníbal Silveira.

En este interesante esquema de von Monakow, reorganizado y presentado por Aníbal Silveira en clase, se intenta resaltar las diversas influencias decisivas en la configuración y evolución de la Horme individual que, en la concepción de von Monakow, representaría un elemento básico, fundamental, el instinto formativo, del que si se derivara la serie de “hormeterios” (originada del contacto del Horme con el mundo exterior). De los hormetérios derivan los “nouhormetérios”, responsables por los actos conscientes, por las reacciones objetivas, por los pensamientos, por las disposiciones. La unión de las Hormes maternas y paternas se produce con el germoplasma, que se vincula con el instinto formativo. El niño tiene sólo el instinto formativo al nacer, bajo la influencia de la Horme predominante desde la etapa embrionaria. Durante la infancia, el contacto de Horme con el medio exterior produce los "hormeterios", que se manifiestan en todos los actos psíquicos del adulto: estos se originan a partir de demandas del medio exterior y se expresan por el "sentimiento de fuerza", que lleva al individuo a actuar y tratar de aprehender lo que hay en este ambiente.

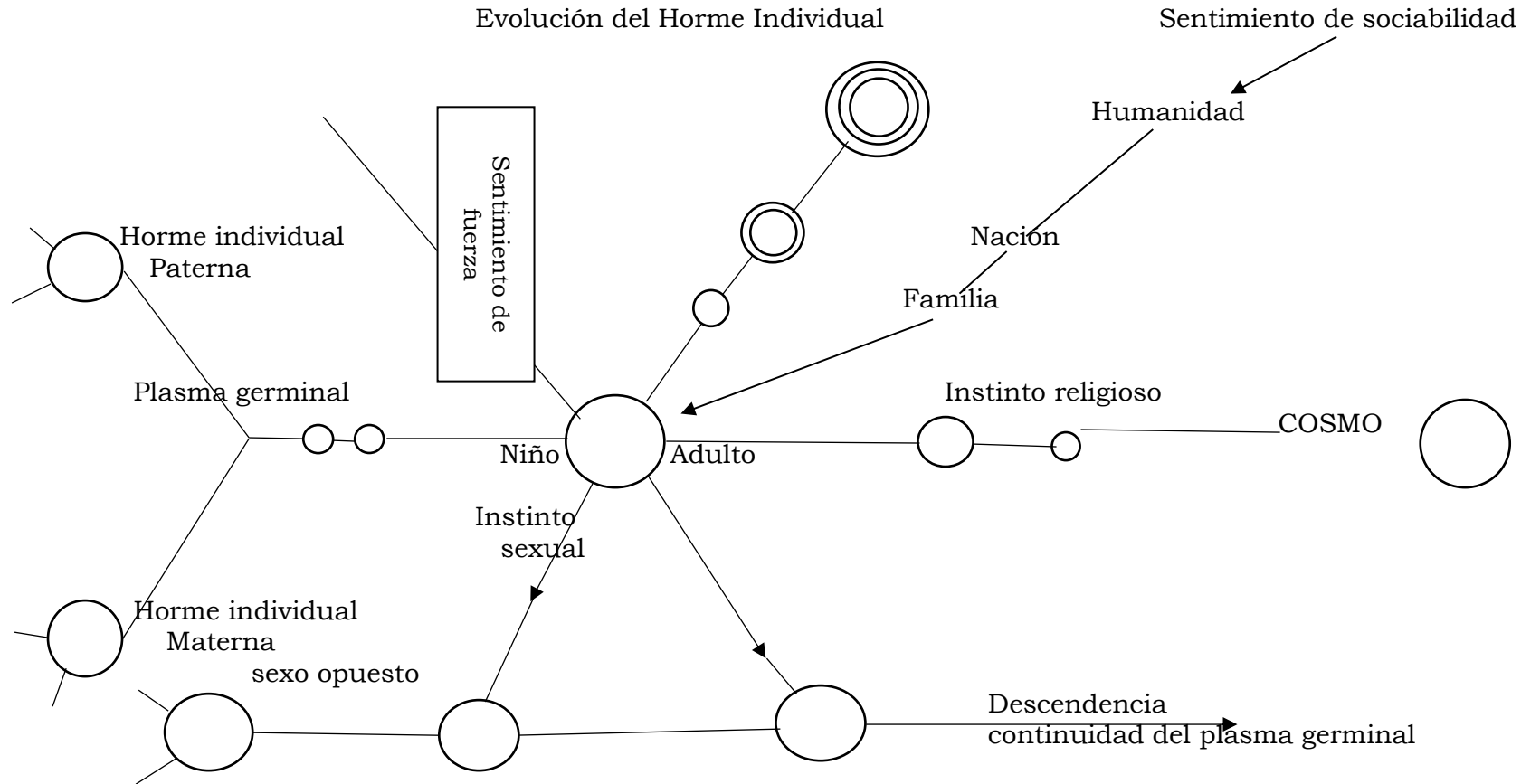
En el período de maduración genética, aún bajo la influencia de los “hormetérios”, el individuo tiende a propagar la especie. Pueden faltar algunas fases resultantes de la evolución biológica; por ejemplo, el individuo puede no tener hijos. Con la maduración individual, comienza la acción de los “nouhormetérios”, que llevan al individuo a integrarse en la familia, en el medio ambiente de la nación, en la Humanidad, hacia las religiones y el cosmos. Los tres grupos son:

- Horme – instinto formativo ciego, sin dirección.
- Hormeterios – instintos personales, tendencias, sentimientos de fuerza, que actúan sobre el ambiente externo
- Nouhormeterios – adaptación a la realidad, motor consciente y orientado, integración en el ámbito religioso, en la sociedad y en el cosmos.

A medida que pasan los años, el hombre desarrolla el “instinto religioso”, expresión del nouhormeterio, que lo adapta a la integración final en el cosmos, a través de la muerte. En la doctrina de von Monakow, todas las actividades proceden así de la fuerza instintiva básica, que establece la unidad del individuo desde la etapa embrionaria hasta la desintegración objetiva. Esta concepción no es la de Silveira, pero tiene similitudes.

Presentamos la figura a continuación (Esquema 9) porque nos permite objetivar que el individuo humano aislado es un concepto sin sentido en el campo de la Psiquiatría o la Psicología. Incluso antes del nacimiento ya existen expectativas, influencias que actuarán sobre el individuo que irá asimilando las influencias de su entorno sociocultural, inicialmente a través del contacto familiar y, posteriormente, con su propio entorno social. Además, los factores hereditarios también están presentes incluso antes del nacimiento, en este caso provenientes de lo que el autor del esquema denomina horma individual materna y paterna.

Esquema n° 9 - Evolución del Hombre Individual. Esquema de von Monakow y Mourage (adaptado por Aníbal Silveira)



2. Características de la personalidad que son esenciales para que los psiquiatras desarrollen su práctica profesional

Otro punto importante en la identificación de síntomas psiquiátricos es el principal instrumento utilizado en el proceso de identificación. Es decir, se involucran la personalidad y las características psíquicas del propio examinador para que, a través de la relación interpersonal, el examinador pueda obtener evidencia significativa.

Si para que un médico general aprenda a identificar un hígado agrandado necesitará un entrenamiento para desarrollar su sensibilidad táctil en la técnica, en el caso del psiquiatra (y también del psicólogo) será a través de la entrevista que el profesional identificará los síntomas. Para ello, necesitará tener un grado razonable de autoconciencia para que no se altere emocionalmente hasta el punto de no poder abstraer cuál es su emoción y cuál es la del paciente, acabando por atribuirle significados subjetivos propios. lo que observa. Es decir, el proceso de examen es mucho más complejo en este campo de la medicina. Además, es claro que el psiquiatra debe tener un buen conocimiento de cómo se manifiestan y los trastornos mentales y, por tanto, debe tener conocimientos fisiopatológicos para poder atribuir significados más precisos a lo que observa. Si el examinador no sabe, por ejemplo, la diferencia entre alucinación y síndrome de automatismo mental, o entre fabulaciones y concepciones delirantes, no podrá identificarlas.

Silveira, en su curso de Psicoterapia, considera algunas condiciones fundamentales de la personalidad que debe poseer el psicoterapeuta. Como también afirma que, hoy en día, no se entiende a un psiquiatra que no hace psicoterapia, podemos decir que estas condiciones se aplican a los psiquiatras y psicólogos. Es cierto que, en el mundo actual, la tendencia a la sobreespecialización es cada vez más marcada. Llegamos a situaciones que casi nos parecen ridículas, como sub-sub-especialidades. Como la formación de los psicólogos también va en aumento, ofreciendo estos servicios con mayor frecuencia, podríamos considerar que las técnicas más específicas de psicoterapia podrían ser desarrolladas principalmente por ellos. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, el psicólogo siempre debe trabajar junto al psiquiatra y viceversa, en estas condiciones. A pesar de ello, aun en estas circunstancias, seguimos considerando fundamental que el psiquiatra conozca, al menos en cierta medida, alguna técnica psicoterapéutica, ya que ésta siempre le ayudará, incluso en la práctica clínica exclusiva (considerando que cuando indica la necesidad de psicoterapia, recurre a un psicólogo con el que se trabaja en conjunto).

Así, estas condiciones señaladas por Aníbal Silveira como fundamentales para el psicoterapeuta también se aplican, en general, a los psiquiatras y psicólogos. Estas son las condiciones:

- idoneidad moral (condición fundamental)
- estabilidad emocional, tolerancia, franqueza y seguridad y firmeza (condiciones personales)

- flexibilidad (que le permitirá cambiar de táctica cuando sea necesario) y coherencia y uniformidad (para permitir la continuidad y eficacia del proceso) (condiciones intelectuales).

Finalmente, como condiciones necesarias para el psicoterapeuta, Silveira enumera algunas condiciones accesorias (y es interesante notar que las considera “accesorias” y, por lo tanto, secundarias a las primeras ya presentadas). Estas son las condiciones accesorias:

- conocimiento de psicopatología y técnica de psicoterapia,
- conocimientos de psicología, psiquiatría y psicoterapia;
- y, en el caso específico de la psicoterapia: el acuerdo previo con el paciente de cómo se desarrollará el proceso, la importancia del secreto y la interpretación.

En la clínica psiquiátrica, al examinar a un paciente, debemos tener presente que la estructura humana es tan compleja que las manifestaciones psíquicas dependen de correlaciones con las funciones cerebrales (y, por tanto, con el sustrato anatómico del cerebro) pero también dependen, indirectamente, de sobre las condiciones generales del organismo (ya que interfiere en el funcionamiento cerebral, ya que el cerebro es una víscera y como tal depende de condiciones metabólicas). Además, las funciones psíquicas varían según la fase de desarrollo del sujeto en cuestión: no es lo mismo examinar a un niño, a un adolescente, a un adulto o a una persona mayor. Las funciones psíquicas se organizan de manera diferente según cada fase evolutiva individual. Finalmente, deberemos tener en cuenta las influencias del entorno social e histórico, que también son determinantes en la construcción de nuestras concepciones científicas. También existen interferencias del medio físico que pueden ser determinantes en determinadas patologías. Así, todo este conocimiento debe estar presente en la mente del psiquiatra al momento de evaluar a un paciente.

Como afirma Silveira:

“Parece extraño que el psiquiatra deba atender con el mismo cuidado fenómenos tan amplios como los de la sociología y otros tan particulares como las características heredológicas. Y en realidad, la mayoría de los autores tienden a ver la psiquiatría de forma unilateral. Precisamente por eso, insistimos en que es fundamental tener siempre presente que el nivel moral o subjetivo de la personalidad presupone necesariamente la concurrencia de numerosos factores, dinámicos, estructurales, biológicos, físicos y también sociales. En consecuencia, es imperativo estudiar un número de hechos mucho mayor que en otros sectores de la medicina para concluir un diagnóstico adecuado. Y, con más razón aún que en otros campos de la actividad médica, la tarea que nos impone la psiquiatría de nombrar cada caso no nace, en realidad, de la simple necesidad de etiquetar. El diagnóstico nosográfico ni siquiera es el fin inmediato del examen psiquiátrico. No hay que olvidar que las modalidades clínicas a las que llegamos como conclusión de este estudio semiológico, es decir, las enfermedades mentales, representan entidades abstractas por excelencia. Ciertamente hay un conjunto de datos que

etiquetamos, por ejemplo, como esquizofrenia o psicosis maniaco-depresiva. Pero esto es una simple creación del espíritu humano, un lógico artificio para metodizar el trabajo: nuestro deber es considerar objetivamente las condiciones somáticas y psíquicas en las que se encuentra el individuo cuyas manifestaciones psicóticas describimos con el diagnóstico psiquiátrico, en este caso Esquizofrenia o Psicosis Maniaco-depresiva. Son esas condiciones específicas, no esta entidad genérica, las que orientan al psiquiatra hacia el trabajo correctivo”.

En el examen psiquiátrico, el examinador debe basarse en datos objetivos precisos y, al mismo tiempo, tener en cuenta los fenómenos sociales. Así, el examen no puede restringirse a los signos objetivos manifestados por el paciente sólo en el momento del examen, ya que el ser humano posee características que lo hacen trascender sus límites como individuo. Cada individuo necesita ser considerado, como señala Lucia Coelho, como un agente social. Esta característica de la personalidad humana es de tal magnitud que, sólo para hacerla más evidente, citamos la concepción filosófica budista, que considera que no existe el “yo”, siendo este concepto una creación cultural más. Nada más preciso. Hay naciones africanas en las que el sujeto, cuando se le pregunta su nombre, no solo mencionará el nombre de su abuelo, sino que también se considerará a sí mismo como su abuelo. La cuestión de la delimitación de nuestra personalidad es compleja y depende de un proceso evolutivo, en el que nos individualizamos. Todo ser humano está inmerso en una cultura, en un momento histórico dado, pertenece a una familia específica, a un subgrupo social específico, comparte los valores de su grupo o los critica, etc. Además, no se confunde con su grupo cultural y con la historia previa de su familia, porque todos estos factores encuentran un sujeto activo que asimila todas estas influencias de manera particular y, unos más, otros menos, elaboran estos datos e interfieren en su medio sociocultural.

Con los hechos expuestos anteriormente, se hace evidente que, en una evaluación psiquiátrica, no basta con examinar al paciente en ese momento, sino que es fundamental construir una historia personal que tendrá en cuenta, en un primer momento, la historia de su enfermedad actual y, en un segundo, la construcción de su historia de vida. Esto es lo que llamamos Anamnesis. Sin embargo, en el caso de la Psiquiatría, dado que la enfermedad interfiere precisamente en la capacidad mental, dando lugar a nociones deformadas y subjetivas de los hechos, si bien la entrevista con el paciente es fundamental, también lo será entrevistar a familiares, amigos, conocidos, por último, con personas que puedan aportar datos objetivos sobre el comportamiento del paciente a lo largo del tiempo. Llamamos a estos datos recopilados y organizados como Anamnesis Objetiva, mientras que los datos que recopilamos directamente con el paciente, como Anamnesis Subjetiva.

El psiquiatra también debe recopilar información sobre la familia del examinado. No sólo datos sobre las características de las relaciones interpersonales en el ámbito familiar, sino también datos

sobre antecedentes familiares o anamnesis hereditaria, cuando se buscará caracterizar condiciones relacionadas con la herencia biológica.

En otro capítulo trataremos los Métodos Clínicos aquí mencionados, presentando y discutiendo de manera más detallada el tema de la Anamnesis Psiquiátrica, y en otro el del Examen Psíquico o Subjetivo. Por tanto, volviendo a la discusión de qué es un criterio patogénico, objeto de este capítulo, presentaremos una definición de este y los pasos fundamentales para su uso.

Silveira considera que la psiquiatría asume un carácter ecléctico, resumiendo en sí misma una serie de diversas tendencias doctrinales. Sin embargo, este concepto ecléctico no tiene el sentido de aglomerar métodos dispares como medios de investigación de la personalidad, sino que, por el contrario, otorga a cada fenómeno el valor que le corresponde. Como ejemplos, numerosos pacientes que tienen evidentes trastornos “neurológicos”, como “tics”, no tienen una enfermedad mental o alguna alteración orgánica; mientras que los pacientes que han tenido encefalitis en la niñez, y por lo tanto lesiones de estructuras anatómicas especiales, exhiben actos aparentemente pituitarios. Esto indica que no es posible “a priori” decidir si en un caso dado las alteraciones corresponden a lesiones orgánicas del cerebro o meras desviaciones de un orden funcional.

Así, Silveira define la semiótica en psiquiatría como “el estudio sistemático del comportamiento de los diversos elementos clínicos, con el propósito inmediato de establecer el diagnóstico diferencial y –principalmente– con los propósitos inmediatos y remotos de orientar la terapia y establecer el pronóstico psicobiológico del caso clínico en cuestión, teniendo siempre en cuenta la reintegración funcional del individuo en el medio objetivo y su desempeño a través de las corrientes genéticas”.

3. ¿Qué es el criterio patogénico para la orientación de Silveira?

En una Mesa Redonda en el 1º Congreso Brasileño de Etnopsiquiatría, realizado en Florianópolis en 1998, enumeramos y discutimos los objetivos o etapas del examen guiado por la patogénesis como siendo:

- la correlación de trastornos psicológicos con alteraciones cerebrales;
- la aplicación de la teoría de la personalidad, en un sentido preciso, para comprender la dinámica de estas alteraciones;
- análisis amplio de síntomas y signos, a través del conocimiento de la dinámica psicológica y su sustrato, el cerebro;
- la visión sistemática de las condiciones clínicas a la luz del estudio de la confluencia entre la genética y el medio ambiente.

Vemos que esta enumeración de fases o etapas del uso del criterio puede ser mejor comprendida por la propia definición de Aníbal Silveira, presentada por Paulo Palladini en su libro *Patogênese – una introducción al pensamiento de Aníbal Silveira*:

“El criterio patogénico consiste en la afiliación de los síntomas y cuadros clínicos, respectivamente, a los sistemas y esferas psíquica y cerebral. También incluye el estudio de la participación de la carga genética en cada entidad clínica. La patogenia indica el origen de un determinado trastorno patológico. Es cerebropatogenia cuando se relaciona con el origen y la dinámica cerebral; es psicopatogénesis en términos de origen y dinámica psíquica. Si los sistemas psíquicos son correlatos de los sistemas cerebrales, la psicopatogénesis se correlaciona con la cerebropatogénesis. Un criterio patogénico es, por tanto, la valoración de los fenómenos psicopatológicos como expresiones sistémicas.”

Posteriormente, Palladini menciona:

“El criterio de Silveira (1970) establece la distinción entre una patogénesis general y una patogénesis especial. El primero corresponde a la evaluación de la delimitación genética, es decir, la participación de la carga genética en la evolución y expresión de cada configuración clínica. Ya la patogénesis especial da la expresión clínica de una determinada entidad; corresponde a la afiliación de los síntomas y cuadros clínicos respectivamente a los sistemas y esferas psíquica y cerebral... La patogenia, en un sentido amplio, aún debe ser entendida como resultado de la interdependencia entre las disposiciones genéticas del organismo y sus condiciones orgánicas, por un lado; el ambiente físico y social de otro”.

En aras de organizar la discusión, optamos por analizar paso a paso los pasos utilizados en el criterio patogénico, ya que trata todos los aspectos correlacionados con el criterio patogénico.

3.1. La correlación de los trastornos psíquicos con las alteraciones cerebrales

La escuela objetivista de investigación del cerebro comienza con Gall. Fue él quien, por primera vez, consideró que todas las funciones psíquicas serían dependientes del manto cortical. Por eso Comte valoraba el trabajo de Gall. Sin embargo, Comte fue más allá al buscar ubicar en el manto cortical las funciones psíquicas simples que dedujo como específicas y comunes a los seres humanos, como especie. Sin embargo, Comte, como filósofo, no desarrolló obras objetivas encaminadas a esta investigación. Su concepción y conclusiones se realizan exclusivamente a través del método deductivo.

Sin embargo, las investigaciones objetivistas y las adquisiciones de la experimentación animal, los estudios de anatomía comparada y neurofisiología, los estudios anatómico-clínicos, permitieron deducciones más fructíferas de la anatomía fina del cerebro. Como ejemplo, están los estudios de Brodman y von Economo quienes formularon mapas de áreas corticales, según su citoarquitectura.

Según Silveira, en el campo psicopatológico, las construcciones más significativas se deben a Meynert (1833-1891), Wernicke (1848-1905) y Kleist (1879-1960). Meynert buscó correlacionar las alteraciones cerebrales funcionales con ciertas condiciones clínicas. Como ejemplo, Silveira, en su obra *Psicología Fisiológica*, cita la filiación que hizo entre el sentimiento de euforia -durante las fases de excitación de los enfermos mentales- a la hiperemia funcional del cerebro, así como el estado de ánimo depresivo a la isquemia provocada por vasoconstricción cerebral. Wernicke, por su parte, demostró que las lesiones en diversas regiones cerebrales provocaban alteraciones variables según afectaran preferentemente a la corteza o a la zona subcortical. Y Kleist, en el dominio de la interpretación cerebro-patológica, utilizó concepciones dinámicas propias o perfeccionadas por él, llegando a conclusiones mucho más diferenciadas que las de cualquiera de sus predecesores. Por ello, Silveira asimila prácticamente todo el pensamiento de Kleist sobre la patogenia de los trastornos mentales, aunque integrándolo con su propia teoría de la personalidad y yendo más allá, formulando una concepción psiquiátrica muy amplia e integradora.

Aún en el campo de la correlación entre las funciones psíquicas y la dinámica fisiológica del cerebro, no se puede dejar de mencionar al gran Pavlov (1849-1936). De sus investigaciones y de la creación del concepto de "reflejo condicional" siguió toda una Escuela Soviética preocupada por las correlaciones entre cerebro y mente. El más destacado de ellos es Luria (1902-1977) quien buscó integrar las concepciones de Pavlov con las de Vygotsky (1896-1934). Su fenomenal construcción neuropsicológica sigue siendo la base mejor organizada para el estudio de las alteraciones neuropsíquicas y su correlación con las lesiones cerebrales localizadas. Las concepciones neuropsicológicas de Luria son muy similares a las concepciones de Silveira y el conocimiento de su modelo puede ayudarnos a comprender las concepciones de este último, por lo que lo citaremos con relativa frecuencia para ayudarnos a exponer sus conceptos, como ya lo hemos hecho en comunicación anteriormente cuando nos enfocamos sobre la discusión de los procesos de Atención, Memoria y Conciencia⁷.

Otro nombre fundamental en esta construcción es el del neurólogo británico Hughlings Jackson (1835-1911). Fue de suma importancia para las concepciones de la neurología moderna y aunque influyó en el conocimiento psiquiátrico de los teóricos del continente europeo, tuvo poca influencia en sus compatriotas ingleses. Su trabajo

⁷ FAZZANI NETO, Roberto. Consideraciones sobre los procesos de Atención, Memoria y Conciencia, según las concepciones de Aníbal Silveira y Aleksandr Romanovitch Luria - correlaciones entre las dos visiones. Boletín de la Sociedad Rorschach de São Paulo, vol. IV, n.º1 - Ene.-Dic./1985.

parte de su preocupación por las localizaciones en casos de crisis sintomáticas y epilepsia, pero a partir del análisis clínico de casos de ictus y otros procesos cerebrales orgánicos, formula una teoría cuando busca una ley única que explicara simultáneamente las manifestaciones cerebrales vinculadas neurológicamente, así como síntomas psicológicos. Concibe que el Sistema Nervioso Central está compuesto por centros inferiores y superiores que se organizan jerárquicamente, teniendo los inferiores funciones más generales y menos complejas y siendo los superiores más dependientes, pero más complejos, pasando de funciones más automáticas a otras más voluntarias. Así podemos ver claramente cuánto influyó esta concepción en Aníbal Silveira en su teoría de los sistemas cerebrales e incluso en Kleist en sus concepciones de la correlación entre la corteza y la subcorteza en el análisis de las funciones psíquicas. También fue uno de los primeros en subrayar la importancia de la diferenciación funcional de los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo (dominante), relacionando las funciones del lenguaje con el hemisferio dominante.

Otro nombre importante que debemos mencionar al presentar las concepciones de Silveira es el de Constantin von Monakow (1853-1930) quien, aunque ruso, desarrolló su trabajo científico en Suiza. Sus aportes al conocimiento neuropsicológico son muy importantes, sobre todo en lo que se refiere a una sólida construcción teórica en la que demuestra que el cerebro tiene áreas que trabajan en concierto, es decir, cuando se lesiona una determinada área cerebral, los síntomas que se presentan no son sólo y directamente relacionados con esa área específica pero que pueden depender de otras áreas relacionadas con ella y que incluso pueden estar distantes de ella (lo que influirá en el concepto de "sistemas cerebrales" de Silveira). Von Monakow acuñó el término "diasquesis" para describir cómo el daño al cerebro puede crear problemas de comportamiento, que pueden ser seguidos por una eventual recuperación a través de la reorganización de las funciones. Además, von Monakow fue uno de los pocos teóricos, según Silveira, que construyó una verdadera teoría de la personalidad, además de Freud y Comte⁸. Su teoría de la personalidad es lo suficientemente amplia como para correlacionarse con la dinámica del cerebro (como efectivamente lo hizo). Es una construcción teórica muy interesante que, lamentablemente, no tuvo seguidores. Mencioné algunos términos de estas teorías anteriormente en este mismo capítulo cuando hablábamos del Horme, los hormetérios y nouhormetérios, términos creados por él.

Está más allá del alcance de este capítulo discutir los puntos de vista de estos diversos autores. Pero es fundamental que presentemos cómo Aníbal Silveira integró estas concepciones y creó su propia forma de entender el funcionamiento neuropsicológico y psicopatológico. Por lo tanto, no podemos dejar de presentar de manera sintética las principales

⁸ Si bien Silveira menciona que la Teoría de la Personalidad utilizada por él fue desarrollada por A. Comte, debemos resaltar que quien efectivamente la desarrolló como teoría compleja de la personalidad y la utilizó en la Clínica Psiquiátrica y Psicológica fue el propio Aníbal Silveira. Comte aportó las pautas epistemológicas para su desarrollo y Georges Audiffrent inició su aplicación a la Psiquiatría.

concepciones de Karl Kleist, el autor que más influyó en Silveira en relación con la correlación entre síntomas psicopatológicos y cerebropatogenia, así como en relación con la clasificación de las enfermedades mentales⁹.

3.2. La concepción de Karl Kleist y su influencia en la Psiquiatría de Silveira

Como ya hemos mencionado, la influencia de la obra de Karl Kleist en las concepciones psiquiátricas de Aníbal Silveira es enorme, especialmente en lo que se refiere a la cerebropatogenia y la clasificación nosológica. Por ello, sería imposible hablar de las concepciones de Aníbal Silveira sin presentar al menos una pequeña síntesis de los conceptos de Kleist, y creemos que el mejor momento para hacerlo sería en este tema en el que discutimos la correlación de los trastornos psíquicos con alteraciones encefálicas porque, básicamente, a esto se dedica la gran obra de Kleist, su *Gehirnpathologie*.

Gehirnpathologie, la obra más importante de Kleist, se publicó en alemán en 1934. Es una obra monumental que reúne conceptos previos sobre los sistemas de patología cerebral, a saber, los de Wernicke, von Monakow y Henschel, superándolos, sin embargo, por mucho. Lamentablemente, el acceso a este texto fundamental está limitado a aquellos que no entienden el idioma alemán, ya que no hay traducción de esta obra a otros idiomas.

En esta obra, el autor reúne más de mil casos de traumatismos craneoencefálicos ocurridos durante la Primera Guerra Mundial y también un sinnúmero de casos orgánico-cerebrales (tumores, accidentes vasculares, afecciones degenerativas) a partir de su casuística personal. Haciendo uso de la citoarquitectura de la corteza y la fina histología de las capas cerebrales, las utiliza como base para su fino análisis fisiopatológico y clínico. Su ambición es llegar a un plan funcional del cerebro y también a una psicología de la personalidad. De esta forma, hace uso del método patológico, ya través de este, formula una teoría del funcionamiento normal del cerebro, correlacionando función y estructura.

Sin embargo, antes de pasar a una exposición resumida de los conceptos de Kleist, también consideramos necesario señalar algunas similitudes y diferencias entre Karl Kleist y Aníbal Silveira.

Primero, está la diferencia de una generación entre ellos. Kleist vivió entre 1879 y 1960 mientras que Aníbal Silveira vivió entre 1902 y 1979. Así, aunque intercambiaron correspondencia y colaboraron científicamente, Kleist es mayor que Silveira, quien lo consideraba, en algunos aspectos, un maestro. Sin embargo, en nuestra opinión, Silveira

⁹ Respecto a este segundo aspecto, por tratarse principalmente de la Psicopatología Especial, no nos detendremos demasiado, ya que sería objeto de un posible futuro volumen de este trabajo, dedicado a él.

incorpora las concepciones de Kleist, pero las reelabora y las trasciende. El mismo Kleist reconoce en una carta que Silveira fue el autor que mejor lo entendió.

Kleist es fundamentalmente un clínico. Y su especialidad era la neuropsiquiatría. En ese momento, la Neurología no se había separado completamente de la Psiquiatría como especialidad médica. Además, Kleist era neurocirujano, habiendo ejercido esta actividad durante las dos grandes guerras. Sin embargo, no es simplemente un médico práctico. Es un genio, poseedor de una de las capacidades analíticas más desarrolladas, combinada con una capacidad de síntesis incomparable, lo que le convirtió prácticamente en uno de los creadores de la Psiquiatría Moderna y uno de los que formularon las bases de la Neuropsicología (aunque nunca utilizó este término entonces). Se dedicó incansablemente durante sesenta años a la práctica clínica y a la construcción de una especialidad que aún estaba en plena formación, tanto que siempre estaba reelaborando sus clasificaciones e hipótesis sobre la patogenia de los cuadros clínicos que describía. Si observamos su obra durante los diferentes periodos de su actividad, podemos ver fácilmente cómo reformuló y amplió sus conceptos y clasificaciones, tratando de integrar la Neurología con la Psiquiatría.

Kleist, sin embargo, no era psicólogo. Aunque ciertamente había estudiado obras que aparecieron en su vida, ya que era una persona extremadamente culta, siempre afirmó que su principal interés era el estudio de la patología. De esta forma, podemos ver cuando presenta, por ejemplo, una construcción de niveles de personalidad, que su hipótesis no tiene una teoría de la evolución ontogenética. También nos daremos cuenta de que sus clasificaciones a veces carecen de cierta coherencia lógica que les permita integrar sus concepciones con mayor precisión. Estos, entonces, parecerán a veces algo pragmáticos y empíricos. Esto se puede notar, por ejemplo, cuando presenta trastornos ligados a los temperamentos. Si bien busca formular una hipótesis patogénica para los distintos temperamentos de los que habla de alteraciones morbosas, utiliza para ello la clasificación hipocrática. Además, Kleist carece de una concepción filosófica clara que le permita organizar sus hallazgos y los resultados de su investigación clínica de una manera más sistemática. Como hace un uso extensivo del método patológico, a veces, como en el Psicoanálisis, utiliza términos patológicos, a través de analogías, para explicar el funcionamiento psíquico normal.

Silveira, por su parte, tiene una sólida formación filosófica positivista. En una conversación privada, dijo una vez que se había dedicado a la Psiquiatría porque tenía curiosidad por comprobar si la Teoría de la Personalidad de Comte era realmente válida y podía servir también para comprender mejor los trastornos patológicos. De esta manera, se puede notar en todos los trabajos y clases, este esfuerzo epistemológico que siempre está organizando y clasificando sistemáticamente sus concepciones y hallazgos clínicos. Silveira también fue psicólogo y, a partir de las concepciones de Augusto Comte sobre las Funciones Internas del Cerebro o Marco Sistemático del Alma, construyó una auténtica y compleja Teoría de la Personalidad, incluyendo una

Teoría del Desarrollo Ontogenético. Así, al asimilar las concepciones de Kleist, Silveira las integra a su marco teórico, ampliándolas y sistematizándolas.

Si tuviéramos que criticar a Kleist, quizás podríamos decir que sus concepciones pueden parecer, en ocasiones, un poco confusas, ya que las reformuló a medida que surgían nuevos hallazgos de investigación, dando la falsa impresión de que algunos datos no encajaban bien. La crítica que se le podría hacer a Silveira sería exactamente la contraria, cuyas concepciones parecen excesivamente coherentes y organizadas, pudiendo, en ocasiones, dar la impresión de que el autor forzó algunos aspectos empíricos para que se lograra esa coherencia.

En todo caso, intentaremos a continuación presentar los principales conceptos de Kleist para luego confrontarlos con las concepciones de Silveira y tratar de dejar un poco más claro cómo se produjo esta integración.

Figura n.º 2 - Ubicación de las funciones en la corteza cerebral, según Kleist (convexidad del cerebro humano, hemisferio izquierdo). La división topográfica del esquema se basa, casi en su totalidad, en la carta histológica de Brodmann.

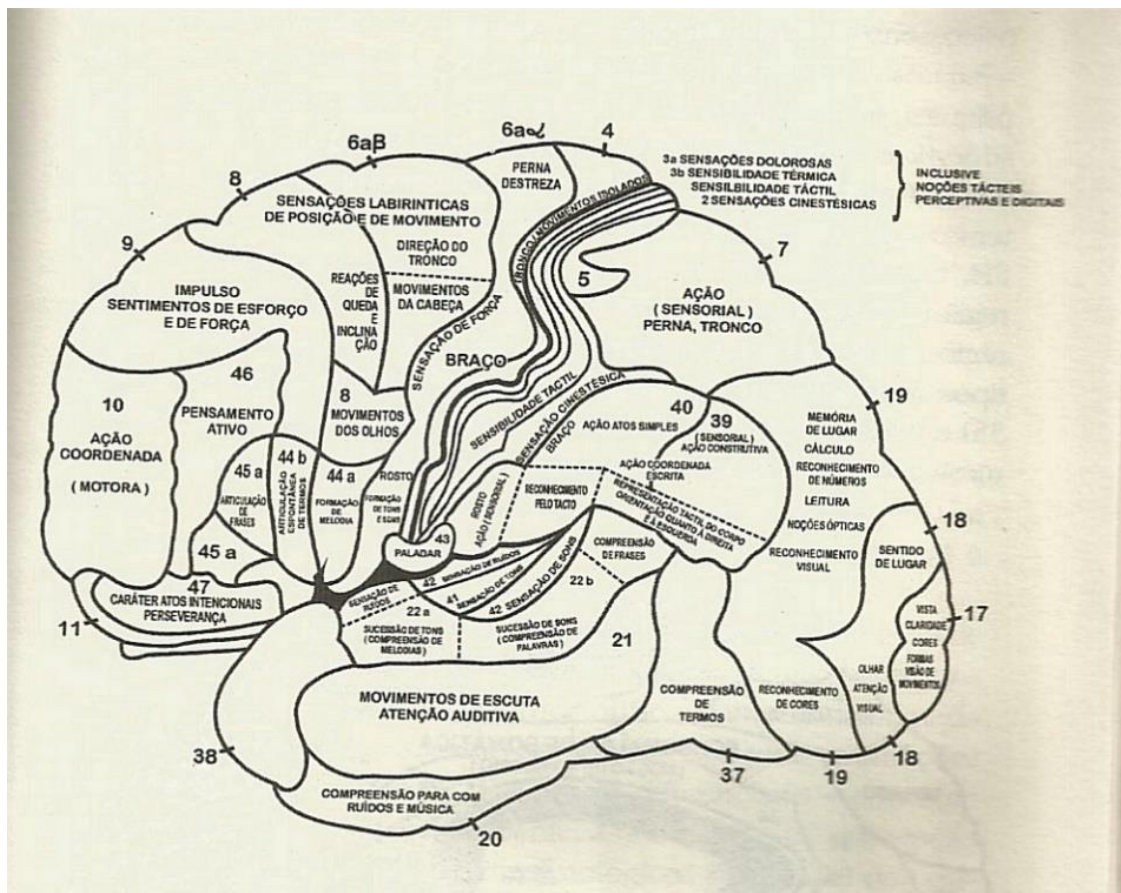
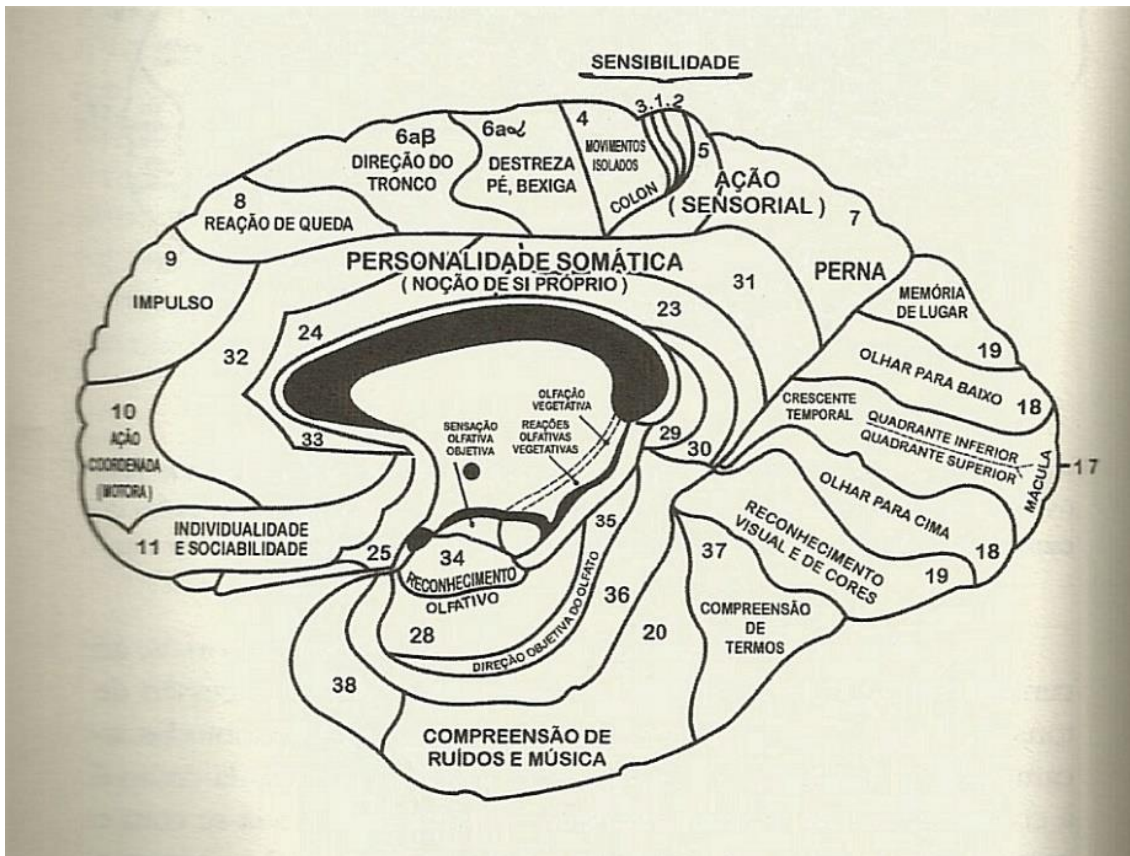


Figura n.º 3 - Ubicación de funciones en la corteza cerebral, según Kleist (cara interna del hemisferio derecho). Misma marcación de los campos arquitectónicos que en la figura 2 (Usamos las expresiones personalidad somática para traducir Körper-Ich y noción de sí mismo a Eigen-Erleben).



En su formulación de la teoría del funcionamiento normal del cerebro, Kleist utiliza sistemas de coordenadas que se pueden organizar en tres ejes:

- la oposición entre corteza y tronco encefálico;
- la ubicuidad de la distribución en las actividades motoras, sensoriales y psíquicas
- la estructuración “psicobiológica” del yo, mejor dicho, de la personalidad.

Él considera que la corteza está compuesta por las "Esferas de los sentidos" (Sinnessphaeren) relacionadas con el psiquismo cortical: carácter y talentos, y personalidad. A continuación, se encuentra el tronco encefálico que se correlaciona con el llamado Psiquismo Infracortical (Infrakortikale Seele) que el autor denomina “Atención y Conciencia” (Achtsmkeit und Beusstsein), “Vigilia y Sueño” (Wachsein a Schlafen) y “Manera de ser” o "Esencia" (Wessen).

La Atención y la Conciencia son procesos complejos relacionados con los segmentos posteriores del tronco encefálico, metencéfalo y telencéfalo; La Vigilia y el Sueño se relacionan con el segmento más anterior, con el diencéfalo central gris y talámico, y el Modo de Ser o Esencia, con el diencéfalo y ganglios profundos del prosencéfalo. El Modo de Ser o Esencia es la totalidad de las actividades psíquicas del diencéfalo y ganglios del prosencéfalo, especificando tales actividades como “las funciones inferiores de la personalidad, incluyendo temperamentos, psicomotilidad inferior y actividades inferiores ligadas a la apercepción, orientación, fijación, vigilia” e ideación. Esta "esencia" infracortical complementa la "personalidad" cortical. La tripartición de las funciones cerebrales en motoras, sensoriales y psíquicas existe tanto en la corteza como en los núcleos subcorticales. Las funciones mencionadas se estructuran en torno a actividades psíquicas y, por tanto, en torno al eje de la estructuración psicobiológica de la personalidad.

Los principales precursores de Kleist son Meynert y Wernicke. Elimina de las concepciones de Wernicke su división de la personalidad en tres estratos: la Autopsique, la Somatopsique y la Omnipique, pero amplía esta concepción, pasando a considerar la personalidad como formada por grupos funcionales (círculos o capas) que están ordenados en parte en superposición y en parte en yuxtaposición. Las escamas inferiores forman el Gefühls und Trieb-ich; las escalas medias constituyen el Körper-ich cenestésico y las escalas superiores, el carácter, que comprende cualidades personales que descansan en el Selbst-ich, y en las disposiciones básicas de la vida social (Welt-ich, religiosos-ich). Para estas capas o escalas, Kleist usa nombres griegos. El resumen de este concepto se puede ver en la siguiente tabla:

Tabla No. 4 - Escalas de personalidad (Kleist)

<i>Denominación alemana</i>	<i>Denominación griega</i>	<i>Denominación española</i>
Gefuehls-ich	Thymopsyche	Afectividad
Trieb-ich	Orgopsyche	Instintividad
Koerper-ich	Somatopsyche	Personalidad somática
Sebst-ich	Autopsyche	Personalidad subjetiva
Gemeinschafts-ich	Koinopsyche (Cenopsyche)	Sociabilidad
Welt-ich Religioses Ich	Holopsyche	Participación cósmica Religiosidad

Tabla No. 5 - Personalidad subjetiva y personalidad somática (Kleist)

<i>Personalidad subjetiva</i>		
Nivel interno	Nivel externo	Interacción entre niveles internos y externos
Personalidad subjetiva, sociabilidad, religiosidad: a) Componentes diencefálicos, tipo afectivo b) Tendencias y desempeño (Carácter). Componente cortical (cerebro orbital)	Ideación, recuerdos, conocimientos, destreza, habilidades, relacionados con la personalidad: corteza cerebral	Noción de uno mismo: Circunvolución del cíngulo y cuerpo calloso
<i>Personalidad somática</i>		
Personalidad somática (sensaciones internas y cuadros fijos): a) componente diencefálico ; b) Componente cortical (circunvolución del cíngulo)	Percepciones y representaciones sobre la superficie corporal (nociones de cuerpo): Corteza cerebral, en particular los lóbulos parietal y occipital	Circunvolución del cíngulo y cuerpo calloso

Kleist atribuye a todos estos círculos una ubicación cerebral que debe entenderse no como centros aislados sino como órganos integrados y jerárquicamente organizados. Por esta misma razón, cubren vastas áreas de la corteza y la subcorteza. Las escamas más altas siempre tienen una ubicación cortical jerárquicamente superior a la diencefálica. Por ejemplo: para Somatopsique considera la participación de la región cingulada, especialmente la izquierda, y para Autopsique, Cenopsique y Holopsique, la participación del lóbulo orbitario.

Para Kleist, no hay función psíquica sin funciones motoras y sensoriales correspondientes, así, en todas las “regiones” de la personalidad, habla de un lado sensorial y un lado motor. La siguiente tabla busca resumir estos conceptos:

Tabla No. 6 - Aspectos Motores y Sensoriales de las Escalas de Personalidad (Kleist)

<i>Escalas de personalidad</i>	<i>Aspecto motor</i>	<i>Aspecto sensorial</i>
Afectividad	Movimientos expresivos	Sentimientos (no dirigidos)
Instintividad	Movimientos impulsivos	Instintos (dirigidos a sus metas)
Personalidad somática	Movimientos reactivos (por ejemplo al dolor)	Cenestesia
Personalidad subjetiva Sociabilidad Religiosidad	Conductas motoras y actividades (<i>Betaeltigungen</i>)	Disposiciones morales (<i>Gesinnungen</i>)

Según el grado de excitabilidad de estos círculos de personalidad, Kleist clasifica los temperamentos. El temperamento para él sería la “temperatura” psíquica. Así, dos temperamentos o “moods” de

la Psicología Antigua corresponden a la capa de Timopsique: el sanguíneo y el melancólico (temperamentos evidentemente correlacionados con el humor); los temperamentos colérico y flemático están relacionados con la capa Orgopsyche (o instintiva). Las temperaturas de somatopsique, autopsique, escena o koinopsique y holopsique correlacionan la experiencia del yo (Selbstgehühl) y el calor de las disposiciones morales sociales y religiosas (Gesinnungen).

Como afirman tanto Silveira como Krapf¹⁰, estas concepciones tienen una estructura teórica con sólidos fundamentos clínicos.

Ahora es el momento de describir un poco cómo relaciona Kleist el estudio de las funciones corticales e infracorticales agrupadas en torno al eje psíquico. A diferencia de las concepciones anteriores, Kleist diferencia los campos corticales en campos motores, sensoriales y asociativos o psíquicos. Divide la corteza en esferas de los sentidos, donde dentro de cada una de ellas hay zonas sensoriales (granulares), zonas motoras (agranulares) y zonas psíquicas. También hay zonas mixtas. Estos conceptos son muy cercanos a los formulados por Luria, quien también divide las zonas sensoriales en primarias, secundarias y terciarias, siendo las terciarias las denominadas asociativas. El siguiente diagrama busca sintetizar estos conceptos:

Tabla No. 7 - Esferas sensoriales y zonas motoras, sensoriales y psíquicas, ubicaciones (Kleist)

Esfera	Localización en general	Zona motora	Zona sensorial	Zona psíquica
		Expresas en campos de Brodman		
Autognóstica ("Ich-Sphaere")	Lóbulo orbital, región cingular y retroesplenial	F H, 24 23, 30	F G 32, 21, 29	11, 47
mioestética	Lóbulo frontal	6a b, 8, 44a	9, 44, (8, 6a b?)	10, 46, 45
táctil	Lobulo centro-parietal	4, 6a a	3a, 3b, 1,2, (6aa?)	5, 7, 40, 39
visual	Lobulo occipital	18	17	19
auditiva	Lobulo temporal	21, (38?)	52, 41, 42, (22)	(22), 37, 20
gustativa	Área subcentral	-	43	-
olfativa	Anterior: lobulo piriforme, posterior, lobulo amónico	Insuficiente aclarado		

La esfera autognóstica no es más que lo que sería la representación cortical de la Autopsique. Con respecto a la esfera mioestésica y táctil (centro frontal y parietal) afirma que "juntos pueden ser considerados como un doble órgano" dentro del cual el lóbulo parietal se ocupa más del mundo exterior mientras que el lóbulo frontal recibe

¹⁰ E.E. Krapf. *La Patología Cerebral según Karl Kleist*. Revista Latinoamericana de Análisis Bibliográficas de Neurología y Psiquiatría, julio de 1938, vol. I, N° 1, pág. 1-44. Este es un estudio publicado en la Revista Latinoamericana de Análisis Bibliográficas de Neurología y Psiquiatría, julio de 1938, vol. I n.º1; página 1-44.

principalmente las impresiones propioceptivas con su considerable tono afectivo. Las esferas mioestésica y táctica, así como las esferas visual, auditiva, gustativa y olfativa, se detallan en los mapas cerebrales presentados por Kleist. El estudio de estos mapas se vuelve más fructífero comparándolos con un mapa citoarquitectónico de la corteza, ya que las ubicaciones funcionales de Kleist siempre tienen un sentido anatómico pero dinámico, involucrando sistemas cerebrales que actúan en conjunto.

En su obra, Kleist pone especial énfasis en el estudio de la patología del lóbulo frontal y en el estudio de las apraxias y afasias.

Con respecto al lóbulo frontal, Kleist ubica allí la esfera mioestésica (laberíntica). Su primer plano de atención está puesto en la motilidad, pero detrás del concepto de motilidad y actividad en general se incluyen el pensamiento y el lenguaje. Esto, en un principio, puede parecer arbitrario, pero está completamente justificado. Compárese, por ejemplo, con concepciones más modernas de la psicología soviética: Luria nombra el tercer bloque de funciones corticales complejas, que involucran al lóbulo frontal, la Unidad para controlar y regular la actividad. Sin las funciones intelectuales, ninguna actividad puede surgir de manera organizada. Silveira ubica los órganos utilizados para funciones intelectuales en el lóbulo frontal. En las próximas líneas tratamos de presentar la correlación de sus concepciones con las de Kleist para que podamos entender cuánto se complementan entre sí.

Todavía discutiendo las alteraciones de movimientos aislados (Eizelbewegungen) y habilidades (Festigkeiten), Kleist ve dos funciones frontales superiores: el impulso (Antrieb) y la facultad de recoger y abreviar el aprendizaje en fórmulas (Formeln). Utilizando estos conceptos, llega al siguiente esquema de trastornos frontales:

Tabla No. 8 – Trastornos Frontales (Kleist)

<i>Trastornos frontales</i>	<i>Actuación</i>	<i>Lenguaje</i>	<i>Pensamiento</i>
Del impulso	Falta de impulso de movimiento.	Falta de impulsos del lenguaje (afemia espontánea)	Falta del impulso de pensamiento.
De las fórmulas	Apraxia del acto continuado (<i>Handlungsfolge</i>)	Agramatismo	trastorno alógico

Se ve en el esquema cuánto pueden complementarse con las concepciones de Silveira sobre la ubicación de los órganos frontales relacionados con las funciones intelectuales. Ahora bien, la falta de impulso para el lenguaje (llamada afemia espontánea por Kleist) estaría ligada al deterioro intrínseco del órgano del lenguaje (campos 44 y 45 de Brodman según Silveira), la falta de impulso del pensamiento al deterioro intrínseco del el órgano de observación concreto (campo 46 según Silveira); la apraxia del acto continuado reflejaría la afectación de la elaboración inductiva y deductiva (respectivamente los campos 8 y 9, según Silveira; el agramatismo que afecta a los campos ligados a la elaboración y al lenguaje y el desorden alógico que involucra a los órganos, ambos de la observación abstracta (campo 10 según Silveira) y las demás

afecciones a la elaboración. Es comprensible que Silveira haya asimilado las ricas concepciones localizadoras de Kleist y las haya ampliado. Por ejemplo, se utiliza la diferenciación que hace este autor entre trastornos alógicos y paralógicos, conceptos importantes en la concepción kleistiana. en un sentido aún más preciso por Silveira. Discutiremos estos trastornos con más detalle en el capítulo sobre el Examen Psíquico y en el de los trastornos de la elaboración intelectual.

Es importante destacar que la representación frontal de los órganos utilizados para el lenguaje y el pensamiento subraya la importancia que tiene este lóbulo para la personalidad humana y la intimidad de las relaciones entre actividad y personalidad indica la proximidad anatómica de los lóbulos frontal y orbitario (donde Kleist y Silveira consideran que se producen los procesos neurofisiológicos implicados en la integración del carácter). Por lo tanto, existe un paralelismo y una estrecha colaboración entre la actividad de los lóbulos frontal y orbitario.

El estudio de Kleist sobre las apraxias y las afasias amplía el estudio de la patología de los lóbulos parietal y temporal. Kleist siempre diferencia entre formas motoras y formas sensoriales. En el cuadro anterior se esquematizaron las formas motoras, y habría que añadir otra forma apráxica y afásica de localización centro-frontal. En cuanto a las formas sensoriales, Kleist distingue tres formas apráxicas y tres afásicas, que presentamos en la tabla n.º9, que reproducimos en la prójima página.

Para comprender mejor cómo Silveira considera estas formas patológicas, relacionándolas con la teoría de la personalidad que adoptó, lo que amplía aún más la comprensión de la obra de Kleist, procedemos a discutir brevemente cada una de las formas referidas en el cuadro anterior:

1) La apraxia inervatoria (glied-cinética) se caracteriza por la pérdida de la melodía cinética de los movimientos (para usar un término adoptado por Luria al describir el mismo trastorno). Bueno, esto significa que los movimientos se vuelven toscos y discordantes, y lo mismo puede ocurrir en términos de lenguaje, lo que lleva a una afemia verbal y sonora (Laut-und Wortstummheit). En la concepción de Silveira, esta forma de apraxia revelaría la afectación de campos corticales destinados a las funciones afectivas más diferenciadas (sentimientos - bondad en el sentido de Comte principalmente).

Como la actividad psíquica es compleja, su análisis sólo puede hacerse a través de una descripción minuciosa del conjunto de síntomas que se disponen de forma diferente (aunque muchas veces similares en apariencia superficial). Además, rara vez una lesión destruirá completa y definitivamente un determinado campo cortical, como se pudo observar en el método experimental. Por lo tanto, rara vez se da el deterioro de una función dada de manera precisa y completa. Por lo general, lo que sucede es solo un deterioro parcial. A medida que se reorganizan las funciones para compensar el daño, el resultado será esta reorganización de la actividad funcional. Las mismas áreas del cerebro pueden realizar funciones neurológicas y psíquicas.

Tabla No. 9 – Apraxias y Afasias (Kleist)

	Apraxias	Afasias¹¹
<i>Formas motoras</i> Región fronteriza central- frontal y lóbulo frontal	apraxia inervatoria (glied-cinética). Brodmann 6 aa	Afemia sonora y verbal (Laut-und Wortstummheit) Brodmann 6aa (inferior), 44a
	apraxia del impulso (Falta de impulso) Brodmann 9	Afemia espontánea y nominal (Espontan-u. Nominalstummheit) Brodmann 44b
	Apraxia del movimiento de continuación Brodman 10	Afemia de la oración (Satzstummheit) agramatismo motor brodmann 45a
<i>Formas sensoriales</i> lóbulo parietal y temporal	Apraxia cinestésica (ideocinético) brodmann 40	Asimbolismo sonoro y verbal (LATO-u. Worth Taubheit) Brodmann 42, 22b (parte anterior)
	Apraxia óptica (constructiva) Brodmann 39	Asimbolismo nominal (Nombraubheit) Brodmann 37
	Apraxia sensorial del movimiento de continuación (ideatoria) lóbulo parietal inferior	Asimbolismo de la oración. (Satztaubheit) = paragramatismo y agramatismo amnésico Brodmann 22b (posterior)

El deterioro del campo 6 de Brodmann, adaptado al órgano de la sociabilidad, debería por lo tanto reflejarse en el deterioro de las llamadas funciones neurológicas y psíquicas. A nivel neurológico, este campo se considera como un área premotora. Así, las actividades empiezan por componerse en movimientos bruscos, toscos, sin armonía (sin lo que Luria, citando un concepto de von Monakow, llama melodía cinética).

Del mismo modo, la actividad psíquica también sufre la misma pérdida de armonía. Las concepciones del individuo también pueden volverse impulsivas y no armoniosas, reflejando el deterioro del nivel subjetivo que llamamos sentimientos. Cuando la unión entre el campo 6 y el área 44, relacionada con el lenguaje, está comprometida, el trastorno también se reflejará en el lenguaje, provocando un tipo específico de afasia que Kleist denominó afemia sonora y verbal (Laut-und Wortstummheit).

En el caso de la apraxia de impulso (con falta de impulso), Kleist la relaciona con lesiones en el campo 9 de Brodmann. Silveira asocia este campo con las funciones intelectuales de elaboración deductiva. Esta función psíquica está directamente estimulada por el impulso destructivo (función afectiva) y por la función conativa de iniciativa (coraje en el sentido de Comte). Estas son funciones estrechamente correlacionadas,

¹¹ Cabe señalar que el uso de las palabras "afemia" y "asimbolismo" para las formas afásicas motoras y sensoriales respectivamente, es una libertad que yo tomé en vista de la imposibilidad de traducir literalmente los términos alemanes. Cualquiera que conozca la historia de la investigación en este campo sabe, por otro lado, que las denominaciones griegas que utilizo tienen un cierto valor tradicional, por lo que quizás no sea demasiado injustificado utilizarlas aquí (nota de Krapf).

unidas por sistemas cerebrales predominantes. En el caso de la afasia nominal, que afecta al campo 44, la afectación está relacionada con la función misma de la comunicación, impidiendo la contracción de significados, pero no necesariamente afectando más gravemente al pensamiento.

En la apraxia del movimiento continuo –relacionada con lesiones del campo de Brodman 10 – el deterioro implicaría la función abstracta; por lo que se perderá la organización secuencial de los movimientos, pero también tendrá que ir acompañada de una dificultad de abstracción a nivel de trabajo mental. En el caso de la afasia denominada afemia de la oración, la afectación se da en el campo de Brodmann 45, que también involucra al lenguaje, específicamente en su conexión con las funciones de observación concreta y abstracta.

Pero Kleist también se dedicó al análisis de los trastornos afásicos y apráxicos que se producen por lesiones en otras zonas no específicamente frontales. Silveira también asocia estas áreas con la organización perceptiva, pero relaciona, a nivel subjetivo, estos campos con funciones afectivas y conativas, recordando siempre que cuando se trata de funciones afectivas inferiores, nunca se puede ignorar la participación de las regiones subcorticales. En estos casos, el deterioro de las funciones intelectuales se produce por repercusión, es decir, procesos complejos no conscientes relacionados con la organización perceptiva se ven afectados por la actividad neuropsicológica de estas áreas, de las que dependen funciones frontales más complejas. Veamos: el cuadro de apraxia cinética (ideo-cinética) y apraxia óptica (constructiva) descrito por Kleist, involucran respectivas afectaciones de los campos 39 y 40 de Brodmann. Según Silveira, estos campos están relacionados con las funciones afectivas de constructividad. De ahí el complejo resultado que puede implicar, además de la apraxia constructiva (síntoma neurológico), la presencia de paralogías (síntomas psíquicos que involucran indirectamente la función de elaboración y abstracción).

En los marcos de asimbolismo de la oración con paragramatismo y agramatismo amnésico – marcos correlacionados por Kleist con campos específicamente temporales –campo 22b– están involucrados otros sistemas psíquicos y otros sistemas cerebrales. Estos sistemas que se correlacionan con las funciones del lóbulo temporal involucran más directamente las funciones conativas y el impulso destructivo, el que está más conectado con la iniciativa. Este sistema cerebral, predominantemente relacionado con el lóbulo temporal, recibe estimulación directa de regiones subcorticales relacionadas con funciones más básicas, ligadas a impulsos nutricionales, de autoconservación.

Como Kleist considera que el trabajo mental funciona de manera sistémica y nunca como centros aislados, muchos trastornos del pensamiento resultan de lo que él llama funciones sensoriales. Así, considerando específicamente lo que Kleist denominó trastorno alógico y paralógico, el primero estaría ligado al deterioro intrínseco de las funciones del lóbulo frontal, según Silveira, a la propia elaboración. Los

trastornos “paralógicos”, en cambio, serían dependientes de la afectación de la región fronteriza entre los lóbulos occipital, parietal y temporal, comprometiendo lo que Kleist llamó pensamiento óptico y Silveira, funciones de constructividad, funciones afectivas que regirían las funciones intelectuales (aquellas dependientes del lóbulo frontal). Por tanto, la paralogía sería un trastorno frontal por repercusión.

Finalmente, para concluir esta presentación de los conceptos de Kleist, debemos abordar las funciones y trastornos motores que él relaciona con las funciones del tronco encefálico, o, mejor dicho, la relación entre el tronco encefálico y la corteza. Para hacerlo, necesitamos abordar un poco su explicación de la estructura de la Motilidad.

La división, siempre presente en Kleist, entre funciones motoras, sensoriales y psíquicas atraviesa el órgano central y todos sus segmentos y, por tanto, existen actividades psíquicas relacionadas con el tronco encefálico. Veremos que estas funciones psíquicas siempre estarán relacionadas con procesos psíquicos más amplios y generales, ligados a la vigilia, la atención y lo que se denomina “modo de ser”. Además, Kleist siempre aborda las funciones psíquicas correlacionándolas con la estructura de la Motilidad. Esta organización jerárquica se puede ver, por ejemplo, cuando Kleist habla de “impulsos y experiencias de esfuerzo” como correlatos del lóbulo frontal. Estos no son más que la escala más alta, la escala superior de Psicomotilidad (Psychomotorik).

En la motilidad, Kleist identifica aquellos elementos propios (ich-eigen) y aquellos que se dice que son ajenos al yo (ich-fremd). Los primeros constituyen la psicomotilidad y los segundos la miostática.

Dentro de la Psicomotilidad existen tres escalas: (a) la escala de impulso y perseverancia – que involucra la ubicación frontal; (b) la escala de los denominados trastornos psicocinéticos (Regungen), que implican una localización pálida, talámica y subtalámica; y (c) la escala de trastornos catatónicos (Strebungen), que involucra la ubicación en el núcleo caudado y gris central del tercer ventrículo.

Los trastornos psicocinéticos (b) (Regungen = movimiento) presentan formas variables entre hipercinesia y acinesia. Estos fenómenos podrían explicarse por la colaboración y poca sintonía entre la motilidad objetiva de propósito y la motilidad de juego (Zweckmotorik und Spielmotorik), involucrando claramente aspectos ligados al trastorno conativo y funciones de conexión (neurológicas). Los trastornos catatónicos (manierismos, estereotipias, ecopraxia, iteración, catalepsia y negativismo) implican un rango más bajo de actividad cerebral, estando más cerca de los instintos. Quizás la palabra Strebungen, un neologismo alemán creado por Kleist, debería traducirse al portugués por impulsos. Las funciones afectivas más básicas están involucradas en su relación con las funciones conativas.

El siguiente esquema busca sistematizar estos conceptos:

Tabla No. 10 - Trastornos psicomotores y miostáticos (propios y ajenos al yo) (Kleist)

Trastornos		Funciones	
Trastornos psicomotores (propios al yo)	Trastornos psicomotores corticales	Impulso y perseverancia	Automatismos finos
	Trastornos psicocinéticos	Mociones o movimientos	
	Trastornos catatónicos	Impulsos	
Trastornos mioestáticos (ajenos al eu)		Automatismos bruscos	

Observando la tabla anterior, podemos ver que los trastornos descritos incluyen tanto trastornos mentales como neurológicos (automatismos groseros). A nivel mental, están involucradas funciones que Silveira llama Conación (trastornos intrínsecos de las funciones conativas).

Hay un segundo esquema presentado por Kleist, en el que busca sistematizar más la patogenia de los trastornos psicomotores y miostáticos correlacionados con el tronco encefálico (Tabla n.º 11, en la página siguiente).

Este es un marco extremadamente interesante para un análisis de la vida volitiva. En el primer grupo están las hipercinesias con paracinesias, movimientos que ocurren con hipotonía; en el segundo, las estereotipias, tan comunes en ciertos tipos de catatonía; en el tercer grupo, los fenómenos de procinesia y negativismo, trastornos de actitud que implican reacciones instintivas también presentes en ciertas condiciones catatónicas; en el cuarto grupo están presentes las iteraciones y en el quinto las acinesias, las más características de la catatonía. Acompañando a los movimientos, hay manifestaciones tónicas, a veces con rigidez, a veces con hipotonía.

Todavía en su análisis de la participación del tronco encefálico y su relación con la corticalidad, Kleist presenta el concepto de “esencia” (quizás mejor descrito como “modo de ser”). Para Kleist los trastornos sensoriales de la esencia son las alucinaciones, también los relaciona con los trastornos de la esencia de la fijación, la vigilia, la atención ideacional y ciertas cualidades de impresión (Eindrucksqualitaeten) y los trastornos histeriformes.

Los trastornos de fijación implican trastornos del orden temporal. Kleist presenta un síndrome cronoamnésico (Síndrome de Zeitamnestisches) correlacionándolo con trastornos que involucran los cuerpos mamilares. Con respecto a los trastornos de la vigilia, Kleist relaciona la Hipervigilancia (Leichtbesinnlichkeit): logorrea y pratorrea; e hipovigilancia (Schwerbesinnlichkeit) con perseverancia. Relaciona estos trastornos con la actividad diencefálica. Los trastornos de la atención ideacional incluyen fuga de ideas con ideación confusa por un lado y bradipsiquia (Denkhmmung) y parálisis de la ideación (Denklaehmung) por el otro. Relaciona estos trastornos con funciones talámicas y del núcleo caudado. Kleist enumera los trastornos de las cualidades de impresión: la despersonalización, la experiencia del déjà vu y los errores

de interpretación con delirios. La alteración histérica de la esencia se basa en una debilidad adquirida o congénita (Schaltswaeche) entre el yo somático diencefálico y las demás actividades de la esencia. Solo la enumeración de estos trastornos nos permite percibir que son actividades cerebrales más globales y generales, de ahí la participación del tronco encefálico.

Tabla No. 11 - Trastornos psicomotores y mioestáticos correlacionados con el tronco encefálico (Kleist)

<i>Tipos de movimiento</i>	<i>Trastornos psicomotores</i>	<i>Trastornos mioestáticos</i>
Movimientos variados e irregulares	Hipercinesias con movimientos simples, paracinesias, movimientos pseudoespontáneos y pseudoexpresivos	Inquietud mioestésica de tipo variado e irregular.
Movimientos uniformes	Estereotipías	Inquietud mioestática uniforme
Movimientos de reacción	Fenómenos de eco y sugestionabilidad motora	Movimientos de aversión y de cortocircuito.
Movimientos de repetición	Iteraciones	Temblor e inquietud mioestática rítmica.
Falta de movimientos	Akinesias con flexibilidad, "Mitmachen" y "Gegenhalten", cataplexia, negativismo	Rigidez

A partir de esta exposición, se puede ver que Kleist lleva sus esfuerzos de localización mucho más allá de lo que actualmente se acepta clásicamente. Es cierto que después de sus obras se realizaron muchos esfuerzos y descubrimientos relacionados con las funciones neuropsíquicas. Sin embargo, las investigaciones tomaron principalmente caminos muy analíticos, perdiendo la noción de sistemas cerebrales. Actualmente, también debido a las investigaciones ligadas al desarrollo de nuevos fármacos, se ha prestado mucha más atención a la neuroquímica, a las investigaciones de los neuromediadores, olvidando muchas veces una concepción patogénica para la explicación de los trastornos mentales, contentándose la mayoría de los autores con meras descripciones y asociaciones. de síntomas

No es difícil ver cuánto se enriquece el análisis psicopatológico con el aporte de Kleist, que permite comprender mejor, en sus detalles, los dinamismos involucrados en las diversas y variadas alteraciones psicopatológicas que pueden presentarse en las psicosis.

Al final de este capítulo, presentamos dos tablas donde tratamos de resumir los principales conceptos de Kleist discutidos anteriormente (Cuadro 1 a 23).

3.3. La correlación de los trastornos psíquicos con las funciones neurofisiológicas alteradas correlacionadas/Estímulo y regencia en la dinámica cerebral

Ahora, intentaremos presentar cómo Silveira y su escuela entienden la correlación entre los trastornos psíquicos y las alteraciones cerebrales. Por lo tanto, nos gustaría iniciar esta discusión presentando su esquema: Estímulo y regencia en la dinámica cerebral (Esquema n.º 10). Nos servirá como punto de partida para nuestras explicaciones:

Creo que deberíamos comenzar esta discusión centrándonos en la función del Sistema Nervioso Central en los seres humanos. El ser humano es la especie más compleja y evolucionada de todo el reino viviente.

3.3.1. Nivel metabólico y su regencia

Si partimos de la consideración de que compartimos funciones más básicas con las plantas, otras más complejas con los animales y algunas que son específicamente humanas, podemos comenzar esta explicación considerando que este eje evolutivo es cada vez más complejo.

Con las plantas compartimos funciones ligadas al funcionamiento orgánico más básico, que permite la vida, funciones que por eso mismo se denominan funciones vegetativas; con los animales aparece un nuevo aspecto evolutivo, a saber, la alternancia entre la vida vegetativa (que también tienen las plantas) y la vida de relación, caracterizada por la intervención activa del organismo en el medio, a través de la motilidad y la prehensión. Todo organismo animal presenta ciclos de actividad que se alternan con períodos de relativa inactividad, o ciclos en los que predomina la vida vegetativa y otros en los que predomina la vida relacional.

Finalmente, como característica intrínsecamente humana, tenemos el aspecto sociohistórico de la actividad humana y de la consciencia. Algunos animales más complejos, como algunos primates, tienen una vida gregaria compleja donde existen relaciones jerárquicas y cooperativas entre miembros de una misma especie, pero en ninguno de ellos existe un desarrollo del lenguaje tan complejo y abstracto, permitiendo así un desarrollo extremadamente complejo. representación subjetiva del medio ambiente externo y la capacidad acumulativa de transmisión de este conocimiento a través de varias generaciones y también, la objetivación de elementos culturales a través del lenguaje escrito. Este aspecto es lo que caracteriza al Hombre y permite la existencia mutable y evolutiva de la Humanidad.

Cuando el organismo, durante la filogénesis, deja de ser unicelular para convertirse en pluricelular, aparece simultáneamente un problema complejo: ¿cómo las diferentes células que componen ese organismo actúan de forma tan sincronizada y convergente para que ese organismo no se desintegre, no se colapse, con cada célula actuando individualmente. Este problema se soluciona con la aparición de la

especialización de funciones: grupos de células pasan a realizar funciones específicas que en el organismo unicelular eran realizadas, de forma mucho más sencilla, por la única célula. De esta forma, el conjunto de células deja de ser una suma de células para convertirse en un conjunto organizado e integrado. Hablamos, de este modo, de órganos y sistemas (que son un conjunto de órganos que realizan funciones complejas).

Así, sabemos que en una ameba (que servirá como ejemplo de organismo unicelular), su organismo (que está compuesto por una sola célula), a través de orgánulos, tiene funciones de digestión (asimilación, procesamiento y excreción de materiales que se encuentran en el medio externo que pasará, con este procesamiento, a formar parte de la propia célula, ya sea componiéndola - función plástica, o aportando energía para que se realicen otras funciones vitales, ya que un ser vivo tiene un funcionamiento negativo-entrópico). No es difícil percibir por analogía la similitud entre esta función y la del aparato digestivo en un ser pluricelular más complejo, cuya función es la de asimilación y excreción, función que también comparte con el aparato excretor urinario, sólo por ejemplificar. Sin embargo, ¿qué diferencia en la complejidad del proceso!

Estas funciones biológicas se definen a partir de la relación entre el ser vivo y su ambiente (Ecología). La diferencia entre un ser unicelular y uno pluricelular radica en la creciente complejidad de las funciones orgánicas que, de esta forma, amplían la relación de este organismo en relación con su ambiente, permitiéndole adaptarse a ambientes cada vez más complejos y, de esta forma, presentando además funciones más amplias y organizadas jerárquicamente.

La función del sistema nervioso central en los animales es coordinar la adaptación de este organismo al medio, permitiéndole asimilar estímulos ambientales significativos para él, identificar estos estímulos externos y los del mundo interno también, y elaborar respuestas que adapten el organismo a estas condiciones, integrándolas y coordinándolas. De este modo, la función del sistema nervioso central es una función de coordinación e integración de la adaptación del organismo al medio, en función de sus necesidades (tanto las básicas instintivas como las más complejas de animales gregarios que tienen relaciones de grupo de diferentes individuos). Y, en el caso humano, también y principalmente, la asimilación del medio cultural y la coordinación de las complejas relaciones interpersonales que se constituyen en el medio sociocultural y tienen características histórico-evolutivas.

Uno de los aspectos más importantes de las funciones complejas de los organismos pluricelulares, especialmente entre los más evolucionados, de los cuales el hombre es la culminación (filogénesis), es el de mantener la homeostasis. La homeostasis es la capacidad del organismo de presentar una situación fisicoquímica característica y relativamente constante, dentro de ciertos límites, aún frente a los cambios impuestos por el ambiente, es decir, en la interacción con el ambiente, el ser vivo nunca es pasivo. Como ejemplo, podemos mencionar la temperatura corporal. En el caso de los humanos, como somos

animales homeotérmicos, la temperatura corporal no puede fluctuar demasiado, una vez que, si baja de los 28°C o supera los 42°C, se producirá una desnaturalización irreversible de las proteínas, llevándonos a la muerte. Este es solo un ejemplo entre muchos otros. Ahora bien, el ambiente externo donde vive este hombre presenta a menudo oscilaciones que varían, por ejemplo, entre los 40°C bajo cero y los 30°C. El cuerpo, por ejemplo, en una situación de calor, comenzará a transpirar, como recurso para bajar su temperatura corporal, entre otros cambios fisiológicos. Si la temperatura exterior es demasiado baja, este hombre comenzará a temblar y castañetear los dientes y, con esta actividad muscular, su temperatura tenderá a subir. Pero ¿y si la temperatura de tu cuerpo aún no se compensa con estos fenómenos? Este hombre identificará el desagradable frío que está sintiendo y buscará recursos en su entorno para subir su temperatura. Puede ser que se refugie en un lugar cerrado, use ropa más pesada, se acerque al fuego, solo por mencionar algunas posibilidades. Es el sistema nervioso central el que, primero a nivel inconsciente y automático, identifica que la temperatura corporal está bajando y, de esta forma, también enviará mensajes inconscientes para que tus músculos empiecen a temblar, para que tu hígado descomponga el glucógeno, liberando glucosa para ser quemada en el medio celular y lograr mayor energía y calor. Es también este sistema nervioso central el que, a través de complejos dinamismos, informa a los sectores vinculados a la vida consciente que hace demasiado frío y que necesita buscar recursos en el medio externo para cobijarse. Además, el individuo identificará estos recursos de acuerdo con su propia experiencia en el ambiente sociocultural al que pertenece. Si es un esquimal que vive en las regiones árticas, puede buscar refugio en un iglú que construyó y donde vive con su familia, o puede buscar la piel de un oso que ha cazado y que le puede servir de refugio, proporcionando calor.

De esta forma, el Sistema Nervioso Central realiza funciones sumamente complejas ligadas a funciones más básicas como las que rigen el metabolismo, incluso aquellas más complejas ligadas al trabajo psíquico subjetivo y su asimilación, elaboración y expresión de los materiales que recibe del medio externo. También jugará un papel en la coordinación y realización, a través de acciones, de la intervención que pueda realizar en su medio externo, ya sea físico o sociocultural.

Volviendo, por lo tanto, nuestra atención al esquema presentado, vemos que se representan flechas ascendentes y descendentes. El primero representaría lo que Silveira llama estímulo y el segundo la regencia. Es decir, las funciones del sistema nervioso se organizan en niveles crecientes de complejidad. Las funciones más complejas dependen más de las más básicas, que a su vez son más energéticas que las más evolucionadas.

En la parte inferior del diagrama se representa el proceso más básico en la gradación del funcionamiento del organismo, el metabolismo, que tiene como sustrato las vísceras, incluido el propio cerebro, como víscera. En este nivel estamos estudiando el nivel fisiológico. Ahora bien, existen fibras nerviosas viscerales aferentes, que conducen impulsos

nerviosos que se originan en receptores ubicados en las vísceras, los viscerosceptores. En general, estas fibras forman parte de los nervios predominantemente viscerales, junto con las fibras del sistema nervioso autónomo. No se suele llamar a las fibras viscerales aferentes de sistema nervioso autónomo. Este nombre se les da únicamente a las fibras viscerales eferentes (aquellas que componen el sistema nervioso simpático y parasimpático). La mayoría de las fibras aferentes viscerales que transportan información sobre las vísceras suelen acompañar a los nervios que transportan fibras del sistema nervioso simpático, con la excepción de las fibras que se originan en algunos órganos pélvicos que transportan los nervios que forman los nervios parasimpáticos.

Estos impulsos viscerales, al contrario de los que provienen de los receptores somáticos (como el tacto, las sensaciones de calor, la musculación, y otros) no llegan a ser conscientes. Continuamente, sin embargo, el SNC está recibiendo información sobre la presión arterial, el contenido de O₂ en la sangre, la frecuencia cardíaca, el grado de contracción de los músculos lisos del sistema digestivo, etc., sin que podamos percibirlos. Estos impulsos, sin embargo, son extremadamente importantes para la aparición de varios reflejos viscerales o viscerosomáticos relacionados, en los ejemplos mencionados, con el control de la presión arterial o la tasa de O₂ en la sangre, o incluso la frecuencia cardíaca y respiratoria. Existen viscerosceptores especializados en captar este tipo de estímulos. Un ejemplo de estos son los que se encuentran en el seno carotídeo (situado cerca de la bifurcación de la arteria carótida común). Aunque estos impulsos son en su mayoría inconscientes, participan en la generación de un colorido afectivo general, no específico, que llamamos humor o estado de ánimo. Los autores de la corriente fenomenológica denominan a este conjunto orgánico vago e inconsciente que llega al SNC y allí se integra y organiza en función de la preservación del organismo o de sus necesidades sexuales, o incluso a través de cambios en el metabolismo y las hormonas que se producen, por ejemplo, durante el embarazo y la gestación, de fondo endotímico vital. Se refieren poéticamente a ella como una red que no es ni completamente biológica ni completamente psíquica sino precisamente la transición entre una y otra. Nosotros, desde la escuela de Silveira, consideramos que el medio interno es efectivamente el único que tiene una relación directa con la Afectividad, sin la mediación de la inteligencia. Por tanto, esta información aún no es efectivamente emocional, sino que aparece como manifestaciones intrínsecamente afectivas, ligadas al complejo proceso que llamamos Humor. Por tanto, el humor sería la sensación subjetiva que representa en ese momento concreto, el conjunto de estímulos afectivos. El humor, como comentaremos en un tema específico, siempre tiene un color. Nunca es neutral, aunque puede vaciarse, comprometerse, en casos de devastación afectiva en la Hebefrenia, o estar casi ausente en las Depresiones melancólicas. Sin embargo, nunca está completamente ausente, solo en el coma profundo y en la Muerte, e incluso entonces, podemos tener una duda relativa sobre si hay una abolición completa en el coma.

Otra situación en la que los impulsos aferentes viscerales pueden volverse conscientes es cuando están muy excitados. Esta sensibilidad visceral, sin embargo, nunca es una sensación bien situada y precisa. Una persona puede decir que siente dolor en la punta del dedo meñique, pero nunca podrá decir que le duele la segunda asa intestinal. Además, estas sensaciones viscerales se diferencian de las sensaciones dolorosas somáticas, obedeciendo a un criterio de significación biológica ligado a la autoconservación. Como ejemplo, considérese el intenso dolor cuando se distiende un asa intestinal y la práctica ausencia de dolor al seccionar la mucosa de una víscera. Sin embargo, cortar la piel es muy doloroso. ¿Por qué esta diferencia? Como decíamos, por el significado biológico ligado a la autoconservación. Naturalmente, una víscera hueca no queda expuesta y, por lo tanto, no tiene un sentido económico en el que sea sensible a un corte. Sin embargo, es importante que el sujeto que tiene una víscera hueca distendida pueda sentirse incómodo y, en consecuencia, intente descansar, reduciendo su vida de relación. Este comportamiento, posiblemente, permitirá su recuperación y la reserva de sus energías para afrontar, por ejemplo, un empeoramiento del funcionamiento orgánico. El dolor es siempre una señal de alarma ligada a la autoconservación. Otro aspecto interesante del dolor visceral es que puede aparecer en un territorio cutáneo totalmente diferente de aquel en el que se encuentran realmente las vísceras. Por ejemplo, el dolor de la vesícula biliar a menudo se presenta como un dolor en el hombro derecho. El dolor cardíaco puede presentarse como dolor en el brazo izquierdo y, a veces, solo en el antebrazo. A este fenómeno lo llamamos dolor referido. Su mecanismo neurofisiológico aún no se comprende por completo. Hay algunas teorías. El hecho es que la distribución de los nervios viscerales suele coincidir con nervios somáticos de otras regiones que tuvieron su origen embriológico cercano.

Las fibras viscerales eferentes se denominan sistema nervioso autónomo. Este sistema se divide clásicamente en dos partes: los sistemas simpático y parasimpático. Son fibras cuya función es coordinar el funcionamiento visceral de forma integrada. Discutiremos estos dinamismos más lentamente cuando presentemos las alteraciones que se pueden encontrar en las llamadas enfermedades psicósomáticas. Por ahora, nos basta con mantener la información de que este sistema es el que realiza las funciones de conexión eferente entre el Sistema Nervioso Central y las vísceras (y, en consecuencia, con el metabolismo).

Sin embargo, el intercambio de información entre el sistema nervioso central y las vísceras en general no se produce únicamente a través de los nervios que inervan los músculos lisos y las distintas glándulas. Otra forma de comunicación es la humoral, a través de las hormonas. En el sistema nervioso central existe una amplia comunicación entre el hipotálamo y la hipófisis. Hay hormonas hipotalámicas que estimulan o inhiben la producción de hormonas pituitarias. Este, a su vez, a través de un sistema que llamamos retroalimentación, establece un control y una regencia de las diferentes glándulas del organismo. La diferencia entre las modificaciones metabólicas que se dan por impulsos nerviosos y la información humoral

hormonal radica en el tipo de reacción que se le solicita al organismo para su adaptación.

Un ejemplo de esto se puede dar en dos situaciones relacionadas con el estrés. Consideremos cómo puede proporcionarse un paradigma de las primeras situaciones, por ejemplo, en la reacción emocional de miedo ante una amenaza real (y sus equivalentes fisiológicos): una persona es abordada repentinamente por un agresor que le informa del robo y le señala un arma de fuego hacia él. El individuo, entonces, decide someterse y entregar su billetera al ladrón, quien luego se da a la fuga, dejando al sujeto en el lugar donde fue robado. Durante el tiempo que transcurre desde la comunicación de la situación del robo hasta la fuga del ladrón, prácticamente la víctima sólo puede darse cuenta de que se le ha secado la boca y se le ha acelerado el corazón y se le han erizado los pelos. Al poco tiempo siente una sensación de debilidad, sus piernas se tambalean, nota aún más claramente el corazón que poco a poco va ralentizando su ritmo y también las demás reacciones se sienten disminuir hasta que la víctima puede sentirse incluso más cómoda porque el ladrón se escapó sin mayores consecuencias. En este caso, las reacciones fisiológicas que presentó la víctima producto de la emoción de miedo que sintió ante la amenaza a su integridad, fueron mediadas principalmente a través del sistema nervioso simpático, por la liberación de noradrenalina por parte de las glándulas suprarrenales. Por lo tanto, hubo reacciones más rápidas, más inmediatas, que tenían como objetivo preparar su cuerpo para la situación de lucha y/o huida de la situación de riesgo.

Sin embargo, consideremos una segunda situación: un sujeto, en el transcurso de un mes, sufre una serie de robos donde su integridad física fue amenazada en varias ocasiones, aunque en ninguna de ellas resultó herido. Esta serie de violencias la sufre la víctima, a lo largo de dos meses, cuando le habrían robado cinco veces. Luego, cinco días después de la última agresión, el sujeto comienza a mencionar que se ha sentido muy tenso, continuamente desconfiado, que en su cabeza continuamente pasan las escenas de las amenazas que sufrió, ha tenido insomnio y mucho dolor de estómago. Además, se siente triste y débil, sin la disposición habitual que tenía para el trabajo. También ha perdido interés en su esposa y no tiene deseo sexual. Su apetito también ha disminuido y ha tenido dificultad para digerir su comida. En esta segunda situación, que ya revela un cuadro patológico, las reacciones ante situaciones de estrés continuado no sólo están relacionadas con la estimulación del Sistema Nervioso Simpático y la liberación de noradrenalina, sino que seguramente habrá síntomas relacionados con la liberación de cortisona y también otras hormonas. El individuo puede incluso desarrollar una úlcera duodenal. En otras palabras, en esta segunda situación, que ya es patológica (manifestaciones psicósomáticas), y no es este el lugar para discutir el cuadro clínico en sí, ya que va más allá del propósito del ejemplo, las manifestaciones dependerán principalmente de las liberaciones hormonales relacionadas al sistema nervioso endocrino.

La información a través del sistema nervioso autónomo es más rápida y provoca cambios inmediatos, mientras que los cambios causados por las hormonas son más lentos, pero más sostenidos. A modo de ejemplo: ante una situación estresante, la primera reacción ante la situación que se presentaba como amenaza, será a través del sistema nervioso autónomo, con una mayor actividad simpática, que preparará al organismo para la lucha o la huida (síndrome de emergencia de Cannon). Si las reacciones al estrés se repiten o no se resuelven y prolongan (segundo ejemplo), el Sistema Nervioso pasará por el hipotálamo para liberar CRH (hormona liberadora de corticotropina), que estimulará a la hipófisis para aumentar la secreción de ACTH (hormona corticotrófica), que a su vez estimulará la corteza suprarrenal para producir glucocorticoides, incluida la cortisona. Esta hormona, entre otras modificaciones metabólicas, aumentará la capacidad del sujeto para mantener su presión arterial, disminuirá las reacciones inflamatorias, hará que haya más glucosa disponible en la sangre y aumente el insomnio. Estos efectos protegen al sujeto del daño que una situación de estrés prolongado puede causar, haciéndolo más capaz de enfrentar situaciones de estrés prolongado.

Ya con estas descripciones, comenzamos a ver cómo los diversos mecanismos de control, ajuste de reacciones, o en palabras de Silveira, de regencia, ocurren en niveles crecientes de complejidad. Algunos niveles, si hacemos una observación descuidada, nos parecerán redundantes. Sin embargo, esta es también la forma que tiene el organismo de coordinar y, aun teniendo, un excedente de seguridad, en el control de tan fundamentales funciones orgánicas.

Como se mencionó anteriormente, el primer nivel de control nervioso de las vísceras y el metabolismo es a través del S.N.A. (simpático y parasimpático). Este sistema permite el proceso de mantener el tono visceral en un nivel adecuado a las necesidades de cada momento. Por ejemplo, existe un predominio relativo de cada uno de estos sistemas según las variaciones del ciclo circadiano. Durante el sueño se produce un relativo predominio del sistema parasimpático, y como consecuencia de la vida vegetativa, se produce el descanso y la recuperación de los órganos y del propio metabolismo. Durante la vigilia, con el ascenso de la vida relacional, el predominio relativo es del sistema simpático, preparando así el organismo para la actividad necesaria a las necesidades y demandas del ambiente en la vida relacional.

Pero también podemos considerar como ejemplo de esta adaptación, a través del sistema nervioso endocrino, situaciones que no son patológicas, situaciones que exigen una adaptación a más largo plazo por parte del organismo. Un ejemplo de esto podría ser la situación de una persona que ha decidido ponerse a dieta. Después de un tiempo, nota que su pérdida de peso corporal, que al comienzo del régimen había sido rápida, se vuelve progresivamente más lenta. Esta disminución de la pérdida de peso corporal ciertamente está mediada por la liberación de hormonas, cuyo objetivo es adaptar el cuerpo a la nueva situación de restricción de la ingesta de alimentos y, por lo tanto, la ralentización de la pérdida de peso.

Sin embargo, aunque el tono visceral viene dado por este predominio relativo y algo antagónico entre los dos sistemas (simpático y parasimpático), estos estimulan, envían información y están gobernados por los núcleos hipotalámicos. Ya en este nivel tiene lugar lo que Silveira llamó el proceso de gobernar el metabolismo. Aquí, en este nivel, ya habrá integraciones entre las funciones nerviosas del sistema nervioso autónomo y las del sistema de regencia hormonal. Silveira ejemplifica, en el esquema presentado, que, como resultado de esta regulación del metabolismo, tendremos como resultado la maduración orgánica, el equilibrio electrolítico, el control de la temperatura corporal, el control de la circulación y la presión arterial, la coordinación e integración del ritmo respiratorio y la sudoración. Ahora bien, estos resultados indican para qué sirven. Imaginemos que un sujeto en un momento dado comienza a tener un aumento de temperatura, combinado con una disminución del ritmo cardíaco y una inhibición de la sudoración. Esto provocaría un caos metabólico que, de no corregirse, ciertamente culminaría con la muerte del individuo, ya que su organismo habría perdido el consenso. Hay un aforismo hipocrático en medicina: “En el organismo todo es solidario, todo compite, conspira, converge”. Esta es una de las leyes biológicas, el mantenimiento del medio interno. Cuando el organismo pierde esta integración, si la desviación no se corrige rápidamente, sobreviene la muerte. ¿Qué es el cáncer, sino una pérdida de consenso, cuando un grupo de células “enloquecen” y empiezan a reproducirse de forma desordenada, creciendo e invadiendo otros territorios, terminando por general un completo caos metabólico? Sin embargo, aunque esta regencia se produce a nivel hipotalámico, está regida por otros niveles más complejos. Además, es fundamental considerar para qué sirve esta regencia. Y la respuesta es obvia: sirve a la autoconservación (tanto individual como de la especie – cuando se trata de la regencia de funciones ligadas a la sexualidad y la maternidad).

3.3.2. Nivel neurológico

Todavía en el mismo esquema podemos ver representado el hecho de que desde el hipotálamo parten estímulos o bien para la corteza cerebelosa o bien para la formación reticular. Estos núcleos hipotalámicos, por otro lado, están gobernados por el cerebelo. En el cerebelo ocurriría una integración aún más compleja, a saber: la integración del tono estático y dinámico. Era común considerar al cerebelo como un órgano básicamente ligado a la coordinación del equilibrio y el tono muscular, se hablaba de un órgano de coordinación motora y equilibrio. Sin embargo, investigaciones más recientes han demostrado que sus funciones son mucho más amplias y complejas. El cerebelo tiene conexiones aferentes y eferentes con prácticamente todos los sectores cerebrales y corticales: desde el hipotálamo, la formación reticular, con el diencefalo, con los ganglios basales, con el tronco encefálico, con la médula espinal, con el sistema límbico y con la corteza

cerebral. Esta función de integración del tono no solo se refiere al tono muscular sino también al tono visceral y al tono "psíquico". Coordinaría todas las funciones: motoras, emocionales y cognitivas¹². Aníbal Silveira formuló la hipótesis de que este órgano estaría relacionado con el Instinto de Autoconservación y el Instinto Sexual. Sin embargo, las búsquedas objetivas actuales con modernas técnicas de imagen, según los autores portugueses mencionados anteriormente, aún están en proceso de perfeccionamiento y no son lo suficientemente discriminativas como para resolver completamente las dudas de los investigadores. Además, siempre según los mismos autores, aunque ya no se puede negar el papel que juega en las funciones cognitivas y afectivo-emocionales, además de las funciones motrices, queda mucho por explicar en cuanto a la contribución específica del cerebelo a las funciones de niveles mentales superiores, lo que conduce a la dificultad de encontrar un modelo de estudio adecuado (ver Esquema n.º 10)

Volviendo al esquema que está guiando esta discusión, vemos que los estímulos provenientes del hipotálamo y el cerebelo se dirigen hacia la formación reticular y el diencefalo. En ese nivel, Silveira considera que el proceso relacionado sería la integración de la actividad funcional y el estímulo bioeléctrico, resultando en la coordinación de la vigilia. Somos conscientes de la complejidad del papel del diencefalo y los núcleos basales en funciones relacionadas con la percepción y organización de los movimientos. Muchas de estas estructuras están vinculadas al llamado sistema límbico. Un sistema difícil de definir con precisión, que involucra estructuras que ciertamente están relacionadas con la vida afectivo-emocional pero no sólo con ella. Según Smirnov V.M., Muchnik L.s y Shancúrina A.N.¹³, las estructuras vinculadas a este sistema realizan funciones integradoras superiores de funciones vegetativo-viscerales y estados emocionales y motivacionales del organismo. También afirman que algunos investigadores subrayan la importancia de estas estructuras y las consideran como un conjunto de dispositivos de análisis relacionados con la esfera visceral. Para estos autores, su función sería traducir las señales internas en comportamiento. De ahí su relación con conductas consideradas instintivas como el hambre y la sexualidad. Vemos por estas consideraciones que ya estamos en un nivel más alto y complejo que el descrito en el hipotálamo. Aquí ya no se trata de regular el metabolismo, sino de traducir estos impulsos vitales en una función psicológica que permita que la corteza los simbolice. También a este nivel, aunque se habla de la parte reticular del diencefalo como relacionada con la vigilia, se trata de diferenciaciones mucho más complejas de las funciones de activación. Posiblemente relacionado con lo que Pavlov llamó el "reflejo de orientación". Además, la integración de sensaciones ligadas a los

¹² Bugalho, Paulo, Correa, Bernardo, Viana-Baptista, Miguel – Papel del cerebelo en las funciones cognitivas y conductuales. Bases Científicas y Modelos de Estudio. Medicina. Puerto. 2006, 19:257-268.

¹³ V. M. Smirnov, L. S. Muchnik, Shandúrina A. N. Arquitectura y función de las estructuras profundas del cerebro. En: A. A. Smirnov (Editor en jefe) Fundamentos de Psicofisiología. 1ra ed. en español, abril de 1983, Madrid.

órganos de los sentidos cuyas fibras aferentes retransmiten a nivel de los núcleos diencefálicos antes de que la información llegue a las regiones corticales posteriores de los lóbulos occipital, parietal y temporal, confirma la participación de estos núcleos en los procesos perceptuales y, no solo los suyos, sino también los comportamientos automatizados, como discutiremos en su momento.

3.3.3. Nivel Psíquico o Subjetivo

Desde este nivel, los estímulos se dirigen principalmente al cíngulo y corteza orbital del lóbulo frontal, donde Silveira considera que ocurren procesos relacionados con la integración instintiva, con el consiguiente resultado de subordinación de los impulsos a las exigencias de la vida social. No en vano muchos autores hablan de esta región como una región que cumple funciones ligadas al carácter.

Finalmente, la corteza cerebral llevaría a cabo el proceso de integración de la regencia, cuyo resultado son las funciones de la personalidad, con el complejo proceso de la conciencia. Además, analizando las complejas relaciones entre los distintos campos de la corteza cerebral, veremos que podemos identificar aquellos más ligados a funciones afectivas y conativas y aquellos más ligados a funciones intelectuales. También hablaremos de este aspecto un poco más adelante.

Así, observando el diagrama presentado, podemos entender muy claramente que las funciones del cerebro pueden ser estudiadas desde diferentes ángulos. Esta separación es metodológica porque lo que existe es el resultado integrado de todas las funciones. E incluso en patología, cuando hay alteraciones lesionales o funcionales, el conjunto se reordena buscando la integración y la convergencia, características del organismo humano. El resultado puede revelar cambios, pero estos cambios no serán simplemente la ausencia o la disminución cuantitativa de una sola función. Lo que se puede observar será el resultado del déficit con intentos de reemplazar áreas funcionalmente comprometidas con áreas más nobles de funcionamiento psíquico. Este reemplazo puede ser casi completo y efectivo, o puede revelar síntomas complejos que, como afirma Luria, necesitan ser analizados a fondo en sus componentes, de modo que se pueda formular una hipótesis de qué regiones están comprometidas y cuál será el resultado del reordenamiento global de estas funciones. Aquí también vale la pena considerar la diferencia entre el concepto de Sustitución y Regencia. A nivel de la corteza cerebral, podemos ver la duplicidad de los órganos, relacionados con los dos hemisferios cerebrales. Aunque el hemisferio izquierdo (o dominante) se especializa principalmente en funciones relacionadas con el lenguaje, hasta cierto punto, en situaciones donde ocurren lesiones, es posible sustituir funciones de los órganos del hemisferio colateral. En rigor, este fenómeno sería el mejor definido por el término sustitución, mientras que cuando más funciones primarias son suplidas por órganos generalmente distantes, que realizan funciones más desarrolladas, superiores, la denominación más correcta sería regencia. En todo caso, la regencia

siempre tiene lugar también en el estado normal, mientras que, en este mismo estado, en lugar de sustitución, lo que ocurre entre los cuerpos correlatos es una cooperación que puede incluso implicar una cierta especialización dentro de las referidas funciones. Este es un campo de la Neuropsicología que aún está en estudio.

En el ya citado trabajo de Silveira, *Psicología Fisiológica*¹⁴, define el estado actual de las localizaciones cerebrales en siete consideraciones:

1. Primero, los datos muestran que el cerebro no es una yuxtaposición de centros aislados, sino un verdadero sistema de órganos. Las analogías estructurales evidenciadas por la fina histología documentan la realidad de estos “sistemas celulares” como postula Audiffrent desde 1869.
2. En relación con cualquier sistema, y por tanto a cada órgano que lo compone, la actividad puede apreciarse desde el aspecto vegetativo (anatómico), dinámico (bioeléctrico) o funcional (neurológico y psíquico). Estos tres niveles de integración corresponden en cierto modo al principio de “corticalización” o “telencefalización” en anatomía comparada. Así, cuanto más diferenciado sea el órgano o sistema en cuestión, más acentuado será el predominio del nivel psíquico sobre los demás.
3. Esto quiere decir que, entre los diferentes sistemas funcionales, y especialmente entre los órganos de un mismo sistema, la distribución de funciones se realiza de manera armónica y específica. De ahí el concepto de jerarquía funcional, del que se deriva tanto la regencia de unas áreas sobre otras del mismo sistema, como la difusión orientada del estímulo a través del sistema. La sede de los respectivos órganos - determinada según criterios ontogenéticos - permite predecir en cada sistema qué área gobierna y cuál está subordinada.
4. Además, tanto en el hemisferio cerebral como en el cerebeloso, los órganos simétricos son estructuralmente homólogos, lo que denota que los referidos sistemas son dobles: entre ellos no sólo existe jerarquía -en el sentido antes mencionado- sino también solidaridad funcional; esto explica la alternancia, en el estado fisiológico, y la posibilidad de reposición en caso de lesión. Como sustrato de estos tres tipos de correlaciones tenemos, en primates especialmente, las conexiones transpeduncular, intrahemisférica y transcallosa, respectivamente.
5. El criterio de integración funcional prevalece sobre el espacial: así, órganos ubicados en una misma zona anatómica -frontal, parietal, temporal, por ejemplo- pueden

¹⁴ Silveira, Aníbal - *Psicología Fisiológica*. En: Vizzotto, Spartaco (org.) *Sistema Nervioso/Organización de Spartaco Vizzotto* - São Paulo: Terceira Margem, 2006 (Cadernos Aníbal Silveira) pg.9-82

mostrar menos afinidad entre sí que con las áreas distantes a las que pertenecen el sistema.

6. Análogamente, la sucesión cronológica de los síntomas -clínicos o experimentales- vale más que el sitio de la lesión, para esclarecer cuáles son los fenómenos primarios y cuáles los accesorios.
7. Finalmente, es fundamental señalar que lo que se localiza no es la función -psíquica, neurológica o vegetativa- sino el órgano que la realiza. De ahí que sólo puedan identificarse los órganos correspondientes a las funciones elementales, como ya reconoció Brodmann.

Solo con el objetivo de ejemplificar cómo Silveira también amplía las concepciones de Kleist, llevando sus concepciones sistémicas a un nivel aún más complejo, optamos por presentar en este momento algunos mapas cerebrales que buscan resaltar algunas de las vías cortico-corticales relacionadas con los sistemas cerebrales. Silveira realizó investigaciones en neurofisiología con el equipo de Dusser de Barenne en Chicago y estos mapas son el resultado de la investigación de ese equipo de investigadores:

Figura n.º4 - Correlaciones córtico-corticales en monos, según neuronografía fisiológica. Las flechas indican la dirección de los efectos electrocorticográficos obtenidos a partir de la estricnización local de determinadas zonas (numeración según Brodmann).

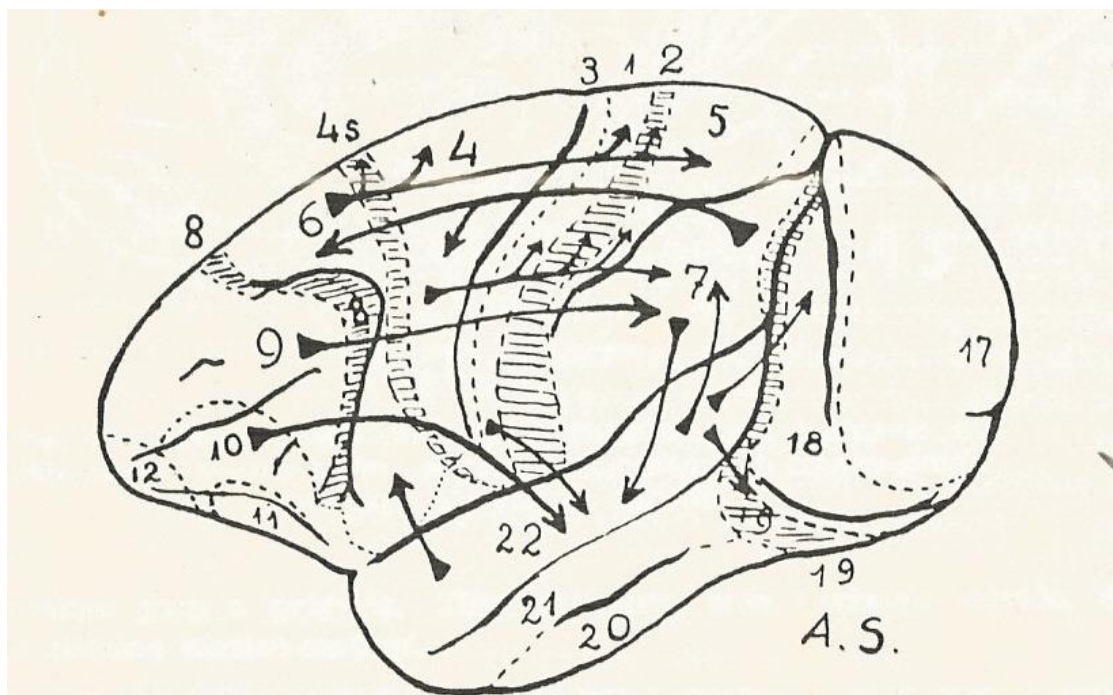


Figura n.º 5 - Conexiones neurofisiológicas de la corteza del chimpancé (hemisferio izquierdo). Esquema basado en datos de Dusser de Barenne et al. por neurografía fisiológica.

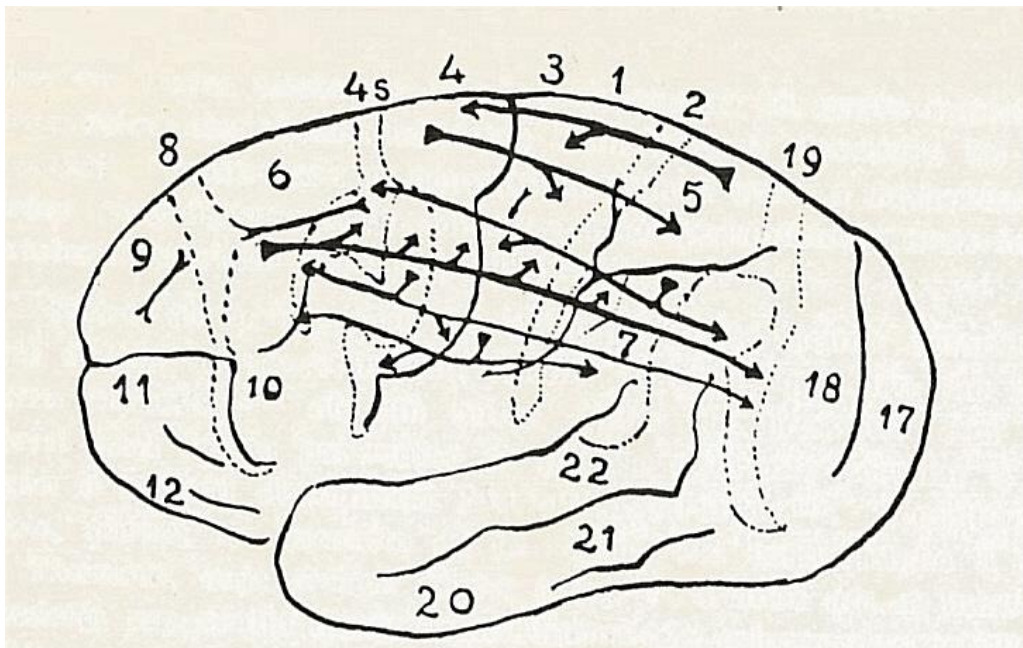
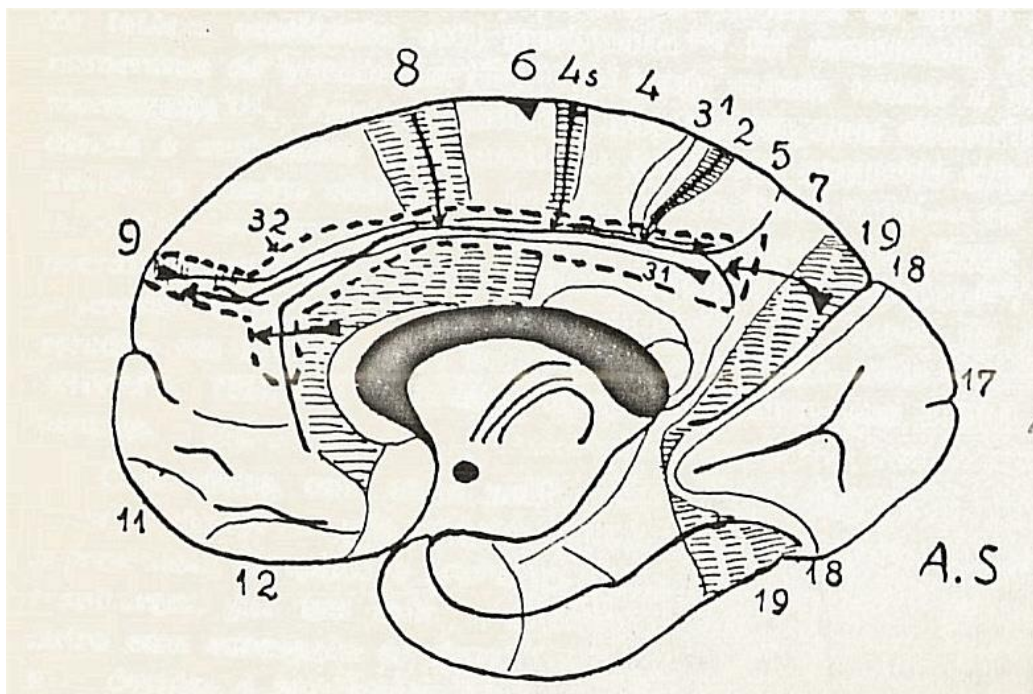


Figura n.º 6 - Convergencia de las zonas inhibitorias al cíngulo en el chimpancé. Diagrama de datos obtenidos a través de neuronografía fisiológica (hemisferio derecho).



Así, finalmente, nos gustaría recordar que lo que diferencia los distintos niveles de estudio de la dinámica cerebral es el enfoque e interés de lo que se pretende analizar. En primer lugar, el cerebro puede y debe

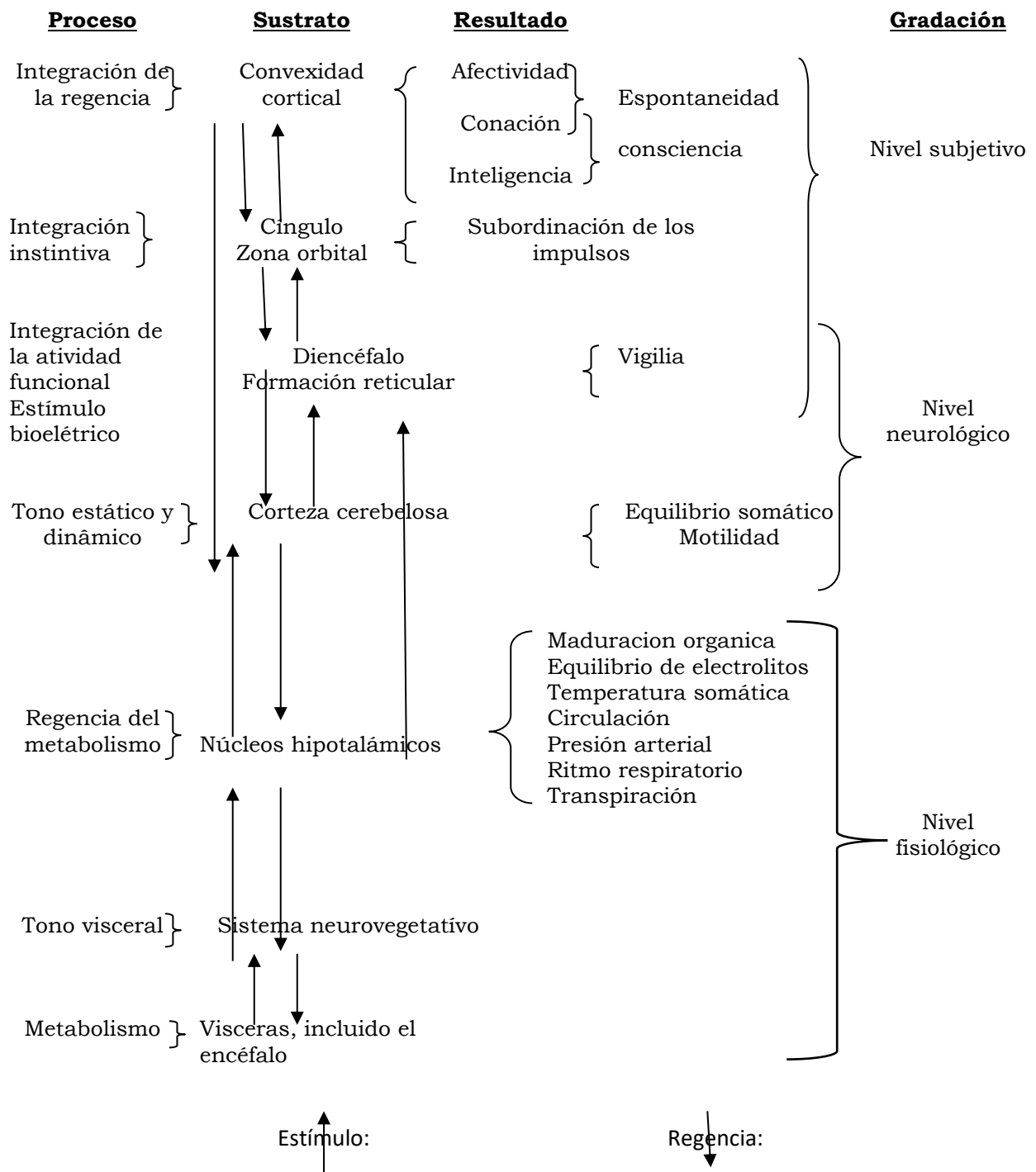
ser considerado también como una víscera y, como tal, depende de la irrigación sanguínea, de los cambios metabólicos, de los cambios hormonales, de las sustancias tóxicas que puedan estar presentes e incluso de infecciones o traumatismos que perjudiquen su funcionamiento como víscera. Cuando estamos estudiando estos aspectos de las funciones cerebrales, estamos desarrollando un estudio a nivel fisiológico.

En segundo lugar, en el estudio de las funciones cerebrales podemos (y debemos) analizar principalmente las funciones de conexión y algunas funciones básicas que son fundamentales para la vida psíquica pero que aún no son manifestaciones propiamente subjetivas. Este es el nivel de estudio realizado por el examen neurológico. En este nivel de estudio buscamos examinar la motricidad y la sensibilidad en sus diferentes niveles y manifestaciones. Una persona puede estar completamente intacta psíquicamente, pero presentar, por ejemplo, una hemiplejía derecha debido a la alteración de las vías neuronales que conectan las neuronas motoras de la corteza con las neuronas motoras finales de la médula espinal. Una buena exploración neurológica, con un conocimiento suficiente de las vías neuronales y de las estructuras nerviosas encefálicas y periféricas relacionadas con la motricidad y la sensibilidad, permitirá un diagnóstico de localización muy certero. También al nivel del examen neurológico está el examen de las funciones básicas sin las cuales la vida psíquica en general se verá completamente comprometida. Este es el caso del estudio de la vigilia y el sueño con sus alteraciones. También a nivel neurológico se encuentran los exámenes de funciones ligadas al equilibrio y la coordinación motora.

Finalmente, el estudio de los procesos subjetivos es objeto del examen psíquico o subjetivo, dirigido al estudio de estos procesos psíquicos complejos (Atención, Memoria, Conciencia, Percepción sensorial, Pensamiento, Simbolización, Expresión, Afectividad y vida emocional, Actividad Subjetiva y capacidad de iniciativa).

Este examen psíquico puede complementarse con exámenes auxiliares, pasando lo mismo al nivel metabólico y neurológico. Estas pruebas complementarias las comentaremos en otro lugar, pero ya podemos mencionar que son análisis de sangre, análisis del fluido cérebroespinal, pruebas de excretas, pruebas de imagen, pruebas neuropsicológicas e incluso pruebas psicológicas de personalidad como la prueba de Rorschach.

**Esquema n.º 10 - Estímulo y Regencia en la dinámica Cerebral
(Aníbal Silveira)**



Continuando, então, com a caracterização do critério patogenético, objetivo deste capítulo, passamos a mais um aspecto a ser considerado neste critério:

3.4. ... la aplicación de la teoría de la personalidad, en un sentido preciso, para comprender la dinámica de estas alteraciones; ...

La importancia de una teoría de la personalidad en un sentido preciso, para comprender la dinámica de estas alteraciones, ha sido enfatizada desde nuestro primer capítulo y, aunque este tema también es del dominio de la Psicología más que de la Psicopatología, este criterio es fundamental para poder desarrollar una Psicopatología efectivamente patogénica y no sólo descriptiva.

Al comprender cómo se produce la integración entre las diversas funciones psíquicas y sus cambios en la ontogénesis de la personalidad (psicología del desarrollo), tenemos un modelo genérico de personalidad, común a la especie. Esta será la base para que entendamos las posibles disfunciones patológicas y también podamos encontrar correlatos con las funciones neurofisiológicas. Este modelo es presentado por la Prof^a. Lucia Coelho en el primer volumen de su obra *Dinámica Psíquica y Actividad Cerebral* – la construcción de un modelo teórico de la personalidad. Es a partir de este modelo que discutimos las desviaciones patológicas, objeto de estudio de la Psicopatología.

Así, no hay manera de iniciar discusiones sobre los trastornos que serán objeto principal de este trabajo, sin mencionar, aunque muy sucintamente, algunas características del modelo de personalidad antes mencionado. Ya hemos mencionado que consideramos que existe una estructura de personalidad, representada por funciones definidas que son comunes al hombre como especie.

Ya hemos mencionado anteriormente de vez en cuando algunos aspectos de este modelo. Ahora hablaremos de sus principales características.

Las funciones psíquicas se pueden agrupar en tres sectores fundamentales: Afectividad, Conación e Inteligencia. Evidentemente, esta división es un artificio abstracto para poder establecer variables con las que sistematizar la dinámica psíquica, ya que lo que nos es accesible es sólo el resultado compuesto de las funciones integradas. Las diferentes funciones las daremos cuenta únicamente a través del estudio de la filogenia y la ontogénesis principalmente y, a través de la Patología, cuando cierta(s) función(es) cambie(n) y a través del resultado observado, podremos abstraer la referida función. El método patológico funciona como un “método experimental” espontáneo.

El sector básico de la personalidad es la Afectividad. Consideramos la Afectividad como un conjunto de funciones que estimulan continuamente al individuo a satisfacer necesidades biológicas básicas, vinculadas a la preservación del individuo y de la especie, además de permitir su integración en el medio social. Así, el afecto se compone de dos sectores fundamentales: uno primario compuesto por las funciones nutritiva, sexual y materna; por las funciones intermedias de defensa y mejora de la autonomía y un sector relacionado con las más diferenciadas funciones afectivas, o sentimientos, ligadas a la sociabilidad. Reproducimos a continuación una tabla elaborada por la

Prof.^a Lucia Coelho, que es un resumen de las Funciones Afectivas, en orden decreciente de complejidad y dependencia:

Tabla n.º 12 – Funciones Afectivas de la personalidad (basado en Lucia Coelho)

10	Intervención convergente y afirmativa	FUNCIÓN ALTRUITICA-INNOVACIÓN
9	Identificación con valores colectivos	FUNCIÓN DE INTEGRACIÓN SOCIAL
8	Conexión empática con los demás.	FUNCIÓN DE APEGO
7	Necesidad de reconocimiento-autoestima	FUNCIÓN DE APROBACIÓN
6	Necesidad de controlar a los demás – autonomía	FUNCIÓN DE DOMINIO
5	Perfeccionamiento de recursos (intervención)	FUNCIÓN DE CONSTRUCCIÓN
4	Perfeccionamiento de las defensas (enfrentar obstáculos)	FUNCIÓN DE DESTRUCCIÓN
3	Conservación de productos orgánicos y de la prole	FUNCIÓN MATERNA
2	Preservación de la especie	FUNCIÓN SEXUAL
1	Preservación individual	FUNCIÓN NUTRITIVA

Como sector más básico de la personalidad, es el sector más energético y el único que está directamente conectado con las funciones orgánicas del medio interno. Como decíamos, su conexión con el sector intelectual corresponderá al proceso complejo del interés, mientras que su conexión con el sector conativo es lo que llamamos motivación. Además, el sector afectivo está continuamente impactado por nociones intelectuales (ya sean percepciones o creaciones del pensamiento). A este complejo proceso lo llamamos emoción.

El sector medio de la personalidad corresponde al sector de Conación. Como ya se mencionó, este sector de la personalidad corresponde al conjunto de funciones subjetivas que rigen el comportamiento en el medio externo y al mismo tiempo estabilizan la atención. Tiene tres funciones:

Tabla n.º 13 – Funciones conativas de la personalidad (basado en Lucia Coelho)

3	Presidencia de la estabilidad, dando continuidad a los actos, manteniendo el razonamiento o la observación (estabilización de la atención)	FUNCIÓN DE MANTENIMIENTO
2	Bloquear o moderar la expresión explícita de deseos e intenciones en el comportamiento; orientación del trabajo mental hacia el juicio de la realidad.	FUNCIÓN DE CONTROL SELECTIVO
1	Activación de una acción explícita o estimulación de la percepción y el razonamiento a través de la atención	FUNCIÓN INICIATIVA

Como puede verse, la Conación tiene dos formas de conexión, una directamente ligada a la exteriorización de los actos y otra al

complejo proceso de atención, que corresponde a su acción sobre el trabajo intelectual. No existe un vínculo directo entre este sector y el sector de la Afectividad, a menos que esté mediado por el sector intelectual, en el proceso ya mencionado anteriormente como emoción, *proceso emocional*.

Finalmente, el tercer sector de la personalidad que consideramos es la *Inteligencia* o Esfera Cognitiva. Este sector de la personalidad es el responsable de la continua adaptación del sujeto a las situaciones cambiantes del ambiente, estando, por tanto, más centrado en el medio externo. Sus funciones están vinculadas a los complejos procesos de *percepción, pensamiento, simbolización y comunicación*. Sus cinco funciones son:

**Tabla n.º 14 - Funciones intelectuales de la personalidad
(basado en Lucia Coelho)**

5	Tiene un contacto eferente con el ambiente externo, permitiendo la comunicación del resultado del pensamiento. Puede presentarse de tres formas diferentes: expresión mímica, verbal y gráfica. Esta función rige la exteriorización del estado subjetivo y ayuda al trabajo de elaboración a través de la institución de los signos.	FUNCIÓN DE COMUNICACIÓN
4	Permite el establecimiento de relaciones dinámicas y su coordinación, posibilitando la formulación de leyes.	FUNCIÓN DE ELABORACIÓN DEDUCTIVA
3	Relacionado con la interpretación de nociones que permiten pensar. Permitirá la comparación y la generalización y sistematización.	FUNCIÓN DE ELABORACIÓN INDUCTIVA
2	Función analítica, que le permite aislar las propiedades del estímulo. Es más diferenciado estando en relación a los fenómenos.	FUNCIÓN DE OBSERVACIÓN ABSTRACTA
1	Función ligada a la captación más directa e inmediata de estímulos. Hace un trabajo de síntesis que permite la noción de los seres del medio externo.	FUNCIÓN DE OBSERVACIÓN CONCRETO

El sector cognitivo tiene conexión con el medio externo, ya sea permitiendo la captación de estímulos, su elaboración y atribución de significados, o comunicando los resultados. Su contacto con el medio externo es tanto aferente como eferente. Sin embargo, sufre la continua influencia y estimulación de las funciones afectivas que propician el interés. Es a través de este proceso que su contacto se produce, indirectamente, con el medio interno. También actúa continuamente sobre la afectividad, a través de nociones que provocan impactos tanto conscientes como inconscientes (el proceso emocional). Con respecto al sector conativo, la cognición se organiza a través del proceso de atención. Y actúa sobre el sector conativo, orientando los actos e incluso solicitando

atención. A este proceso lo llamamos orientación. También involucra el lóbulo temporal.

Los aspectos más complejos vinculados a cada uno de estos procesos mencionados serán discutidos a medida que presentemos y discutamos los distintos trastornos psicopatológicos.

Siguiendo, entonces, con la definición de criterios patogénicos, tema de este capítulo, tenemos:

3.5. ... el análisis integral de los síntomas y signos, a través del conocimiento de la dinámica psicológica y su sustrato, el cerebro....

Como comentamos anteriormente, la Psiquiatría, en relación con la semiología, impone mayores dificultades que en la Clínica en general, debido a la mayor polisemia de los síntomas, hecho que se deriva de la complejidad del comportamiento humano. De esta forma, los síntomas necesitan contextualizarse mucho más y solo adquieren significado patológico en determinadas situaciones que deben ser comprendidas por el semiólogo.

Otro aspecto que también hace complejo el análisis de los síntomas es el hecho de que muchos de ellos reflejan situaciones que tienen cierta analogía con las condiciones normales y, por tanto, utilizamos términos que tienen un significado más impreciso en el lenguaje popular. Un ejemplo de esto es el síntoma de apatía. Aunque esta palabra no es una palabra de uso frecuente y cotidiano, tiene un significado en lenguaje no técnico. El diccionario de la lengua portuguesa de Francisco Da Silveira Bueno le da a esta palabra la siguiente definición: Insensibilidad, indiferencia, indolencia, falta de energía. Lo mismo significa en español. Si bien esta definición describe efectivamente lo que sucede cuando, en un examen psíquico, utilizamos el término apatía, juzgamos que, en lenguaje científico, debería ser más preciso. Así, para nosotros, apatía es un término sólo utilizado cuando, por un proceso mórbido, la Esfera Afectiva tiene un deterioro profundo en su conexión con la Esfera Conativa, comprometiendo el llamado "Proceso de Motivación", la apatía es la de la insensibilidad, indolencia, indiferencia, falta de energía, sólo usamos este término cuando estas características se manifiestan en el sentido preciso antes explicado.

Bueno, esta definición precisa de los términos utilizados para describir diferentes síntomas sería muy deseable para brindar mayor precisión a los términos utilizados al describir un estado mental particular. Esta precisión traería un mayor consenso entre los diferentes examinadores y, de esta forma, haría mucho más posible el intercambio de experiencias entre los diferentes especialistas. Apuntar a esta precisión es el deseo de toda la comunidad científica. No en vano, el DSM-III acabó influyendo en la construcción de la CID-X en su momento y, hoy en día, el DSM-IV ha adquirido una difusión casi universal, más allá de la clasificación internacional. Sin embargo, se buscó mayor precisión principalmente a través de la descripción puntual de conductas y no en

hipótesis patogenéticas relacionadas con los síntomas. Dado que los comportamientos pueden tener las causas más diversas, la objetividad lograda es, a nuestro juicio, sólo aparente. Pero lograr este consenso es una tarea muy difícil, ya que la psiquiatría aún no ha logrado alcanzar el nivel de positividad. Sin embargo, si al menos pudiéramos lograr una mayor precisión entre los investigadores y clínicos más acordes con esta orientación a la que estamos afiliados, ya tendríamos un gran avance.

Aníbal Silveira, en sus obras, inicia un esbozo de sistematización de los síntomas. Su obra, sin embargo, no se completó. Actualmente estamos preparando esta lista de síntomas enumerados por él y tratando de encontrar definiciones precisas de ellos, relacionadas con su teoría de la personalidad. Esperamos poder hacer pronto este aporte a la construcción de esta Escuela de Psiquiatría.

Pretendemos, a lo largo del texto de este trabajo, poder hablar de los numerosos síntomas psicopatológicos, a medida que abordamos los trastornos específicos relacionados con las diferentes esferas de la personalidad y los procesos mentales. Esta descripción y análisis de los síntomas debe, evidentemente, realizarse a través de la explicación patogenética relacionada con la dinámica psicológica y su relación con la base cerebral, el sustrato neurofisiológico.

3.6. la visión sistemática de las condiciones clínicas a la luz del estudio de la confluencia entre la genética y el medio ambiente”

Finalmente, debemos considerar que toda la clasificación de los trastornos mentales desarrollada por Aníbal Silveira se basa en la participación de la carga genética o del medio físico y social en la determinación, desencadenamiento o coloración de las condiciones clínicas, así como una propuesta de cómo integrar estos dos aspectos de la etiopatogenia de las enfermedades mentales.

Con este fin, Silveira desarrolló el concepto de Ciclo Heredológico, concepto que ya había sido esbozado por otros autores pero que encuentra en Silveira su organización más sistemática. Para entender este concepto, debemos hacer referencia a las concepciones anteriores que perfilaron el inicio de este concepto. En parte, ya presentamos algunos principios en el capítulo anterior, en el subtítulo 4. (Factores fundamentales en la expresión de las enfermedades mentales). Ahora, volveremos a esos conceptos para desarrollar de manera más sistemática los conceptos de Silveira sobre la participación de la genética en la etiopatogenia de las enfermedades mentales, ya que este es el eje rector de su concepción y clasificación nosográfica.

El primer principio por exponer es que en toda enfermedad mental está presente tanto la predisposición genética como la influencia de factores ambientales, es decir, no hay enfermedad que sea causada únicamente por factores ambientales o por factores constitucionales. Para Silveira, no hay antagonismo entre el ambiente y el mundo interno.

Este dualismo no se da en la realidad. Dado que ambos factores están presentes en todos los trastornos mentales, es importante definir cómo se integran estos factores y evaluar la importancia relativa de cada uno de los factores en la etiopatogenia de cada condición específica. Por lo tanto, es posible utilizar este criterio para que sirva como eje orientador para la clasificación de las enfermedades mentales.

El esquema de Luxemburger, presentado en el Capítulo I, en la página 27, sistematiza la comprensión de cómo se produce esta interacción: hay un mundo interno cuyo sustrato es el genotipo total del individuo y el citoplasma. Los genes necesitan del citoplasma para manifestarse y el citoplasma también sufre, además de la acción de la información genética, la influencia del medio ambiente. De esta forma, el mundo genotípico que tiene la información genética se expresará o no en el resultado final que llamamos fenotipo, ya que, por razones aún no del todo esclarecidas, existen condiciones genéticas que pueden manifestarse o no, dependiendo de ello y de la interacción con el ambiente.

De esta forma, analizando los diferentes cuadros clínicos, las diferentes enfermedades psiquiátricas, podemos ver que algunas de ellas dependen predominantemente de factores hereditarios, mientras que otras predominantemente de factores ambientales y, por último, hay otras en las que la participación de ambos factores es equivalente en la determinación de la expresión de la enfermedad. Esto puede evidenciarse mejor a través de otro esquema de Luxemburger, que también presentamos en el Capítulo I, en la página 26. Así, lo que se necesita es evaluar la convergencia de todos estos factores para no incurrir en la consideración de aspectos parciales del problema.

El estudio de la herencia de las enfermedades mentales es fundamental en la clínica psiquiátrica, ya que el estudio de lo que llamamos heredopronóstico empírico es fundamental para establecer un diagnóstico más preciso. Sin embargo, es en la epidemiología psiquiátrica y en el campo de la medicina preventiva donde este estudio es más fundamental y central. Esta observación de la participación de la herencia en los estados mórbidos psiquiátricos se remonta al siglo XIX. Podríamos decir, como lo hace Silveira, que la genética humana nació con la psiquiatría. Kraepelin, considerado el padre de la psiquiatría moderna, desarrolló el llamado heredopronóstico empírico, correlacionando los cuadros clínicos y sus ocurrencias familiares. Sin embargo, este heredopronóstico es empírico ya que no establece conclusiones muy precisas, en términos estadísticos. Pero, consideró esta influencia en la evolución de las condiciones clínicas. La heredobiología se refiere a las variaciones normales, mientras que la heredopatología se ocupa de las condiciones mórbidas.

Desafortunadamente, la falta de énfasis en la genética en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial se debió a los prejuicios. La ciencia pagó este precio como consecuencia de las concepciones erróneas y desastrosas de los científicos nazis que buscaron explicaciones pseudocientíficas para justificar la superioridad de ciertas "razas" sobre otras. Este concepto, ahora totalmente desfasado, lamentablemente continuó asociado de manera errónea, sutil y

encubierta a quienes se interesaban por la correlación entre la genética y los trastornos mentales, incluso a quienes, desde entonces, ya habían criticado esas concepciones. Muchos médicos alemanes, que antes de los nazis ya habían estado desarrollando importantes trabajos sobre genética en psiquiatría, luego se involucraron con las políticas nazis. Entre ellos se encuentra Rüdín, quien, a pesar de haber sido absuelto en el tribunal de Núremberg y de haber continuado su vida académica tras el final de la Segunda Guerra Mundial, tuvo sus obras prácticamente olvidadas, incluso aquellas que no tenían relación con el período nazi.

Con Kretschmer, se desarrolló el concepto de que las principales enfermedades psiquiátricas podían agruparse en grandes grupos de enfermedades relacionadas. Kretschmer afilió a los grandes grupos morbosos psiquiátricos (Esquizofrenia, Psicosis maniacodepresiva y Epilepsia) las alteraciones de la Personalidad que denominó Personalidades Esquizoide, Cicloide y Epileptoide (las más llamativas, que podrían considerarse morbosas) y las Personalidades Esquizotímicas, Ciclotímicas que serían alteraciones personalidad, cercana a la normalidad. Con esta concepción, existía la idea de que existían formas afines de los trastornos mentales que podrían, tal vez, ser consideradas formas atenuadas de las principales enfermedades. Esta noción está en la base del concepto de Ciclo Heredológico, desarrollado por Silveira.

La distinción primitiva entre enfermedades endógenas y exógenas, distinción realizada por Kraepelin, fue desarrollada posteriormente por Kleist, como ya se vio en las enfermedades neurogénicas, somatógenas y alogénicas. Aquí ya se puede ver una mayor precisión de conceptos en cuanto a la articulación entre la máxima influencia genética (enfermedades neurogénicas), la participación del ambiente citoplasmático interno (predominante en enfermedades somatógenas) y la participación predominante del ambiente (enfermedades alogénicas).

Silveira va más allá, considerando entre las enfermedades neurogénicas las constitucionales (en las que la participación de la disposición hereditaria es máxima), las colaterales (en las que la participación hereditaria es atenuada pero predominante, conduciendo a la manifestación del cuadro clínico por latente predisposición), las condiciones ligadas a cambios de personalidad, y las condiciones alogénicas en las que la participación de factores ambientales es mayor.

Su concepción, sin embargo, fue desarrollándose paulatinamente, basándose tanto en sus propios estudios con el análisis de los resultados de la anamnesis heredológica practicada a sus pacientes, como a través de la integración de conceptos desarrollados por Kleist, también basados en el estudio de la predisposición genética.

Así, después de la primera clasificación de Kleist, que fue un desarrollo de la primera división de condiciones psiquiátricas en endógenas y exógenas; la que las dividía en neurogénicas, somatogénicas y alogénicas, seguida de una segunda clasificación de condiciones en cinco rúbricas: (I) Condiciones progresivas, incluida la destrucción del tejido neural; (II) Alteraciones temporales en la constitución

neurovegetativa defectuosa; (III) Enfermedades transitorias con oscilaciones autógenas; (IV) Constituciones fallidas con oscilaciones psicógenas y autógenas; (V) Constituciones fallidas con agotamiento ergogénico.

Esta compleja clasificación se basaba, además de las características clínicas, en la compleja participación de predisposiciones hereditarias que no podían entenderse como un simple modo de herencia de tipo mendeliano.

Silveira pasa luego a considerar que la genética en las enfermedades psiquiátricas probablemente siguió una herencia poligénica. Así, su clasificación posterior queda aún mejor estructurada. Continúa considerando en el primer grupo los marcos constitucionales, marcos en los que la participación genética es máxima porque hay una confluencia de genes relacionados con ese trastorno en ambos linajes. Estos son los marcos en los que el desarrollo depende muy poco de las situaciones ambientales, siendo efectivamente dependiente principalmente de la constitución.

Con una carga genética más atenuada, Silveira considera Condiciones Colaterales. En estos trastornos, si bien la carga genética es el principal factor etiológico, se encuentra atenuada en relación con las condiciones constitucionales, lo que conduce a su manifestación ocasional. Existe una predisposición genética latente que ocasionalmente puede manifestarse y el desencadenamiento del cuadro depende más de circunstancias ambientales que de condiciones constitucionales. Sin embargo, en estos casos el principal factor etiológico sigue siendo la carga genética.

En un tercer grupo, Silveira considera los Cuadros Ocasionales, en los que los factores ambientales aportan los principales factores etiológicos en la aparición del cuadro. La carga genética contribuye principalmente a la coloración del cuadro clínico. Pero sin el factor ambiental (principalmente físico y también citoplasmático – en el caso de psicosis metabólicas (autotóxicas), endocrinas o infecciosas), el cuadro no dispara.

En esta clasificación se puede ver cuán fundamental fue para la Psiquiatría la distinción establecida por Kleist entre condiciones progresivas (esquizofrenia) y aquellas que evolucionaban a través de ataques, episodios, brotes o fases, que, si bien podían, en algunos casos, ser sintomáticamente análogas a los estados esquizofrénicos, tuvieron remisión completa.

Kleist elaboró con Neele, en 1948, un criterio empírico en el que consideraba tres grados de intensidad de la influencia de la carga genética en los diferentes cuadros clínicos.

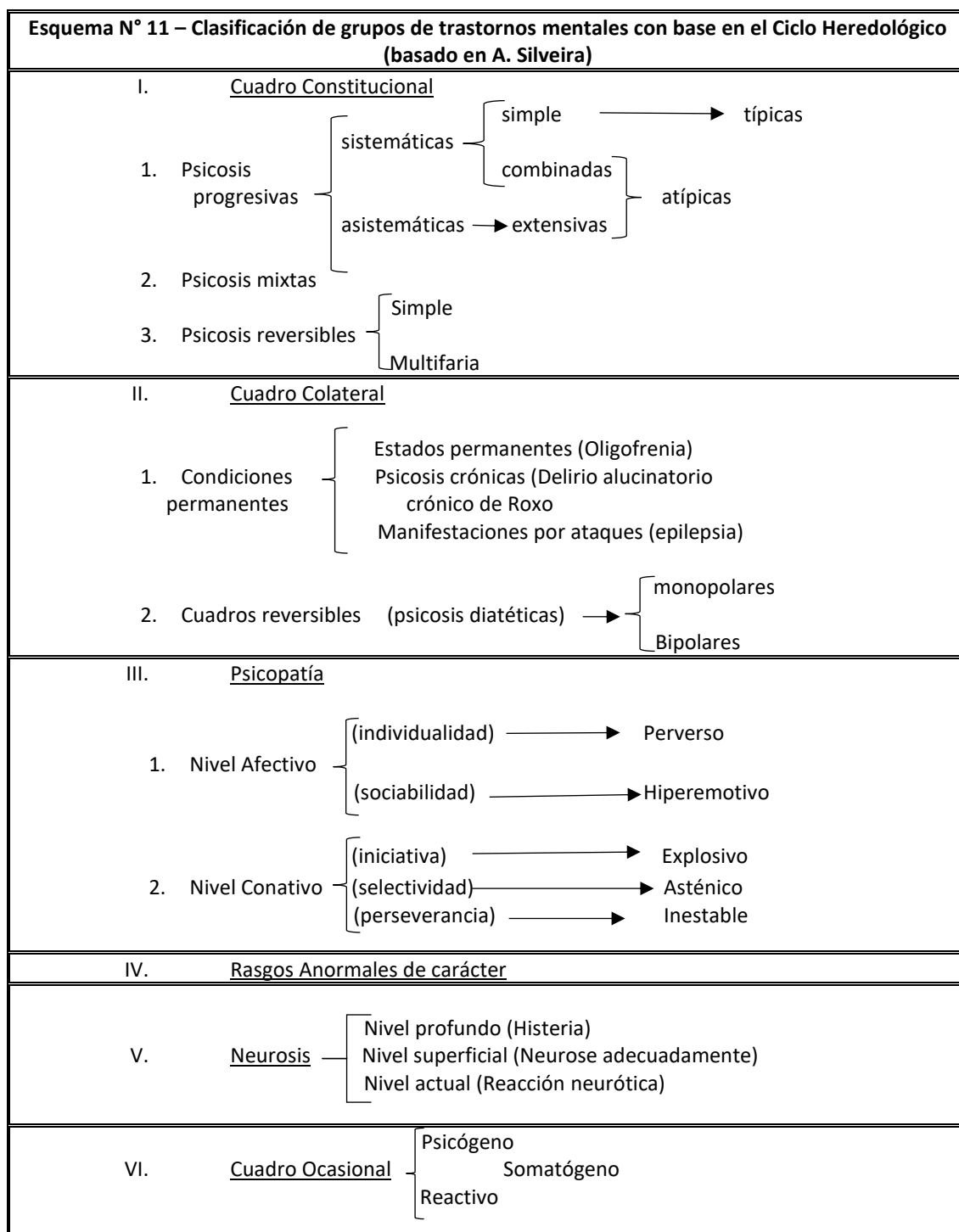
En 1938, con base en un estudio empírico, Silveira estableció otro criterio heredopronóstico. Aunque no se realizó ningún estudio estadístico, su estudio se basó en 2166 anamnesis.

- Grado 4: psicosis endógena en ambos linajes
- Grado 3 – Psicosis similar en un linaje
- Grado 2: psicosis ocasional o suicidio en un linaje
- Grado 1: epilepsia en un linaje.

Esta encuesta permitió evaluar que la carga genética es más pronunciada en el grupo de esquizofrenia y las psicosis en el grupo maniaco-depresivo.

Finalmente, Silveira, analizando cuadros clínicos psiquiátricos y estudios previos, elaboró una clasificación de seis grados de atenuación genética, correlacionando, además de la predisposición genética, la participación del ambiente en la determinación de condiciones morbosas.

Esta es su clasificación en base al Ciclo Heredológico:



Observando la clasificación propuesta, se puede observar que revela seis grados de atenuación genética, además de correlacionar también, en grado creciente, la participación ambiental en la determinación de las condiciones morbosas, desde el primero hasta el último grupo. Se verifica también desde el grupo inicial hasta el último la atenuación de la amplitud del deterioro psíquico. Como nuestro objetivo en esta etapa es sólo presentar la concepción del Ciclo Heredológico desarrollada por Silveira, no nos detendremos en la discusión de las diferentes condiciones clínicas, que se hará en una mejor oportunidad.

Ahora es el momento de presentar un concepto que ha sido muy discutido en la actualidad, el concepto de Trastorno del Espectro. El trastorno del espectro es un concepto que incluye en un grupo una variedad de condiciones mentales asociadas, que en ocasiones incluyen síntomas y características únicas de los marcos considerados dentro del mismo espectro. Las diferentes condiciones en un espectro a menudo tienen una similitud o es probable que sean causadas por el mismo mecanismo. Este concepto pretende aclarar que no existe una única condición patológica, sino un síndrome compuesto por varios subgrupos. El espectro puede representar un rango de severidad, que comprende déficits severos, leves y no clínicos. En algunos casos, este enfoque reúne condiciones que antes se consideraban como formas distintas. La condición donde más se ha utilizado este concepto es en el caso del llamado trastorno bipolar. Este es el nombre que actualmente se utiliza para un grupo de trastornos cuyo representante más típico sería lo que antes se denominaba Psicosis Maniacodepresiva.

A nuestro modo de ver, los criterios diagnósticos un tanto laxos llevaron a agrupar bajo un mismo epígrafe, el de trastorno bipolar, cuadros sintomatológicamente similares, pero que representan cuadros psicóticos diferentes. Para ello, basta considerar las condiciones de bipolaridad descritas por Kleist y Leonhard, que incluyen varios tipos de psicosis, pero que, utilizando un criterio descriptivo laxo (como, en nuestra opinión, representan los criterios actuales), pueden clasificarse todos con el diagnóstico único de Trastorno Bipolar.

Algunos autores más críticos, al señalar que estas imágenes son diferentes, aunque posiblemente relacionadas genéticamente, han insistido en utilizar el concepto de espectro, que sería más completo, aunque, en nuestro punto de vista, todavía bastante impreciso.

El concepto de Espectro fue introducido por el psiquiatra armenio-estadounidense Hagop S. Akiskal, quien ha señalado la necesidad de considerar los trastornos bipolares como parte de un Espectro que incluiría también la Distimia. Insiste en un acercamiento a la visión sintética de Kraepelin. A pesar de tender más hacia un único diagnóstico de los trastornos bipolares, curiosamente el concepto, a nuestro juicio, apunta a la diversidad diagnóstica, aunque también a un grupo de trastornos relacionados, que tal vez, como consideran Kleist, Leonhard y Silveira, estén genéticamente relacionados, partiendo de la forma típica donde la tendencia hereditaria sería máxima por las formas más atenuadas de la tendencia genética que culminarían en manifestaciones clínicas atípicas y atenuadas.

Existe una tendencia actual a expandir este concepto de Espectro a otras condiciones nosológicas. Un ejemplo de esto es la aproximación entre las condiciones esquizofrénicas y el trastorno esquizotípico de la personalidad; o el concepto de Espectro del Autismo. Este concepto, bajo nuestro punto de vista, retoma, aunque de manera mucho menos precisa, exactamente la concepción de Silveira en relación con lo que él llamó Ciclo Heredológico. Con una diferencia, sin embargo, Silveira presenta su concepción de Ciclo Heredológico hacia 1940 y de forma mucho más sistematizada y precisa, mientras que el concepto de Espectro aparece recién en la década de los noventa, es decir, unos cincuenta años después.

4. Investigaciones actuales relacionadas con la Genética y la Psiquiatría

El modelo de la doble hélice de la molécula de ADN fue propuesto por Watson y Crick en 1953. Se descubrió la molécula que portaba la información genética de los seres vivos. En 1990, en un esfuerzo mundial conjunto, se fundó el Proyecto Genoma Humano y el 14 de abril de 2003 se anunció a la prensa la finalización de la secuenciación completa del genoma humano. Sin embargo, ¿qué de esta investigación se puede utilizar en la práctica clínica? Desgraciadamente todavía casi nada, como ya comentaremos. Sin embargo, las posibilidades con futuras investigaciones son brillantes¹⁵.

En el tema anterior de este capítulo, dijimos que Silveira consideraba que la genética humana habría comenzado con la psiquiatría. ¿Pero de qué manera? Por supuesto, a través del hallazgo empírico de que en las familias de psicóticos solía encontrarse un mayor número de individuos que también padecían psicosis. Este hallazgo llevó a los psiquiatras a ser los primeros en considerar la importancia de la herencia en la aparición de enfermedades mentales. Probablemente incluso esta apreciación se debió a la inmensa complejidad del órgano mental, el cerebro, del que aún no sabíamos casi nada. Mientras que, en Medicina General, los clínicos e investigadores lograron establecer una posible etiología para muchas de las enfermedades estudiadas, o, si no la etiología, un mayor conocimiento de la patogénesis de estas mismas enfermedades, en el caso de Psiquiatría, la etiopatogenia de la mayoría de las condiciones. seguía siendo un misterio.

Luego, el hallazgo de predisposición hereditaria para muchas enfermedades mentales llevó a los psiquiatras a investigar sistemáticamente la ocurrencia de otros casos de enfermedad mental en las familias de los enfermos.

¹⁵ Más recientemente, ya tenemos la posibilidad de indicar fármacos más específicos a través de datos relacionados con el mapeo genético. Muchas enfermedades psiquiátricas y neurológicas ya se pueden comprender mejor a partir del mapeo genético y los genes específicos que se encuentran. Con respecto a la epilepsia, en su forma antes considerada criptogenética o en la forma que Aníbal Silveira consideraba como Epilepsia genuina, es posible encontrar diferentes tipos genéticos.

Si consideramos que Mendel publica sus leyes de la herencia en 1865 pero su obra solo sería redescubierta a principios del siglo XX y que August Morel publica su hipótesis sobre la enfermedad mental considerándola como degeneración en 1857 y, esta fue la primera (incluso si se equivoca) hipótesis que consideraba a las enfermedades mentales como dependientes de una predisposición interna, encontramos que efectivamente, estas primeras hipótesis que relacionaban la predisposición hereditaria a las enfermedades mentales, precedieron al trabajo objetivo de la genética como campo científico. Mucho más tarde, cuando Kraepelin dividió las enfermedades en endógenas (por predisposición) y exógenas (dependientes de influencias externas), comenzaron las primeras hipótesis de la ciencia de la Genética. Pero las enfermedades mentales nunca podrían correlacionarse con uno de los modos de transmisión genética considerados en ese momento, ya que no tenían una forma de herencia ligada al sexo ni formas autosómicas dominantes o recesivas. El descubrimiento del ADN llegará solo medio siglo después. De esta forma, la consideración de la predisposición genética sólo podía plantearse a través de una evaluación empírica ya que no teníamos ninguna hipótesis sobre la forma en que se producía esta transmisión, aunque era innegable.

Con un mayor conocimiento de otras formas de transmisión genética, incluida la herencia poligénica, es decir, aquella que considera la interacción génica, donde varios genes (no necesariamente ubicados en el mismo cromosoma) pueden controlar un mismo carácter, la consideración de esta forma de transmisión como la más causa probable de los trastornos mentales complejos, se impuso como hipótesis.

Hoy en día, con la acumulación de estudios de agregación familiar, así como con gemelos idénticos, además de los estudios epidemiológicos, podemos considerar innegable la participación genética como el principal factor etiopatogénico para la mayoría de las denominadas psicosis endógenas. Sin embargo, ni siquiera para las psicosis esquizofrénicas o para las denominadas afectivas, esta participación no explica completamente la aparición de cuadros clínicos.

Las razones por las que, incluso en estudios puramente empíricos y estadísticos, los resultados no indican una etiopatogenia exclusivamente genética dependen de numerosos factores. La primera razón para tener en cuenta es que, efectivamente, para todos los trastornos siempre debemos considerar la interacción entre la predisposición genética y los factores ambientales, pero la segunda razón también es muy importante. Este segundo está relacionado con el hecho de que el diagnóstico psiquiátrico es todavía muy impreciso y, por ello, quizás, cuando investigamos estos factores, es bastante probable que estemos incluyendo diferentes condiciones nosológicas en un mismo diagnóstico. De esta forma, es muy difícil aproximar los fenotipos clínicos con los genotipos probables. Quizás hay muchos tipos genéticos y diferentes genes pueden incluso causar la misma patología. Entonces, ¿cuál es el desafío actual? Sería la de mejorar nuevas definiciones de fenotipos psiquiátricos que permitan identificar con mayor precisión la localización de sus genes. Los métodos propuestos son considerar el

inicio de la enfermedad, los antecedentes hereditarios, el grado de severidad del cuadro clínico, la preponderancia de síntomas característicos, la comorbilidad, la evolución clínica e incluso la respuesta al tratamiento. Aunque casi todos los autores mencionan esta necesidad, cuando subdividen, por ejemplo, la esquizofrenia, proponen, en la mayoría de los casos, criterios muy genéricos como la clasificación de los síntomas únicamente en positivos y negativos.

Es necesario que desarrollemos un mayor conocimiento sobre las posiciones moleculares polimórficas, la identificación de genes candidatos (ya que casi con certeza en la herencia de estas enfermedades participan varios genes concomitantemente, algunos que actúan en conjunto sumando, otros que inhiben la expresión de otros, aún otros que sólo aparecen en función de determinadas situaciones ambientales, etc.) y que formulemos hipótesis más amplias y sistemáticas. Creemos que una de las formas de acercarse un poco más a esto es plantearse una nosografía más compleja, como ya se ha aceptado en el caso de los trastornos bipolares, haciendo uso de la clasificación de Leonhard, que nos parece mucho más precisa y detallada que el propuesto por ICD-X o DSM-IV. Lo mismo debe hacerse con respecto a la Esquizofrenia, que actualmente se clasifica básicamente en solo 4 tipos, mientras que la nosografía Kleistiana, adoptada por nosotros, considera 26 formas diferentes.

Además de estas dificultades relacionadas con una mayor precisión diagnóstica, que compromete la investigación en sus inicios, debemos considerar que el descubrimiento del mapeo del ADN humano es solo el comienzo de un largo camino. Lo que obtenemos es como un texto completo que, sin embargo, está escrito en un idioma prácticamente desconocido. Conocemos la secuencia del ADN solo conocemos unos 300 genes, es decir, menos del 1% de nuestro genoma. La secuenciación del genoma humano es solo una parte del complejo rompecabezas. La información genética debe usarse como un “mapa” a partir del cual comenzar a comprender la base de la enfermedad y la variación genética mediante el análisis de la complejidad y el comportamiento de las regiones reguladoras, los genes y las proteínas, las funciones de los genes y los sistemas celulares. Será fundamental intercambiar información genética con información clínica, étnica y ambiental para obtener una visión más amplia del conjunto.

Actualmente, varias técnicas de investigación se han puesto a disposición de los investigadores para que puedan descifrar gradualmente el genoma humano. Solo por mencionar las técnicas más importantes, debemos mencionar los rigurosos procedimientos de la genética molecular: modelos de inactivación de ciertos genes (knockouts), identificación de genes candidatos (mediante la identificación de los genes loci involucrados). Esto se puede lograr asociando estas técnicas con los avances en la metodología epidemiológica y estadística. Se realizan estudios de asociación de genes, análisis de segregación, el estudio del fenómeno de la anticipación genética. La presencia de un componente hereditario en la etiología de las psicosis funcionales (Esquizofrenia y Trastorno Afectivo Bipolar, clasificación que, en nuestra

opinión, debe desglosarse en una clasificación más precisa en función de la patogenia) ya está establecida. Lo que no está claro es la forma en que se produce esta transmisión y, en caso de que sea poligénica (hipótesis más probable), la identificación de los genes implicados y sus funciones en la síntesis de proteínas). La noción reciente de Spectrum, ya que mejorada, haciéndose más precisa y organizada, puede ser muy útil en la agrupación de enfermedades relacionadas, lo que permitiría buscar genes candidatos que posiblemente estén relacionados en estos grupos. No es cierto que también consideremos la posibilidad de que fenómenos como la anticipación génica y la mutación dinámica también puedan estar implicados en esta etiopatogenia. Pero vale la pena mencionar la posibilidad.

Actualmente, con la investigación realizada, se ha logrado formular una base de datos donde varios investigadores pueden consultar y comparar los resultados de los descubrimientos. Como curiosidad, dado que todavía estamos lejos de la aplicación clínica de estos descubrimientos, presentamos una tabla donde enumeramos los diferentes genes loci que diferentes investigadores han identificado como posiblemente relacionados con diferentes enfermedades mentales. Esto se ha conseguido mediante estudios de asociación y ligamiento genético (investigación de genes candidatos en personas que padecen la misma enfermedad, por comparación, y en familiares de personas que padecen la enfermedad, también por comparación). Presentamos la tabla n.º 15 en la próxima página. En la primera columna se encuentra el cromosoma involucrado, en la segunda el loci del gen y en la tercera la patología considerada en la investigación que indicó la referida gema.

Observando los loci mencionados anteriormente, se puede observar que varios de ellos se correlacionaron tanto con la Esquizofrenia como con el Trastorno Afectivo Bipolar, y algunos comparten el Trastorno Afectivo Bipolar y el Trastorno Límite de la Personalidad; aún otros comparten la esquizofrenia y la enfermedad de Alzheimer. ¿Cómo considerar esto? Es evidente que, en el estado actual de nuestro conocimiento, sólo podemos conjeturar. Existen síntomas comunes a estas distintas patologías, aun considerando que su diagnóstico es todavía bastante genérico. Además, por ejemplo, en el caso de TAB y TLP, muchas veces el diagnóstico diferencial no es bien realizado por muchos profesionales. ¿Podría esto estar relacionado con el hecho de que quizás sean parte del mismo Espectro? ¿O que tienen síntomas comunes que pueden tener una etiopatogenia genética común? ¿O son solo coincidencias debido a un error de diagnóstico debido a la imprecisión? Solo el futuro puede responder a estas preguntas. Sin embargo, creemos efectivamente que, si mejoráramos aún más nuestros criterios diagnósticos, teniendo en cuenta la patogenia de las condiciones y no meramente utilizando criterios descriptivos, quizás los resultados de la investigación también serían más precisos y coherentes. Por ahora solo nos queda intentar desarrollar bien nuestro diagnóstico clínico. Al menos para nosotros, que estamos desarrollando la práctica clínica. Y si hacemos eso, también podremos ayudar a los investigadores de genómica brindándoles grupos más homogéneos para sus investigaciones.

Tabla No. 15 – Loci genéticos susceptibles de estar involucrados en diferentes enfermedades mentales (síntesis basada en varios trabajos publicados a los que tuvimos acceso al momento de escribir este texto)

Cromossomo	Locus gênico	Patologia considerada
1	1q32 1q25 1q31-q42 1	TAB,TPB Esq Esq TAB
4	4p16	TAB, TPB
5	5q22-31	Esq
6	6 6p24-22 6q13-q26	TAB Esq Esq
7	7	TAB
8	8p21	Esq
10	10 10p15-p11	TAB Esq
11	11p	TAB
12	12q23-q24 12p13.3-12.3 12q23-q24	TAB Esq TPB
13	13q32	TAB, Esq, TPB
14	14q24.3	Esq
16	16	TAB
17	17q23 17q21.3	Esq Psicoses funcionais
18	18p 18p21 18q21.1	Esq TAB Psicoses funcionais
19	19q13.2	Esq, Alzheimer
21	21q21.3 21q22.3 21q22 21q	Esq, Alzheimer Esq TAB TAB,TPB
22	22q12-q13 22	TAB, Esq TAB
X	Xq29 Xq24-27 Xq26 Xq28	TAB TAB TAB TAB

[Esq = esquizofrenia, TAB = Transtorno afetivo bipolar, TPB – Transtorno de personalidade borderline). Os dados não são considerados confiáveis para todos os autores.]

Tablas adicionales en las que tratamos de sintetizar las concepciones de Karl Kleist y su influencia en la concepción de A. Silveira

TABLA n.º 16	
Aspectos generales de Karl Kleist y su obra principal (Gehirnpathologie)	
Predecesores principales	Wernicke – Tratado da las enfermedades mentales von Monakow – Patología Cerebral Henschen – Aportes clínicos y anatómicos de la patología cerebral
Trabajo principal	Gehirnpathologie (Patología cerebral) - publicado en alemán en 1934 (sin traducciones a otros idiomas)
Casística en Gehirnpathologie	Más de 1000 casos, en su mayoría lesiones cerebrales de guerra, pero también casos con enfermedades focales de otros orígenes de casos personales.
Fundamentos conceptuales	Integrar los avances en la investigación anatómica del cerebro, estudios faseranatómicos de Maynert y Wernicke, hallazgos mielogenéticos de Flechsig, resultados del método de degeneración secundaria (Gudden, Marchi, von Monakow). → relacionar los trastornos encontrados clínicamente con el nuevo concepto de arquitectura cerebral: citoarquitectura de la corteza (Campbell, E. Smith, Brodmann, C. y O Vogt, von Economo) y la fina histología de las capas corticales (Cajal, Kappers , Mott , van Valkenburg, Nissl)
La ambición de Kleist (su objetivo final)	Llegar a un plan funcional (Funktionsplan) del cerebro, en sus principales elementos y también en una psicología de la personalidad.
Método utilizado	Método patológico e investigación neuropsicológica
TABLA n.º 17	
Principales conceptos y ejes de la construcción del Plan Estructural y funcional del cerebro, creado y utilizado por Kleist (principalmente presentado en Gehirnpathologie, pero ya presente en trabajos anteriores del autor)	
Sistema de coordenadas creado y utilizado en la construcción del plano estructural y funcional del cerebro, presentado en Gehirnpathologie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oposición entre la corteza y el tronco encefálico 2. Ubicuidad de la distribución funcional en las actividades motoras, sensoriales y psíquicas 3. Estructuración “psicobiológica” de la personalidad
TABLA n.º 18	
Oposición entre la corteza y el tronco encefálico	
<u>Córtex</u>	<u>Tronco cerebral</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Corteza se divide entre las esferas sensoriales • El resultado de la actividad cortical es el llamado “psiquismo cortical” • Talentos de carácter y personalidad 	<ul style="list-style-type: none"> • El resultado de la actividad del tronco cerebral, en su participación en la actividad psíquica, se denomina “psiquismo infracortical” (Infrakortikale Seele) • Se presenta como una combinación de tres resultados funcionales principales: <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención y conciencia (Achtsmkeit und Bewusstsein) 2. Vigilia y sueño (Wachsein und Schlafen) 3. Modo de ser (también conocido ocasionalmente como Esencia) (Wesen)

TABLA n.º 19			
Funciones psíquicas y tronco encefálico – Niveles de integración de funciones y síntomas correlacionados			
Proceso neuropsicológico principal	Ubicación	Síndromes y síntomas (con la bipolaridad característica de estos procesos generales)	Posibles etiologías
1. Conciencia primordial	núcleos vagales del rombencéfalo núcleos del bulbo Núcleos vagales, trigémino, glossofaríngeo, acústico y cuando la lesión se extiende al mesencéfalo, núcleos cuadrigéminos núcleos vestibulares	<u>Principal</u> : pérdida de conciencia por la repercusión de la perturbación ligada a los núcleos del rombencéfalo sobre las funciones psíquicas más diferenciadas, dependientes del lóbulo frontal (debido a los sistemas cerebrales) <u>Otros</u> : alteración de la regencia metabólica: cambios en la frecuencia cardíaca, presión arterial, ritmo respiratorio, presencia de palidez, náuseas, vómitos y sudoración profusa. - Abolición de la percepción: táctil, olfativa, gustativa, auditiva e incluso visual. - Pérdida del equilibrio y de la postura erguida	- Lesiones traumáticas - Hemorragias en el cuarto ventrículo - Edema local por causas variables: traumáticas o tumorales - Tóxico
2. Estado general psíquico	Tálamo, paredes grises del tercer ventrículo <u>Diencéfalo</u> , lóbulo temporal y orbitario Núcleo medio, lateral y pulvinar del tálamo	<u>Principal</u> : Estados crepusculares : tranquilo y agitado (aquí comienza esta bipolaridad que estará presente en todos los demás grupos de síntomas que involucran las relaciones entre la corteza y la subcorteza). Elaboración psíquica inhibida en su mayor grado, con perjuicio en la elaboración y reproducción de representaciones. <u>Otros</u> : perseveración, por lo tanto: nubosidad de conciencia y perseveración. Lentitud de los procesos asociativos. Puede ser un síntoma secundario en afasias, agnosias y apraxias.	- Hemorragias o reblandecimiento por isquemia de las paredes del tercer ventrículo - Lesiones diencefálicas, temporales y orbitarias - Tumores - Psicosis endógenas y ataques epilépticos
3. Estado de sueño y vigilia	Lesiones que penetran hasta el <u>tronco encefálico</u> <u>Diencéfalo</u> , cerca de Pineal. Comisura media y en el núcleo de la <u>lámina media</u> del <u>capuchón óptico</u>	<u>Principales</u> : Estados de somnolencia mórbida (que pueden prolongarse) con sueño simple y apacible o lleno de sueños e inquietudes (cuya manifestación mórbida es el delirio onírico, analizado a continuación. Se suprimen las funciones exteroceptiva y propioceptiva y se mantiene la interoceptiva <u>Otros</u> : en la somnolencia mórbida hay un predominio de las funciones parasimpáticas que pueden estar exaltadas. Durante la vigilia predomina el sistema simpático.	- Hemorragias - Ablandamiento - Psicosis endógenas - ataques de epilepsia - Narcolepsia

<p>4. Delirio onírico</p>	<p>Proximidad al <u>diencéfalo</u> o en el <u>lóbulo temporal</u> y <u>orbitario</u></p>	<p><u>Principal</u>: es el correlato del sueño inquieto y soñador. Se suprime la orientación espacial y brotan las <i>alucinaciones ópticas y táctiles</i>. Confusión con inquietud. Los fenómenos exteroceptivos sensoriales, motores e intrapsíquicos están más distantes entre sí aquí que en el estado crepuscular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones traumáticas - Tumores - AVCs - intoxicaciones - Cuadros endógenos
<p>5. Amnesia Temporal</p>	<p>Base del diencéfalo y <u>cuerpos mamilares</u> lóbulo orbital <u>fascículo mamillotalámico</u> Lesiones <u>profundas del lóbulo temporal</u> que alcanzan el <u>diencéfalo</u></p>	<p><u>Principal</u>: alteración de la memoria de fijación y orientación temporal – Según Kleist, esto indica la participación del diencéfalo también en los procesos de memoria y fijación, junto con los sectores temporales. <u>Otros</u>: como siempre, en estos cuadros de relación del subcórtez con el córtex, siempre existe la posibilidad de una cierta polaridad: hay, por tanto, un síndrome con <u>liberación de representaciones vividas</u>, a través de <u>confabulaciones</u> (Korsakoff) – que representa el reverso de los estados crepusculares. Son cuadros con liberación de evocación, con <u>logorrea</u> sin fuga de ideas y <u>pratorrea</u> (liberación de actividad con ocupaciones excesivas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones traumáticas - Tumores - AVCs - Alcoholismo y otras intoxicaciones, principalmente crónicas - Endógeno (confabulosis): ligeramente diferente, pero con dinamisismos relacionados.
<p>6. <i>Síndromes de calidad de impresión</i> que están determinados por ciertas <i>cualidades particulares de la impresionabilidad del yo</i>.</p>	<p>Implican la participación del <u>diencéfalo</u>. Sin embargo, Kleist no pudo especificar qué regiones del diencéfalo estarían relacionadas con</p>	<p><u>Principal</u>: Hay deterioro en dos direcciones opuestas (bipolaridad) de la calidad de las impresiones (experiencia de percepciones, representaciones, razonamientos y actos). Este deterioro puede ocurrir en dos direcciones: en el debilitamiento o en el aumento de la impresionabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Debilitamiento</u>: las representaciones aparecen pálidas, incompletas y difíciles de despertar - extrañeza con despersonalización - puede estar relacionado con la depresión - <u>Impresionabilidad aumentada</u>: todo parece más vivo y el yo queda impactado -: estados de “<i>dejà vu</i>” con perplejidad; pero también fenómenos de autorreferencia (los acontecimientos en el mundo están relacionados con uno mismo) – cursos con angustia o persecución; y los fenómenos de significación (las cosas y los fenómenos adquieren nuevos significados) – acompañados de éxtasis, preocupaciones o perplejidad – pueden aparecer alucinaciones que conducen al síndrome de alucinosis (agudo o progresivo) 	<ul style="list-style-type: none"> - Condiciones de lesión - Condiciones infecciosas y tóxicas (encefalitis, psicosis tóxicas) - Cuadros agudos progresivos y reversibles endógenos

7. <i>Síndromes de corporeidad y del carácter</i>	Además de la <u>capa cortical</u> (varias áreas), tienen una <u>capa diencefálica</u> : las funciones diencefálicas del yo están reguladas de acuerdo con un grado variable de excitabilidad individual.	<p><u>Principal</u>: Los trastornos mórbidos se manifiestan como síndromes contrapuestos de aumento o debilitamiento de estos procesos complejos que involucran varios niveles de la personalidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Yo corporal (Somatopsique)</i>, con sensaciones interoceptivas ligadas a procesos nerviosos vegetativos: <i>disforia hipocondríaca</i> o <i>euforia con sobrevaloración corporal</i> - <i>Yo propio (Autopsyche)</i>, vinculado a las cualidades personales → <i>aumento de los sentimientos de autoestima, con presunción, orgullo y fanfarronería</i> o <i>baja de autoestima con desánimo, pensamientos de inferioridad y hastío de la vida</i> → suele acompañarse de un estado de ánimo deprimido - <i>Yo Colectivo (Cenopsique)</i> con sentimientos morales – sentimientos de desconfianza, odio, irritabilidad y tendencias pendencieras o sentimientos colectivos incluso con amor desbordante por los demás. → A veces puede ser fásico, bipolar - <i>Yo del mundo o religioso (Holopsique)</i> – integración consciente del yo en el mundo como un todo y en el orden cósmico. Cambios de humor con inspiraciones, relatos fantásticos o retraimiento, con persecución. A veces, los estados persecutorios se combinan con alucinosis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Condiciones de lesión - Condiciones infecciosas y tóxicas (encefalitis, psicosis tóxicas) - Cuadros endógenos
8. <i>Síndromes de temperamento</i>	También se relacionan con el <u>diencefalo</u> y los <u>ganglios anteriores en la base del cerebro</u> . Es importante la participación de los ganglios basales en la actividad y en los movimientos y expresión.	<p><u>Principal</u>: Los fenómenos afectivos, instintivos e impulsivos tienen variaciones individuales en modo e <i>intensidad</i>. Son los temperamentos. Los temperamentos alegre (<u>sanguíneo</u>) y <u>melancólico</u> están ligados a estados afectivos (humor), mientras que el <i>colérico</i> y el <i>flemático</i> derivan de la fuerza o debilidad de los instintos. También hay temperamentos psicomotores con impulsos aumentados o disminuidos, que no estaban descritos en la antigua doctrina de los temperamentos.</p> <p><u>Variaciones patológicas</u>: síndromes melancólicos y maníacos, estados de excitación colérica (de los pacientes epilépticos) y ciertos estupores, síndromes hiperkinéticos y acinéticos. También pueden presentarse trastornos del orden y de la atención (con variaciones polares) – curso del pensamiento con fuga de ideas e incoherencia o lo contrario. Agitación motora unilateral, en forma de movimientos lúdicos, parakinéticos o coreicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Condiciones de lesión - Condiciones toxicoinfecciosas - Cuadros endógenos

<p>9. <i>Síndromes de tendencias, obsesiones e ideas fijas</i></p>	<p>Además de la participación del <u>diencéfalo</u>, dependen del cerebro anterior. tálamo núcleo caudado</p>	<p>A partir del 6° nivel, la participación de las funciones corticales en su relación con el diencéfalo se vuelve cada vez más compleja. <i>Los impulsos (discutidos en el nivel anterior) oscilan según la oposición acinesia-hipercinesia</i>. Aquí también ocurren oposiciones polares, pero no en el sentido de aumento o disminución. En el caso de las <u>Tendencias</u>, la oscilación se da en el sentido de negación o afirmación (<i>negativismo o relajación con prokinesis</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - También se oponen la introversión y el autismo y la extroversión, con la estereotipia y la iteración, tendencias que influyen en la conducta y la acción, pero también en el habla y el pensamiento. <p><u>Obsesiones</u>: parecen tendencias y exclusivismos fanáticos que conducen a ideas fijas. Las obsesiones aparecen no sólo en los psicópatas sino también en el curso de la encefalitis letárgica crónica.</p> <p>Las tendencias suelen aparecer de forma especial en los esquizofrénicos, especialmente en los catatónicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Condiciones esquizofrénicas endógenas, especialmente catatonias - Condiciones infecciosas (encefalitis letárgica crónica) - Otros marcos.
<p>10. <i>La unidad del ser vital y su alteración</i></p>	<p>Tronco cerebral</p>	<p>Nos referimos aquí a las capacidades psíquicas condicionadas por la corteza, unidas al yo corporal, junto al carácter, dentro de la unidad de la personalidad. Hay una unidad de los fenómenos del ser vital –ser corporal - esta unidad se puede deshacer con relativa facilidad, por sobrecarga emocional → disociaciones en síntomas histéricos → <i>Sugestibilidad</i></p> <p>La alteración del ser vital puede resultar de una debilidad innata o adquirida. En los estados de confusión que involucran el tronco cerebral, la <i>sugestionabilidad</i> es común.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Condiciones de lesión - Condiciones toxico-infecciosas - Cuadros endógenos - Fuerte tensión emocional

TABLA n.º 20		
<u>“Psiquismo infracortical” (Infrakortikale Seele)</u>		
<u>Tres resultados funcionales principales</u>	<u>Áreas del cerebro relacionadas con estos resultados funcionales</u>	
Atención y conciencia (Achtsmkeit und Bewusstsein)	Segmentos más posteriores del tronco encefálico, metencéfalo y telencéfalo. Las funciones se definen a sí mismas.	
Vigilia y sueño (Wachsein und Schlafen)	Segmento más anterior, el diencefalo gris central y talámico. Las funciones se definen a sí mismas.	
Forma de Ser (Wesen)	Diencefalo y ganglios prosencefalos profundos. El Modo de Ser está relacionado con las funciones inferiores del yo, incluidos los temperamentos y la psicomotricidad inferior. Se incluyen las actividades inferiores de apercepción, orientación, fijación, alerta e ideación. El Modo de Ser (infracortical) complementa a la Personalidad (cortical).	
TABLA n.º 21		
<u>“Psiquismo cortical” (Estructuración psicobiológica de la personalidad)</u>		
<u>Capas (grupos funcionales) de la personalidad, organizadas en parte en superposición y en parte en yuxtaposición</u>	<u>Áreas del cerebro relacionadas con estos resultados funcionales</u>	
1. Escala inferior: - Tymopsyche (Gefühls-ich) – afectividad - Orgopsyche (Trieb-ich) - instintividad	Tronco cerebral y diencefalo	
2. Escala media: - Somatopsique (Körper-ich) – personalidad somática	Región cingular (especialmente a la izquierda)	
2. Escala superior: - Autopsyche (Selbst-ich) – personalidad subjetiva - Cenopsyche o Koinopsyche (Gemeinschafts-ich) – sociabilidad - Holopsyche (Religioses-ich) – participación cósmica, religiosidad	Lóbulo orbital	
Nota: Las funciones cerebrales siempre se consideran tripartitas (tanto en la corteza como en los centros subcorticales), en la personalidad y en la forma de ser. Esta división considera funciones motoras, sensoriales y psíquicas o asociativas.		
TABLA n.º 22		
<u>Escalas de personalidad y sus aspectos motores y sensoriales</u>		
<u>Los temperamentos y su correlación con los niveles o escalas de personalidad</u>		
<u>Escalas de la personalidad</u>	<u>Aspecto motor</u>	<u>Aspecto sensorial</u>
Afectividad	Movimientos expresivos	Sentimientos generales (no dirigidos) - humor
Instintividad	Movimientos impulsivos	Instintos (dirigidos a sus metas)
Personalidad somática	Movimientos reactivos (por ejemplo, al dolor)	Cenestesia
Personalidad subjetiva, sociabilidad y religiosidad	Conductas motoras y actividades (<i>Betaeltigungen</i>)	Disposiciones morales (<i>Gesinnungen</i>)
Temperamentos – Los temperamentos dependen del grado de excitabilidad de los diversos círculos de la personalidad		
Tymopsyche	Sanguíneos y melancólicos	
Orgopsyche	Coléricos y fleumáticos	
Somatopsyche	“binestar o malestar” (disforia)	
Autopsyche	“experiencias” del “yo”	
Cenopsyche e Holopsyche	Calidez de las disposiciones morales	

TABLA n.º 23	
Esferas sensoriales y sus ubicaciones corticales.	
La corteza está formada por esferas de los sentidos (con sus respectivas zonas sensoriales, motoras, psíquicas y mixtas)	
<u>Esferas</u>	<u>Áreas afines</u> (con especificaciones entre áreas sensoriales, motoras y psíquicas)
Autognóstica ("Ich-Sphaere")	Lóbulo orbital, región cingulada y retroesplenial
Mioestética	Lóbulo frontal
Táctil	Lóbulo centro-parietal
Visual	Lóbulo occipital
Auditiva	Lóbulo temporal
Gustativa	zona subcentral
Olfativa	Anterior: lóbulo piriforme; posterior: lóbulo de amonio

Capítulo III

Modalidades diagnósticas en psiquiatría. Síntoma, síndrome, cuadro clínico, diagnóstico nosológico. Visión general de las condiciones mórbidas.

1. Importancia del diagnóstico en Psiquiatría y sus modalidades

En los dos capítulos anteriores discutimos aspectos generales vinculados al concepto de Psicopatología y El criterio patogenético, criterio adoptado por nosotros, estructurado por el gran psiquiatra brasileño Aníbal Silveira, basado principalmente en las concepciones de Karl Kleist, respecto a las psicosis. Sin embargo, la orientación de Aníbal Silveira es mucho más completa.

En este capítulo, que precede a la presentación del Método Clínico, discutiremos las modalidades diagnósticas en Psiquiatría. Estas subdivisiones son artificiales y son, de hecho, meros dispositivos metodológicos para facilitar la práctica clínica.

En general, la Psiquiatría brasileña estuvo muy influenciada por la Fenomenología y siempre ha valorado mucho la cuestión descriptiva para el diagnóstico en Psiquiatría. En cierto modo, este criterio también influye mucho en clasificaciones actuales con mayor repercusión, como el DSM-IV. El criterio utilizado en el DSM-IV no es el fenomenológico, sino que el diagnóstico también se basa principalmente en la descripción puntual de los síntomas que se manifiestan.

2. Diagnóstico sintomatológico

Es evidente que tanto la descripción de los síntomas que presenta el paciente, como las alteraciones conductuales concretas o la evolución del cuadro o incluso la edad de inicio son criterios que valoramos y utilizamos para orientar nuestros diagnósticos. Lo que, sin embargo, nos diferencia en cuanto a criterios, es la forma en que integramos todos estos aspectos. En primer lugar, consideramos que el criterio descriptivo es muy insuficiente y no es el principal criterio adoptado por nosotros. En segundo lugar, en la concepción adoptada, no confundimos actividad psíquica con experiencia vivida (o “vivencia”). Si bien valoramos el relato de la experiencia del paciente, en el examen psíquico y psicológico nos guiamos por el análisis de la actividad psíquica, es decir, como se presentó brevemente en el capítulo anterior, la correlación entre los síntomas observados y la personalidad, así como la base cerebro-patogénica.

El diagnóstico, si bien no es ni siquiera el principal fin inicial de la actividad médico-psiquiátrica, no es una mera “etiqueta”, es fundamental para la orientación terapéutica, que sí es uno de los fines de la actividad psiquiátrica. Así, cuando hablamos de diagnóstico, es importante definir inicialmente a qué diagnóstico nos referimos. Al analizar un conjunto de síntomas que presenta un paciente, podemos ver que estos pueden agruparse en un conjunto que sabemos, generalmente

confluyen, indicando, de manera genérica, la afectación de una esfera específica de la personalidad o de un determinado proceso mental, es decir, el que llamamos Diagnóstico Sindrómico.

3. Diagnóstico Sindrómico

Un síndrome es un diagnóstico inicial algo impreciso. En general, describimos un síndrome como un conjunto de síntomas y signos que van juntos (del griego: sin, juntos y dromos, andar). ¿Pero por qué? Puede deberse a varias razones: (a) tienen una fisiopatología común – por ejemplo, cuando hay excitación psíquica, con júbilo afectivo, todas las funciones mentales se aceleran porque la afectividad es la base de toda vida mental, así, cuando observamos a alguien que se muestra agitado, feliz, hablando sin parar, saltando de un tema a otro, con pensamiento muy acelerado, con estimulación instintiva, podemos formular la hipótesis de que presenta un Síndrome de Excitación Psíquica. En este caso, el Síndrome está indicando una fisiopatología específica, aunque no indique la etiología de la condición, (b) los síntomas observados, caminando juntos, pueden indicar el deterioro de una determinada región del cerebro, por ejemplo: el paciente carece de objetivos y perspectivas, pérdida del sentido de la responsabilidad, pérdida de la autocrítica y el autocontrol, es incapaz de evaluar las consecuencias de su comportamiento, cuando comete errores de evaluación, no es capaz de percibir el error y corregirse, permaneciendo en una repetición estereotipada de conductas que resultaron inapropiadas, etc. Este conjunto de síntomas y cambios de comportamiento sugiere que el paciente tiene un cambio en las funciones relacionadas con el lóbulo frontal (principalmente en las áreas premotoras). En este caso hablamos de un Síndrome de Localización, en este caso, específicamente, un Síndrome Frontal. (c) En ocasiones determinados síndromes sugieren la necesidad de investigar también algún factor etiológico, es decir, se vinculan preferentemente (aunque no siempre) a un determinado factor etiológico. Este es el caso del Síndrome de Confusión, que siempre obliga al profesional a investigar una causa etiológica orgánico-cerebral. En un capítulo específico trataremos con más detalle los diferentes Síndromes Psiquiátricos. Por ahora, basta con que entendamos que el diagnóstico sindrómico es una de las etapas del trabajo psiquiátrico.

4. Diagnóstico nosológico

Hablamos también de diagnóstico nosológico, que es el diagnóstico que se realiza cuando, por ejemplo, decimos que un determinado paciente presenta un cuadro de Esquizofrenia Paranoide o Psicosis Heterotóxica por intoxicación por inhalación de gases. Esta es la etapa en la que el profesional psiquiatra incluye al paciente dentro de una de las rúbricas diagnósticas específicas. Cuando hablamos de diagnóstico nosológico, tenemos una noción de la fisiopatología de la condición específica, así como de su etiopatogenia. Sin embargo, incluso

el diagnóstico nosológico constituye un dispositivo lógico para metodizar el trabajo clínico. Como afirma Aníbal Silveira: el diagnóstico nosográfico ni siquiera es el fin inmediato del examen psiquiátrico. Y continúa: “Es importante no olvidar que las modalidades clínicas a las que llegamos como conclusión de este estudio semiológico, es decir, las enfermedades mentales, representan entidades abstractas por excelencia. Ciertamente, hay un conjunto de datos que etiquetamos, por ejemplo, esquizofrenia o psicosis maniaco-depresiva”. “...pero nuestro deber es considerar objetivamente las condiciones somáticas y psicológicas del individuo cuyas manifestaciones psicóticas describimos con el diagnóstico psiquiátrico, en este caso Esquizofrenia o Psicosis Maniaco-depresiva. Son esas condiciones específicas, no esta entidad genérica, las que guían al psiquiatra hacia el trabajo correctivo”.

5. Cuadro clínico

En estas palabras de Aníbal Silveira encontramos la base para comprender lo que llamamos el Cuadro Clínico. Ahora bien, el ser humano es muy singular, tiene un estilo propio que caracteriza su individualidad. Aunque somos necesariamente seres sociales y solo encontramos nuestro sentido a través de las relaciones interpersonales, también desarrollamos autonomía y características propias. En el caso del individuo normal, estas características son muy variadas, existiendo muchos estilos de existencia normal. Y aunque, en el caso de la patología, hay una mayor estereotipia en el comportamiento del individuo (la enfermedad mental empobrece y no enriquece la vida mental, como algunos suponen románticamente), presenta muchas características únicas y singulares. Ningún esquizofrénico es igual, aunque padezca la misma forma de esquizofrenia. A esta manifestación específica de cada uno la llamamos Cuadro Clínico. Cada persona tiene sus propias características de personalidad que le harán mantener unas características específicas en su cuadro clínico, incluso con el mismo diagnóstico. Además, incluso condiciones mórbidas similares pueden manifestarse de formas particulares, hay condiciones clínicas que evolucionan más severamente, otras son más atenuadas. De esta forma, consideramos, en la práctica y, principalmente, en la terapia psiquiátrica, que es el cuadro clínico específico en el que debe centrarse el psiquiatra.

Silveira afirma que una psiquiatría que no se base en la patogenia no permitirá una adecuada indicación terapéutica. Bueno, ejemplifiquemos un poco la cuestión con los criterios que se utilizan actualmente, principalmente con la influencia de la psiquiatría norteamericana, tan marcadamente pragmática. Existe un concepto, por ejemplo, en el tratamiento de la depresión, de que, si el paciente tiene más de dos episodios depresivos, es recomendable no interrumpir su tratamiento con el uso de fármacos antidepresivos. ¿En qué se basa esta sugerencia? De hecho, más que estadísticamente, se encontraron resultados en los que las personas que tienen más de un episodio depresivo tienen más probabilidades de volver a tener un nuevo episodio depresivo. Ahora bien, este razonamiento, aunque bastante pragmático,

no tiene en cuenta que quizás los criterios utilizados para el diagnóstico de depresión en el DSM-IV incluyen diferentes condiciones clínicas que quizás correspondan a diferentes entidades nosológicas. En segundo lugar, no tiene en cuenta lo más característico del estudio clínico, es decir, el estudio exhaustivo y en profundidad de cada caso. Esto pretende entender a cada persona concreta en sus características particulares, y no su inclusión dentro de un grupo del 20% (por ejemplo) que es probable que presente un nuevo episodio depresivo. Para ese 20% que no tiene un nuevo episodio, la probabilidad de que no tenga otro ataque es del 100% y no del 20%...

En cualquier caso, consideramos muy importante realizar un estudio detallado y descriptivo de los síntomas, pero esto es solo el proceso inicial del procedimiento clínico.

6. Los tres criterios utilizados en el diagnóstico: sintomatología, evolución, factores etiopatogénicos

Por cierto, ¿cuáles son los aspectos del cuadro clínico que se utilizan para la formulación diagnóstica? En primer lugar, la descripción sintomatológica, que debe, como subrayan los fenomenólogos, basarse en la descripción de la “experiencia” del sujeto examinado. Sin embargo, estas descripciones necesitan ser interpretadas y “explicadas” (como también lo consideran los fenomenólogos). Sin embargo, esta “explicación” implica, en nuestra orientación, que clasifiquemos los diferentes síntomas según su patogénesis (como se discutió en el capítulo anterior). Hay una patogénesis de los síntomas y una patogénesis de diferentes condiciones clínicas. El conocimiento de esto es fundamental para la organización de los datos que recogemos tanto en la anamnesis, como los datos que observamos y describimos en el examen psíquico. La objetividad, para que podamos comprender cómo se desvía la actividad psíquica del sujeto examinado, requiere muchas veces que recurramos a información de terceros (anamnesis objetiva, que será el tema del próximo capítulo). Así, el primer aspecto para tener en cuenta en el diagnóstico psiquiátrico es la descripción de la sintomatología y su explicación y comprensión desde el punto de vista patogénico.

El segundo criterio para utilizar en el diagnóstico psiquiátrico es la evolución del cuadro clínico. Es decir, cada cuadro clínico tiene una evolución específica en el tiempo. Las manifestaciones sintomáticas comienzan de cierta manera (lenta e insidiosa o abruptamente) evolucionan de manera homogénea o heterogénea, es decir, los síntomas aparecen coherentemente con un determinado sistema psíquico comprometido, involucran a más de un sistema psíquico o incluso se extienden a varios sistemas psíquicos. Este análisis de la evolución, del curso del cuadro clínico es fundamental para el diagnóstico, ya sea sindrómico o nosológico.

Además, en el análisis del criterio evolutivo, también se encuentra el período, la edad, en que se inicia la condición. Existe un factor cronógeno en las condiciones psiquiátricas, es decir, ciertas condiciones comienzan insidiosamente al final de la adolescencia (como

la esquizofrenia hebefrénica), otras al final de la segunda y principios de la tercera década (como la esquizofrenia catatónica), otras más, durante la tercera década (como la esquizofrenia paranoide). Hay condiciones que comienzan en una edad madura, aunque podemos percibir características de personalidad previas que son convergentes con el cuadro clínico (es el caso, por ejemplo, de la paranoia). Hay condiciones que ocurren al comienzo de la involución (condiciones de demencia, por ejemplo). Además de todo esto, existe una correlación entre la incidencia de ciertas condiciones y características de las etapas de la vida. Un ejemplo de esto son las psicosis puerperales, que ocurren en el período posparto y probablemente se correlacionan con los cambios hormonales que ocurren en ese período. Así, como veremos en el siguiente capítulo, es fundamental investigar estos aspectos en la anamnesis y su correlación con los síntomas que aparecen en un cuadro clínico determinado.

Finalmente, el tercer aspecto fundamental para el diagnóstico es la etiopatogenia, es decir, el análisis de la noxa causal que, en psiquiatría, puede implicar una combinación de predisposiciones hereditarias y factores ambientales (aquí considerados tanto el medio citoplásmico interno como el medio físico y externo). Social). El análisis de cómo estas noxas se integran y participan en el desencadenamiento y evolución del cuadro clínico es otro aspecto fundamental del análisis patogenético.

El análisis de estos tres ejes que participan en el diagnóstico psiquiátrico, y también en el pronóstico de diferentes condiciones clínicas, es el tema de toda Psicopatología y será discutido en detalle en los capítulos de nuestro próximo volumen, cuando presentaremos cada uno de los grandes grupos de posibles trastornos mentales. Por ahora, solo para guiar la recolección de la anamnesis y el examen psíquico, es importante, en este capítulo, presentar estos pasos de una manera muy resumida y sintética. Una historia clínica y un examen psicológico serán más ricos cuanto mejor conozca el examinador la Psicopatología General y Especial.

6.1. La sintomatología (el criterio sintomatológico)

El análisis de síntomas es un aspecto del trabajo psiquiátrico y psicológico relacionado con el diagnóstico, que es bastante complejo. En general, se trata de: trastornos del sueño, de la vigilia y de la conciencia; estados crepusculares, segundos estados, despersonalización y trastornos de orientación, afectividad y vida emocional con trastornos relacionados; capacidad de iniciativa y empresa y sus trastornos; motilidad y trastornos relacionados; trastornos del estado de ánimo y sentimientos corporales; trastornos de los impulsos, instintos y voluntad; trastornos de la vida afectiva, dinamismos en enfermedades psicosomáticas y neurosis; los trastornos de la percepción sensorial y el síndrome de automatismo mental de De Clérambault; trastornos de elaboración intelectual y simbolización, trastornos alógicos y paralógicos, fábulaciones y concepciones delirantes; y trastornos de la comunicación,

etc. En un segundo volumen de este trabajo, nos centraremos en cada uno de estos aspectos mencionados anteriormente, dedicando un capítulo específico a cada uno de ellos, ya que sería imposible hablar de todo este conjunto de síntomas que se presentan en los diversos trastornos de la vida mental, en un capítulo introductorio. Aun así, en este volumen dedicaremos el quinto capítulo al Examen Psíquico, donde intentaremos presentar, de forma sucinta, cómo describir los diferentes síntomas que pueden aparecer en un determinado momento evolutivo de un paciente que está siendo examinado.

6.2. Evolución (el criterio evolutivo)

Las diferentes condiciones psicopatológicas se pueden clasificar según su evolución espontánea (sin tratamiento) en: condiciones permanentes, condiciones progresivas y condiciones reversibles.

Las condiciones permanentes son aquellas condiciones que se manifiestan desde el inicio de la existencia individual a lo largo de toda su existencia. Evidentemente, pueden presentar distintas manifestaciones en las distintas etapas del desarrollo individual. También pueden ser permanentes pero con manifestaciones paroxísticas (por ataques) como es el caso de la Epilepsia. Los cuadros característicos de las condiciones permanentes son: oligofrenia, personalidades psicópatas y rasgos de carácter anormales.

En el primer caso (oligofrenia), hay una insuficiencia o déficit general principalmente de las funciones intelectuales pero con inmadurez permanente también de las otras esferas de la personalidad (afectividad y conación). La insuficiencia o déficit está presente (ya que es una condición permanente) desde el inicio de la existencia, sin embargo, si no hay una observación más detallada, puede pasar inicialmente desapercibida ya que se caracterizará en las primeras fases de desarrollo principalmente por un retraso en el desarrollo. Sin embargo, la observación cuidadosa permitirá que el diagnóstico se realice lo antes posible para que se puedan instituir intervenciones psicopedagógicas. El sujeto que presente esta condición no alcanzará el pleno desarrollo de las funciones psíquicas del adulto, quedando siempre con una insuficiencia o incluso un retraso que puede ser más o menos grave. También se pueden considerar condiciones permanentes, no sólo la oligofrenia (estrictu sensu) sino también las diversas condiciones de retraso mental resultantes de otras condiciones (infecciosas, metabólicas, tóxicas, traumáticas, etc.) que han afectado etapas tempranas del desarrollo (algunas incluso en el fase fetal), provocando un déficit permanente por lesiones del tejido encefálico. Es el caso, por ejemplo, del retraso por meningoencefalitis sarampionosa, retraso por errores congénitos del metabolismo (ej. fenilcetonuria no tratada a tiempo), retraso como secuela de traumatismo craneoencefálico y otras etiologías.

Otra condición permanente es la Epilepsia, que sin embargo se manifiesta por ataques, es decir, aunque la predisposición genética a la condición es permanente, sus manifestaciones clínicas no lo son. De hecho, la condición se caracteriza por un umbral más bajo para las

convulsiones u otras manifestaciones paroxísticas, por lo que el individuo presentará convulsiones, dependiendo de factores externos, internos o incluso espontáneos, cuando se supere este umbral. Aunque pueden estar presentes rasgos de personalidad que son más comunes en sujetos con epilepsia, como impulsividad, prolijidad, viscosidad, irritabilidad, hiperemotividad, dependencia afectiva, misticismo, etc., estos rasgos son variables. También es común la presencia de condiciones relacionadas con la epilepsia, estas no forman parte de las manifestaciones clínicas de ella, sino que son condiciones asociadas, que pueden o no estar presentes en pacientes epilépticos.

Otras condiciones permanentes son las personalidades psicópatas y los rasgos de carácter anormales. En el primer caso, se presentan desviaciones globales de la personalidad que involucran las esferas afectiva y conativa. Son trastornos que representan más anomalías que enfermedades. Se manifiestan a lo largo de la vida del sujeto, caracterizándose por un estilo propio en las relaciones interpersonales. Estas son condiciones que, hasta el día de hoy, no son accesibles a la intervención terapéutica. Es evidente que las manifestaciones también son variables con respecto al desarrollo individual. Tanto la CIE-X como el DSM-IV advierten contra el diagnóstico de trastornos de la personalidad antes de los dieciocho años. Este criterio busca una mayor cautela en el diagnóstico, a nuestro juicio, debido a la imprecisión de los criterios descriptivos. Es cierto que un individuo que presenta, por ejemplo, una personalidad psicopática perversa (según los criterios adoptados por nosotros) ya presentará una dinámica de personalidad perversa desde la infancia. Sin embargo, puede ser difícil hacer el diagnóstico porque las demandas sociales que se le hacen a un niño son mucho menores que en un adulto, así como la tolerancia al comportamiento egocéntrico que puede ser parte de la fase de desarrollo. Sin embargo, un estudio profundo, minucioso y cuidadoso puede acercar mucho más el diagnóstico.

En cuanto a otras condiciones, por ejemplo, rasgos anormales de carácter, aunque también sean condiciones permanentes, posteriores al desarrollo del carácter, ya que no se caracterizan por desviaciones globales de la personalidad sino por aspectos parciales; son relativamente accesibles a la psicoterapia. No es que pueda darse un cambio completo de carácter, ya que una vez formado, tiene una tendencia muy significativa a la fijeza. Sin embargo, pueden ocurrir reordenamientos en la dinámica de la personalidad que lleven al sujeto a comprender mejor ciertas características de su personalidad y a desarrollar recursos para adaptarse mejor a ellas.

Las condiciones progresivas caracterizan las diferentes formas de esquizofrenia, parafrenia y paranoia, y las diferentes condiciones de demencia. Estos cuadros se consideran progresivos porque, una vez iniciado el cuadro mórbido, evoluciona hacia un deterioro cada vez mayor de las funciones psíquicas comprometidas hasta llegar a un estado denominado residual, donde se produce un importante declive afectivo, en algunas formas (especialmente las hebefrénicas).) una verdadera devastación afectiva, y en el caso de

algunas demencias, en una borradura de casi todas las funciones psíquicas. Esta evolución es la que se produce de forma espontánea, sin intervención terapéutica. Hoy en día, con el desarrollo de la nueva clase de neurolépticos, esta evolución progresiva parece haberse atenuado mucho, aunque siempre hay cierto *reliquat* presente en las verdaderas esquizofrenias. En el caso de las demencias, principalmente Alzheimer y Senil, la evolución es siempre progresiva. Los medicamentos actuales solo consiguen retrasar un poco esta evolución. Como veremos, los cuadros progresivos, sin embargo, pueden ser homogéneos o por brotes que progresivamente van dejando un defecto cada vez mayor.

Las condiciones reversibles son aquellas que se manifiestan a través de brotes, fases o episodios, que una vez superados, se produce una remisión completa a la dinámica mental normal anterior. Por lo tanto, es apropiado describir cada una de estas manifestaciones. Los estados reversibles que evolucionan por **fases** son aquellos en los que se repiten las manifestaciones psicopatológicas y, en cierto modo, se puede predecir el comportamiento del paciente en la fase psicótica, comparándolo con el que tenía en la fase premórbida. Estas son los cuadros que Kleist llamó **homónimos**. Esto significa dos cosas: (1) que las manifestaciones psicopatológicas tienen una concordancia con las manifestaciones psíquicas correlacionadas en el estado normal (2) que, en general, las fases tienen una evolución predecible, comenzando gradualmente, evolucionando hasta un máximo de manifestaciones psicopatológicas, y remitiendo también gradualmente. Generalmente, las fases tienden a mantener una cierta correlación con la época del año, especialmente en países donde las estaciones están bien definidas, lo que indica el papel de la regulación de los ciclos circadianos en el cuadro. Otra característica de las fases es que pueden ocurrir en diferentes polos: uno con excitación y otro con depresión o ralentización, lo que ha llevado a los autores actuales a utilizar el término bipolar para estas condiciones. Las condiciones que evolucionan por **brotes** son aquellas en las que surge un proceso mórbido sin relación directa con el cuadro clínico premórbido del paciente. El cuadro, entonces, aparece abruptamente y luego desaparece, e incluso puede que ya no se repita. O, luego, repitiéndose de manera impredecible, con un intervalo de tiempo variable entre brotes, que puede durar muchos años o, a veces, solo unos pocos meses. Estos cuadros, a diferencia de las fases, cuyos cuadros eran homónimos, también según la denominación de Kleist, tenían generalmente sintomatología **heterónima** o **intermedia**. Las condiciones **heterónimas** son aquellas cuya sintomatología es bastante distante de las manifestaciones psíquicas normales, lo que dificulta encontrar analogías con ésta. Entre estos se encuentran pérdidas de conciencia y ausencias, somnolencia y estados narcolépticos, estados crepusculares, estados de devastación afectiva, estados de falta de iniciativa (entre estos, pocos se manifiestan por brotes). Los marcos **intermedios** se caracterizan por complejos sintomáticos que no están tan alejados de la vida psíquica normal como los heterónimos, pero tampoco son fácilmente comprensibles y cercanos a ella como los homónimos. Kleist ejemplifica estos complejos sintomáticos con síndromes de confusión y estupor,

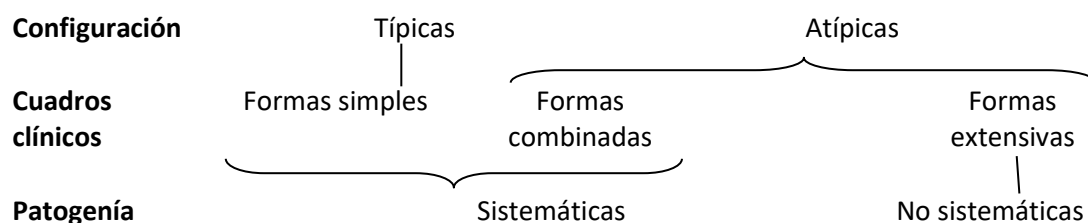
estados relacionados con tendencias al negativismo y la docilidad, estados impulsivos, etc. Finalmente, existen condiciones reversibles que evolucionan a través de **episodios** o **crisis**. Los episodios o crisis son condiciones psicopatológicas que tienen una evolución rápida a lo largo de horas o días. Ocurren abruptamente y también se resuelven de la misma manera. Suelen estar relacionados con manifestaciones epilépticas o reactivas.

Una observación más está en orden: también hay condiciones progresivas que evolucionan a través de brotes pero, en este caso, no hay una remisión completa del brote, es decir, después de cada brote, la vida psíquica se ve cada vez más comprometida. Son los casos de esquizofrenia que evolucionan por brotes y también ciertos casos de encefalitis psicótica.

Finalmente, en este panorama general, vale la pena hablar un poco sobre las diferentes condiciones clínicas. Silveira afirma que Kleist, después de revisiones catamnéticas de muchos de sus pacientes, revisión hecha después de varios años de evolución, encontró que entre las esquizofrenias había cuadros uniformes a lo largo de la evolución y cuadros heterogéneos tanto en términos de la dinámica cerebral involucrada como en relación al curso evolutivo. Hablamos de sistemas cerebrales implicados y no sólo de sintomatología porque utilizamos el criterio patogenético, es decir, determinados conjuntos sintomatológicos pueden constituir síndromes que indican la afectación específica de uno o varios sistemas psíquicos correlacionados con los sistemas cerebrales. Presentaremos esta discusión un poco más adelante. Con esta observación descrita anteriormente, existía la posibilidad de clasificar los cuadros clínicos encontrados en típicos y atípicos. En el primer caso, es decir, en cuadros clínicos típicos, la estabilidad encontrada en las manifestaciones mórbidas se debió a que los trastornos encontrados se limitaron a un solo sistema cerebral. Kleist llamó a estas formas formas simples. En los casos de cuadros clínicos atípicos se observaron dos situaciones diferentes: en los casos en que dos sistemas psíquicos se vieron afectados al mismo tiempo, lo que resultó en un evento clínico complejo pero comprensible y predecible. Este fue el caso de las formas combinadas; y en los casos en que el proceso morboso se extendía impredeciblemente a otros sistemas psíquicos. Kleist llamó a estas formas extensivas.

Buscando resumir estos conceptos, Aníbal Silveira nos presenta el siguiente cuadro esquemático:

Esquema n.º 12 – Clasificación de la esquizofrenia en cuanto a configuración, cuadro clínico y patogenia (Aníbal Silveira)



Las psicosis diatéticas¹⁶, si bien pueden tener un sistema predominantemente psíquico (y en consecuencia cerebral) comprometido, son siempre atípicas.

Ya hemos mencionado la importancia de investigar siempre la edad del paciente en la que se manifestó el trastorno, ya que también es un dato importante para el diagnóstico. No sólo debemos investigar la edad, sino también las características de la etapa de la vida en la que se produce el trastorno: existen factores desencadenantes ligados a las circunstancias vitales (estrés emocional de lo más variado: crisis económicas, crisis conyugales y familiares, cambios de vivienda, inmigración, tragedias... clima, violencia, etc.), cambios hormonales y metabólicos (menarquia, menopausia, puerperio, involución); a los hábitos y la exposición a sustancias tóxicas, tanto de forma intencionada (en el caso de las drogas de abuso) como accidental (como en situaciones imprevistas o vinculadas, por ejemplo, a actividades profesionales). Aquí estamos en el límite entre los criterios evolutivos y etiopatogénicos que abordaremos a continuación.

6.3. La etiopatogenia (el criterio etiopatogénico)

Para presentar este criterio, aspecto fundamental del diagnóstico, aunque sea de forma sucinta, debemos, aunque sea en una exposición resumida, abordar un poco el tema de la genética humana. Al fin y al cabo, el criterio patogenético de Aníbal Silveira se basa fundamentalmente en la genética humana y en cómo ésta y los factores ambientales se integran para desencadenar o determinar diferentes cuadros clínicos.

La psiquiatría fue una especialidad médica que permaneció menos influida por la era postpasteuriana, ya que las psicosis de etiología infecciosa son minoritarias entre las diversas formas de psicosis. Es un hecho que, hasta mediados del siglo pasado, la Parálisis General Progresiva, la forma terciaria de la Sífilis, era una enfermedad muy común. Sin embargo, con la llegada de la penicilina, prácticamente desapareció de los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, otras formas de psicosis no lo hicieron.

El cerebro es un órgano muy complicado y un simple análisis morfológico prácticamente no proporciona información sobre su fisiología. Las funciones psíquicas son aún más complejas y, hasta principios de este siglo, todavía había algunos estudiosos que creían que el asiento de los sentimientos era el corazón. En cualquier caso, además, la gran mayoría de las enfermedades mentales (especialmente las dos más típicas: la esquizofrenia y la psicosis maníaco-depresiva) no

¹⁶ El término Psicosis Diatética fue un término acuñado por Aníbal Silveira para referirse a las Psicosis que Kleist inicialmente denominó Degenerativas. Degenerativas porque en su hipótesis estas Psicosis tenían una herencia mixta e incompleta resultando en una degeneración de la tendencia constitucional. Considerando que se trata de Psicosis que evolucionan por fases o brotes con remisión completa y que representan atenuación de la tendencia genética morbosa, Silveira consideró que esa característica correspondería al término médico diátesis. Su propuesta de nomenclatura fue aceptada por Kleist.

presentaban alteraciones macroscópicas (e incluso microscópicas) del tejido cerebral, siendo consideradas enfermedades funcionales (es decir, las funciones estaban comprometidas pero no fue posible hasta finales del siglo XX encontrar algún correlato morfológico alterado). Esta es una de las razones por las que Kurt Schneider afirmó que la esquizofrenia era una enfermedad con una presunta base orgánica. En cualquier caso, el hecho de que no fuera posible encontrar fácilmente una alteración morfológica evidente que pudiera estar relacionada con la mayoría de las psicosis, y el hecho de que el conocimiento de la fisiología cerebral fuera bastante precario hasta hace poco tiempo, llevó a los estudiosos a dedicarse a la investigación de dos aspectos fundamentales de la Medicina: el primero, que en parte también está relacionado con el segundo, es la Constitución, la rama médica denominada Medicina Constitucional. Ya he discutido un poco este tema en el primer capítulo. En esto, intentaremos correlacionar con el segundo aspecto que consideramos, la Psiquiatría valorada frente a otras especialidades médicas, a saber, la Genética.

Sin embargo, antes de dedicarnos a discutir la relación entre genética y psiquiatría, debemos presentar algunos conceptos básicos fundamentales.

Kraepelin, considerado el padre de la Psiquiatría Moderna, dividió inicialmente las psicosis, según su etiopatología, en dos grupos: psicosis exógenas y psicosis endógenas. Las psicosis exógenas serían psicosis que dependerían etiopatogénicamente de las condiciones ambientales, concebidas, en general, como más benignas, aunque esto dependería del grado en que estas noxas lleguen al Sistema Nervioso Central. Es el caso de las Psicosis Infecciosas, Psicosis Metabólicas, Psicosis Heterotóxicas y Autotóxicas, Psicosis Endocrinas. Las Psicosis Endógenas serían aquel grupo de psicosis que dependerían etiopatogénicamente de condiciones del individuo en general, percibidas como más graves (aunque no necesariamente ya que existen varias formas de psicosis reversibles que se manifiestan por una predisposición latente). Ahora bien, ¿cuáles son estos factores relacionados con las condiciones del individuo? Kraepelin ya consideró la importancia de la genética en esta determinación, pero fue uno de sus discípulos, Luxemburger, quien se dedicó más a este estudio. Como también presentamos en el primer capítulo, Luxemburger crea y utiliza los conceptos de mundo genotípico, mundo paratípico y mundo fenotípico (ver capítulo I). Kleist, que también fue alumno de Kraepelin y Wernicke (otro gran psiquiatra alemán), dedicó mucha más atención al estudio de la influencia de la carga genética en la etiopatogenia de los padecimientos. Continuando con su trabajo, el Prof. Aníbal Silveira, desarrolla su trabajo en Brasil, y crea el concepto de Ciclo Heredológico, que discutiremos a continuación.

Kleist, revisando el concepto de psicosis endógenas y exógenas, propone una redivisión del mismo según un criterio más preciso, comenzando a considerar las psicosis pudiendo clasificarse en tres grupos: psicosis alogénas, psicosis somatógenas y psicosis neurogénas. Las psicosis alogénas serían aquellas cuya etiopatogenia implicaría noxas

provenientes del medio externo (infecciones, traumatismos, intoxicaciones). Las psicosis somatógenas tendrían su etiopatología involucrando también al medio ambiente, pero este alcanzando al *Soma*, al organismo y, secundariamente, al Sistema Nervioso Central, como parte de una reacción general del organismo. Este es el caso de las psicosis endocrinas y metabólicas. Las psicosis infecciosas también podrían encuadrarse en este tema siempre que exista una alteración orgánica grave que afecte de forma secundaria al sistema nervioso central. Finalmente, las psicosis neurogénas serían aquellas que involucran intrínsecamente al Sistema Nervioso Central por predisposición genética. Por lo tanto, están vinculados a esta tendencia constitucional.

Muchos autores de la llamada escuela constitucional llamaron la atención sobre este tema de la genética y la predisposición, además de correlacionarlo con características biotipológicas. Uno de estos autores, Kretschmer, desarrolla el concepto de una especie de parentesco constitucional entre ciertas enfermedades y formas temperamentales atenuadas. Su clasificación biotipológica describe tres tipos principales: el asténico o leptosómico, el atlético y el pícnico (estos tipos pueden correlacionarse aproximadamente con los tipos ectomorfo, mesomorfo y endomorfo de Sheldon, ya presentados en el Capítulo I). Lo más creativo de su concepción fue haber correlacionado estos tipos con formas temperamentales atenuadas, más acentuadas o claramente patológicas. Así, considerando, por ejemplo, el biotipo pícnico, afirmó que tenían un temperamento ciclotímico (caracterizado por cambios de humor, pero en un nivel normal), cicloide (temperamento caracterizado por cambios de humor más pronunciados, pero sin síntomas de psicosis) y finalmente, los tipos que presentaron Psicosis Maníaco-Depresiva. Estas consideraciones también se hacen para el biotipo leptosómico cuyas manifestaciones serían: los tipos esquizotímico, esquizoide y esquizofrénico. En este caso, el primero se caracterizaría por cierta timidez e introversión. El segundo tendría esta manifestación muy pronunciada, aunque no presentaría síntomas psicóticos y el tercero sería la forma psicótica. Finalmente, para el tipo atlético, Kretschmer relacionó el temperamento epileptoide, caracterizado por impulsividad, viscosidad, explosividad y la propia epilepsia, como manifestación patológica. Estos conceptos ahora se consideran obsoletos, pero no estamos de acuerdo en que no sean importantes. Son conceptos que se vinculan a lo que hoy se llama Espectro y también se relacionan con el concepto de Ciclo Heredológico, desarrollado por Silveira.

Kleist, anteriormente al Prof. Aníbal Silveira, desarrolla el concepto de heredopronóstico empírico. Investigó sistemáticamente antecedentes familiares de enfermos similares o diferentes y, con estos datos, estableció un pronóstico probable, basado en sus hallazgos empíricos, probablemente relacionado con una tendencia genética. Esta tendencia genética se presume, pero es muy probable. Podemos afirmar esto debido a hallazgos empíricos tanto de antecedentes familiares de la enfermedad a través de estudios realizados con gemelos idénticos. Este no es el momento de presentar datos de estos estudios.

Kleist crea un criterio heredopronóstico empírico que Silveira desarrolla y amplía con el objetivo de evaluar la intensidad de la carga genética. Este criterio ya fue establecido en 1938, mediante el examen de 2166 anamnesis. Considera cuatro grados en una escala:

1. (Grado muy pronunciado) Presencia de psicosis endógena en ambos linajes (materno y paterno)
2. (Grado pronunciado) Presencia de psicosis endógena similar en uno de los linajes
3. Psicosis ocasional o suicidio en uno de los linajes.
4. Epilepsia en uno de los linajes.

Es evidente que solo recientemente hemos logrado mapear el genoma humano y, ciertamente, muchos aspectos relacionados con la genética de las enfermedades mentales ahora se aclararán con mayor precisión. Sin embargo, a partir de observaciones empíricas, Silveira formula hipótesis muy interesantes. Según él, las enfermedades mentales más características (incluida una enfermedad generalmente más estudiada por neurólogos pero que tiene aspectos psiquiátricos importantes - la epilepsia), la esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva y la epilepsia (en el sentido de la llamada epilepsia idiopática o, como dice Silveira considerando como la única que debería llamarse epilepsia) son enfermedades determinadas genéticamente por herencia poligénica. Precisamente por el hecho de ser herencias poligénicas, existe la posibilidad de atenuación de la carga genética por la mezcla de diferentes tendencias. Así, aparecerían formas de las denominadas psicosis colaterales, donde la carga genética se atenúa, dando lugar a cuadros atípicos, donde las manifestaciones psicóticas sólo aparecen en determinados periodos, con remisión completa con tendencia a la recaída¹⁷. Son condiciones genéticas debidas a una predisposición latente. Además, desde nuestro punto de vista, tanto la esquizofrenia como las distintas formas de Psicosis Maníaco-Depresiva, e incluso la Epilepsia, no constituyen una única enfermedad sino varias formas distintas, con distintas predisposiciones y manifestaciones clínicas muchas veces completamente diferentes. Este no es el momento de discutir este aspecto con mayor profundidad, pero volveremos sobre él en su momento.

T. d'Amato y B. Karoumi, en el libro *Schizophrenia, investigaciones actuales y perspectivas* que discuten los factores hereditarios en la esquizofrenia, afirman que es evidente el aumento de la prevalencia de una enfermedad en un grupo de sujetos de una misma familia, que una gran número de investigaciones atestiguan la existencia de una agregación familiar de casos de esquizofrenia y que en los familiares de primer grado de un sujeto que presenta esquizofrenia existe un riesgo de desarrollar la enfermedad diez veces mayor que en la población general. Los autores también discuten el concepto actual de

¹⁷ Entre las condiciones colaterales están las psicosis diatéticas. Estas psicosis, que denominamos diatéticas, han tenido diferentes nombres a lo largo del tiempo y generalmente corresponden a los diagnósticos: de bouffés délirantes (de la psiquiatría francesa), estados esquizoafectivos, trastornos psicóticos agudos y transitorios, trastorno esquizofreniforme, y otros)

espectro en la esquizofrenia, refiriéndose: “los estudios de adopción... permitieron confirmar la impresión de la existencia de un “halo” de patología psiquiátrica que tiene factores etiológicos comunes con esta condición” (estudios de Kety et al. . desde 1968). Así, la personalidad esquizotípica, paranoide y esquizoide se correlacionan como más frecuentes en familias de esquizofrénicos. También es importante analizar las tendencias mixtas cuando la familia tiene esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo (relacionados con la psicosis maniaco-depresiva) en la familia, y posiblemente la correlación de estas tendencias en las condiciones denominadas psicosis esquizo-afectivas.

Mencionamos estas investigaciones solo para reforzar que la participación de la tendencia genética en diferentes condiciones psiquiátricas es innegable. Aníbal Silveira, a través de estudios de las diferentes tendencias encontradas en las familias de los pacientes, construyó el importante concepto de ciclo heredológico. En ese momento, especialmente en lo que respecta a la herencia poligénica, se desconocía en gran medida el conocimiento más preciso de cómo se producía esta transmisión. Y aún hoy, con el mapeo del genoma humano, nos falta una interpretación amplia de cómo interactúan los diferentes genes para las manifestaciones fenotípicas, que, sobre todo, dependen de factores ambientales para manifestarse. A pesar de la complejidad del tema, ha habido claros avances en el campo. Creemos que una de las dificultades para una mejor correlación entre los factores hereditarios y las diferentes enfermedades es el hecho de que actualmente los criterios diagnósticos de las psicosis constitucionales son extremadamente imprecisos. La CIE-X llega incluso a catalogar como esquizofrenia las condiciones reversibles (lo que al menos el DSM-IV consigue evitar, añadiendo el criterio de manifestación de síntomas durante al menos seis meses, como fundamental para el diagnóstico de esquizofrenia). Sin embargo, las formas consideradas de esquizofrenia se restringen únicamente a las cuatro formas clásicas de Kraepelin (simple, hebefrénica, catatónica y paranoide). Incluso los marcos Paraphrenia y Paranoia han desaparecido en las clasificaciones actuales. Teniendo en cuenta que, según el criterio patogénico, existen solo 26 formas de esquizofrenia, se puede ver la inexactitud diagnóstica, ya que cada una de estas 26 formas se consideran enfermedades distintas, aceptándose únicamente el término esquizofrenia para referirse a ellas, por una necesidad para facilitar la comunicación con otros autores.

Como explica Palladini en su libro Patogénesis, una introducción al pensamiento de Aníbal Silveira, “el ciclo heredológico puede definirse como un conjunto de manifestaciones, que van desde simples rasgos de personalidad hasta estados psicóticos constitucionales, todas vinculadas principalmente a una determinada esfera de la personalidad. A través de la anamnesis hereditaria Silveira propone la investigación del ciclo al que pertenece cada individuo examinado. Esto permite evaluar la influencia de la carga genética, establecer el diagnóstico patogénico y, en consecuencia, el pronóstico. Para Silveira, el pronóstico debe estar implícito en todo diagnóstico”.

Con base en el análisis heredológico de las diversas tendencias familiares, el ciclo heredológico establecido por Silveira permite clasificar las condiciones en seis grupos distintos, que expresan la participación de la tendencia genética, los grados de atenuación desde la mayor predisposición hasta la menor, teniendo en dar cuenta de la interacción entre estos factores constitucionales y los factores ambientales (ya sea del ambiente externo, ya sea del ambiente interno o citoplasmático). Así, la clasificación incluye todas las condiciones psiquiátricas, ya sean psicosis, psicopatías, rasgos anormales, neurosis o condiciones ocasionales. Anteriormente hemos presentado la tabla con la clasificación patogénica de Silveira. Ahora, volvemos a presentar esta tabla, pero de forma más sintética, lo que permitirá una mejor comprensión del concepto que ahora estamos tratando:

Esquema n.º 13 – Clasificación de los trastornos mentales (sucintamente) a partir del Ciclo Heredológico (Aníbal Silveira)¹⁸

- I. Cuadro Constitucional
 1. Progressivo: sistemático y no sistemático
 2. Mixto
 3. Reversible: multifárico y simple
- II. Cuadro colateral:
 1. Condición permanente
 2. Psicosis diatética: bipolar, mixta y monopolar
- III. Personalidad Psicópata en nivel afectivo y conativo
- IV. Rasgo anormal de carácter
- V. Neurosis em nivel profundo, superficial o actual
- VI. Psicosis ocasional
 1. Psicógena
 2. Somatógena
 3. Reactiva

En esta clasificación, los marcos constitucionales son aquellos en los que se concentra más la carga genética. Son los casos de esquizofrenia (sistemática o evolución progresiva extensiva, pudiendo considerarse también que las formas extensivas representan una atenuación de los casos sistemáticos), los del grupo maniaco-depresivo, en sus diversas manifestaciones. En condiciones colaterales, la carga genética está más atenuada que en condiciones constitucionales. Estas son las condiciones permanentes: oligofrenia (no debida a una alteración cerebral por medio externo o interno), epilepsia (que es una condición permanente que se manifiesta de forma paroxística), psicosis diatéticas, psicosis atípicas descritas por Kleiste en tres grupos: cicloides, epileptoides y paranoides. En estas condiciones, la predisposición genética está latente, manifestándose solo ocasionalmente y siempre progresando a la remisión. Sin embargo, existe una tendencia a que la afección recurra con características sintomáticas similares. Las

¹⁸ Este es prácticamente el mismo esquema presentado bajo el No. 11, sin embargo, simplificado.

personalidades psicopáticas son atenuaciones aún mayores de las tendencias genéticas que se manifiestan en condiciones permanentes de trastornos de personalidad con características graves. Si bien es una atenuación de la carga genética, sus manifestaciones clínicas son bastante graves debido a los constantes roces que provoca en el entorno social. Los rasgos anormales de carácter son mayores atenuaciones de la tendencia genética, constituyendo trastornos parciales de la personalidad. Las neurosis son condiciones en las que, aunque existe una predisposición genética, los factores ambientales juegan un papel igualmente significativo. En estos casos, si bien consideramos que los individuos manifiestan una mayor sensibilidad, los casos solo se presentan con conflictos emocionales a nivel inconsciente. Finalmente, las psicosis ocasionales son aquellas que sólo se desarrollan si existe un nexo etiopatogénico externo o con origen en el medio interno. Estas son las psicosis infecciosas, tóxicas, endocrinas, metabólicas y traumáticas, y las reactivas. En estos casos, la carga genética sólo participa en la coloración sintomatológica de los cuadros.

Esta presentación de la clasificación se basa en el segundo criterio o genético, que tiene como objetivo solo presentar y aclarar, o lo más posible, en esta etapa de la exposición, o lo que Silveira considera que es el Ciclo Heredológico. El tema será retomado cuando hagamos una presentación sobre Psicopatología Especial, cuando hablemos de clasificaciones y diferentes cuadros nosológicos.

Dado que hemos presentado de manera muy sucinta cómo consideramos estas dos condiciones psiquiátricas etiopatogénicas, aspectos importantes pueden guiarnos en la recolección de dos datos, tanto la historia hereditaria como la historia de la moléstia actual y los mismos antecedentes o historia de vida, que se presentarán en el próximo capítulo cuyo tema será el Método Clínico.

Capítulo IV

El método clínico

1. El método clínico y sus características

Clínico proviene del griego κλινηκος, derivado de κλινω (klino) – cama. Así, la actividad clínica se refiere a la actividad médica en la evaluación y tratamiento del paciente enfermo. Inicialmente el paciente encamado, de ahí el término. Como se mencionó anteriormente, la Psicopatología es un campo específico de la Psicología que estudia los trastornos mentales patológicos, por lo que es una actividad médica. Sin embargo, en los tiempos actuales, la actividad clínica no se concibe como una actividad exclusivamente médica, ya que el conocimiento se ha ampliado mucho y, en la actualidad, toda actividad clínica debe tener en cuenta la interdisciplinariedad. Esto es aún más llamativo en el caso de la Psiquiatría.

El método clínico se relaciona fundamentalmente con la práctica del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los enfermos. En el capítulo anterior presentamos las diversas modalidades de lo que se entiende por diagnóstico, sus modalidades y criterios; por lo tanto, en este capítulo pasaremos directamente a la discusión del método y sus técnicas.

Antes que nada, debemos aclarar que el método clínico no es como el método científico de las ciencias naturales. El método clínico es el ejercicio de una ciencia concreta y, por tanto, se acerca más a un arte. Es evidente que utiliza los conocimientos de varias ciencias como la física, la química, la biología e incluso la psicología y la sociología. Pero es una aplicación práctica de este conocimiento dirigida a la comprensión de un objeto concreto. Este objeto de estudio es el individuo enfermo que es único, singular en sus características.

Así, en este estudio es necesario agotar, en la medida de lo posible, toda la situación de este individuo. En este sentido, agotar la comprensión de los trastornos que pueden presentarse y el análisis de los factores complejos que intervienen en el cuadro clínico: la evaluación de la etiología y patogenia del cuadro clínico y también la comprensión específica y única de ese individuo.

Como ya explicamos en el capítulo anterior, el diagnóstico es una metodología para hacer el pronóstico y planificar la terapia, pero es el individuo concreto, en sus características únicas, ese objeto singular que es importante comprender.

Se trata, por tanto, de un estudio en profundidad que utiliza el método histórico.

Debemos evaluar la situación concreta de este individuo, en sus aspectos biológico, psicológico y social. Además, el método clínico es también un estudio documental. Aquí debemos entender cómo orientar el registro de este análisis.

En una primera fase, es necesario agotar el momento presente del examinado, pero esto no resume el método, ya que este individuo tiene una historia específica y cualquier trastorno que haya presentado no surgió de forma aislada, sino que tuvo, tiene y tendrá una evolución, en el sentido histórico, y una evolución compleja. Si bien el cuadro clínico presentado por el sujeto analizado representa una ruptura en la línea de su curso existencial, tal como lo describen los fenomenólogos en algunas circunstancias, es fundamental que comprendamos a ese individuo con todas sus circunstancias.

Es, por tanto, una práctica muy exhaustiva porque implica la construcción de una historia minuciosa y ordenada tanto de la vida del sujeto como de la historia de su enfermedad.

Además, es necesaria una evaluación de su situación en el entorno físico y sociocultural. También es fundamental analizar las tendencias hereditarias de su familia.

Después de recopilar toda esta historia, es necesario sacar algunas conclusiones. Es necesario que construyamos esta historia clínica sin apriorismos. Ni siquiera partimos, al recopilar nuestros datos, de la suposición de que el individuo está enfermo. Sólo el análisis del caso concreto nos permitirá sacar conclusiones como esta, o descartarlas.

Veremos, por tanto, que el método clínico es fundamentalmente inductivo. No es que no usemos el razonamiento deductivo. No es posible razonar sin utilizar ambos métodos, pero, en el caso de la clínica, predomina el razonamiento inductivo y explicaremos mejor por qué.

Lo primero que hay que tener en cuenta a la hora de realizar un estudio clínico es que este estudio se refiera a un individuo concreto, no a un sujeto supuestamente ideal, sino a un ser humano singular. Existe una clínica veterinaria, pero en nuestro caso nos centraremos en el caso humano.

El ser humano es sumamente complejo porque, en primer lugar, debemos considerar que los seres humanos estamos siempre inmersos en un momento sociohistórico-cultural. Esto incluso antes de que nacióramos. Cuando una pareja recibe la noticia del embarazo, ya se iniciará una serie de expectativas sobre el futuro individuo y esto seguramente interfiere en su futura forma de ser. Además, cada momento histórico de una determinada cultura tiene valores y creencias que son propios de esa cultura, de ese momento histórico y, así, incluso antes de nacer, el individuo se estará moldeando, no pasivamente, sino activamente, en este ambiente.

Inicialmente en el ámbito familiar y posteriormente en el ámbito social. Esto, si consideramos principalmente nuestra cultura. Pero en cierto modo podemos generalizar esta evolución si entendemos el medio familiar de forma relativa propia de cada cultura concreta.

Solo para ejemplificar mejor esta afirmación, informamos que, en Brasil, hay naciones en las que la familia está compuesta solo por mujeres. El niño permanecerá en este entorno familiar por el resto de su vida, si es mujer. Si es varón, permanecerá en esta familia hasta el inicio de la pubertad, cuando, después de un rito de iniciación, vivirá y convivirá en un gran grupo social compuesto únicamente por hombres.

En cada familia específica de mujeres, hay una líder, que es la mujer de mayor edad. En el grupo de hombres, que es único, no hay líder y las decisiones siempre se toman colectivamente en reuniones. La relación entre hombres y mujeres está dictada por reglas diferentes a las de nuestro entorno. Un ejemplo de esto es que el hombre tiene una pareja con la que tiene hijos, pero no tiene autoridad sobre sus hijos ni siquiera sobre su esposa, quien responde solo a la mujer de mayor edad en su familia, probablemente su madre, abuela, o una tía mayor.

Esta variabilidad de costumbres debe ser considerada en cada cultura específica. Esto constituyó un campo específico de la Psiquiatría y la Psicología: la Etnopsiquiatría y la Etnopsicología. Como estudio específico, esta división puede ser interesante, pero debemos considerar que toda Psicología o Psiquiatría es Etnopsicología y Etnopsiquiatría, ya que ningún ser humano está aislado de una cultura determinada.

Aun considerando que la cultura occidental se ha vuelto cada vez más homogénea y dominante, no tiene sentido que tomemos los valores de esta cultura como únicos y “correctos” en detrimento de otros valores. Esto es muy importante y retomaremos un poco esta discusión cuando comentemos métodos tan difundidos en la práctica clínica actual, como escalas, cuestionarios y entrevistas dirigidas propuestos para la formulación de diagnósticos psiquiátricos basados en las clasificaciones actuales más difundidas como la DSM-IV o la CIE-X.

De todos modos, hablemos un poco de lo que es más frecuente en la práctica clínica en nuestro país.

Cuando nos enfrentamos a un paciente, pueden presentarse muchas situaciones y, a menudo, situaciones muy diferentes. ¿Cómo llega el paciente a nosotros, psiquiatras o psicólogos? Es cierto que cada vez que esto sucede, hay algún problema con ese sujeto, pero no necesariamente está enfermo.

El individuo puede acudir a nosotros voluntariamente, porque está experimentando algún tipo de sufrimiento para el cual busca ayuda; puede ser llevado a una Sala de Emergencias Psiquiátricas o incluso a una clínica privada en contra de su voluntad, coaccionado por su familia o amigos; o incluso, puede venir también, aunque no se considere enfermo, sólo para complacer a sus familiares que consideran que necesita alguna evaluación psicológica; o incluso, puede ser llevado a la consulta por orden judicial para la realización de un Informe de Salud Mental; o incluso más; búscanos para que podamos dar fe de que está mentalmente sano. Como puede verse, con solo enumerar estas situaciones, cuán diversas pueden ser y, por lo tanto, determinarán los métodos de entrevista específicos.

Aunque el método clínico, en líneas generales, es siempre el mismo, es decir, la construcción de una historia clínica (anamnesis), el examen subjetivo, el examen físico y, en ocasiones, el uso de algunos instrumentos (exámenes clínicos de laboratorio, imágenes, exámenes psicológicos, etc.), la forma de abordar al paciente puede variar mucho porque puede y debe adaptarse a las diferentes circunstancias que se presenten.

Durante la década de los ochenta del siglo pasado, mientras actuábamos como preceptores en la residencia médica en Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico do Juqueri, pudimos participar en el proyecto de implementación de la Sala de Emergencia Psiquiátrica y del Servicio que entonces denominamos Pre- hospitalización.

Este servicio se creó debido a que el personal clínico del Servicio de Residencia Médica se dio cuenta de que innumerables hospitalizaciones de pacientes eran innecesarias. Pues bien, el fin primordial de la actividad clínica psiquiátrica es la integración del paciente en su comunidad. Por lo tanto, las hospitalizaciones psiquiátricas innecesarias pueden ser iatrogénicas.

De esta forma, el equipo interdisciplinario de la Residencia Médica, apoyándose principalmente en los Trabajadores Sociales, elaboró un guion que denominamos “Diagnóstico de Situación”, el cual nos permitió comprender rápidamente cuáles eran los factores que mayormente intervinieron en la hospitalización prolongada e innecesaria de los pacientes de un punto de vista médico. Tras analizar las diferentes situaciones, llegamos a un cuadro de cinco situaciones diagnósticas que podrían dar lugar a una hospitalización prolongada innecesaria, a saber:

1. El comportamiento individual no es un obstáculo para vivir en el núcleo familiar, pero la condición de dependencia representa una sobrecarga.
2. El comportamiento individual no representa un obstáculo para la convivencia en el núcleo familiar, sino un problema de aceptación y comprensión por parte de los miembros de la familia.
3. El comportamiento individual conduce a fricciones en las relaciones interpersonales y demuestra ser bastante refractario a la terapia existente.
4. El individuo no tiene familia ni tutores y no tiene autonomía de subsistencia.
5. La conducta individual sólo se modifica por las crisis, episodios o fases reversibles, pero al repetirlos, la familia llega al rechazo.

Observando estas condiciones descritas, se puede apreciar que la primera y la cuarta dependen principalmente de transformaciones sociopolíticas más amplias. El segundo y el quinto se refieren a la mejora de los recursos y técnicas de atención en un sistema abierto, así como su extensión. La tercera es una situación compleja que requeriría un mayor estudio caso por caso y cuya caracterización debe realizarse en equipo. La configuración de cada caso, dentro del ámbito de estas categorías, se puede realizar en reuniones de equipo.

A partir de este diagnóstico inicial se estableció una conducta encaminada a la recuperación del paciente para que fuera accesible a tratamiento ambulatorio en un plazo de 72 horas. La intervención fue interdisciplinaria con el psiquiatra, el psicólogo, la trabajadora social y la enfermera. La familia participó en el tratamiento. Con esta medida logramos evitar cerca del 80% de las hospitalizaciones.

La presentación de estos criterios pretende ejemplificar cómo la clínica psiquiátrica es compleja, involucrando aspectos que van mucho más allá de los criterios médicos. Es claro que esta clasificación es muy específica de una determinada situación histórica y social, siendo válida sólo para nuestra muestra, que estaba compuesta por sujetos que en su mayoría residían en municipios periféricos del Gran São Paulo, en ese período, con los problemas socioeconómicos típicos de la época, que desafortunadamente no han cambiado mucho en más de veinte años.

En todo caso, es fundamental que pensemos la Psiquiatría de manera más amplia, considerando siempre el entorno sociocultural. Precisamente por eso decimos que toda psiquiatría es Etnopsiquiatría, aunque hay situaciones más específicas, como, por ejemplo, sujetos pertenecientes a culturas minoritarias, como los indígenas en nuestro país. Brasil, aunque se está convirtiendo cada vez más en un país que comparte los valores de la Cultura Capitalista Occidental, todavía presenta una multiplicidad étnica y cultural, que en mi opinión es muy interesante y variada.

También podríamos citar muchas otras situaciones relacionadas con problemas mentales específicos y más específicamente asociados a culturas o grupos minoritarios de nuestro país, como por ejemplo, el grave problema del suicidio entre los guaraníes kaiowas de Mato Grosso do Sul, el problema del alcoholismo entre otros grupos guaraníes, el problema de la dependencia del crack entre los jóvenes de la nación Tikuna; y, en regiones urbanas con alto nivel de violencia, el grave problema de los trastornos de estrés postraumático en las familias que allí habitan, los problemas emocionales que surgen de pésimas condiciones laborales, con ambiente insalubre, acoso moral por parte de los jefes y mala paga. Estos son solo algunos ejemplos de la importancia de conocer situaciones socioculturales específicas al examinar un tema en particular.

Como también mencionamos anteriormente, el método clínico es también un estudio documental y, por tanto, la organización del registro de datos y la organización de su presentación es fundamental. La historia clínica del paciente le pertenece y, tal como lo contempla actualmente el Código de Ética Médica, puede ser solicitada por el paciente en cualquier momento y el profesional debe entregarle una copia de esta solicitud. Así, el paciente podrá utilizar esta información para instruir a otro profesional con el que desee continuar su tratamiento. Una historia clínica bien redactada y organizada sólo puede beneficiar al paciente. Así, siguiendo la lógica del pensamiento psiquiátrico desarrollado por Aníbal Silveira, cuando organizamos los encuentros clínicos en la Residencia Médica en Psiquiatría del Hospital do Juqueri, seguimos el siguiente orden en la presentación del estudio clínico: primero, se presentó el informe de situación social, elaborado por trabajadores sociales. Esto es fundamental para ubicar al individuo estudiado dentro de su entorno sociocultural, económico y familiar. A continuación, se presentó la Historia Heredológica. Como comentaremos más adelante, la Historia Heredológica es una ampliación considerable de lo que en Medicina Interna se denomina Historia Familiar. El propósito

de este informe es situar al sujeto dentro del flujo de tendencias heredobiológicas familiares, incluyendo no solo datos sobre trastornos patológicos sino también características de temperamento y carácter, características positivas de personalidad y también aquellas relacionadas con problemas clínicos, no solo psiquiátricos. Así, al terminar esta presentación, tendremos un cuadro general de los antecedentes del medio sociocultural y también de las predisposiciones heredobiológicas. Finalmente, presentamos la Anamnesis clásica con sus divisiones: Queja y Duración, Antecedentes de la Enfermedad Presente y Antecedentes Personales, que también en Psiquiatría son mucho más amplios que los generalmente consideradas en Medicina Interna. A pesar de ello, consideramos y remarcamos la importancia de que el Médico General sea consciente también de los aspectos psicológicos y que, si ampliara su técnica de anamnesis, podría ejercer una práctica preventiva mucho más eficaz que incluyera también los problemas mentales.

La mera enumeración de esta secuencia de trabajo da una idea general de la relatividad del estudio clínico. Relativo no es sinónimo de imprecisión y falta de referencias, sino la característica necesariamente contextualizada de la realidad humana. En primer lugar, todo individuo es un organismo vivo y, por tanto, plantea un cuerpo con órganos, sistemas y funciones, en fin y al cabo es un organismo pluricelular complejo. Eventualmente, este organismo puede estar enfermo y no tener esta posibilidad es un grave error, incluso en un consultorio psicológico. Pero, además de ser un organismo, este individuo tiene una historia individual, es decir, una vez niño, nació en una familia determinada, creció, se desarrolló, adquirió cierto nivel de educación, asimiló valores de su cultura, haciéndolo un camino con mayor o menor autonomía, pero siempre habrá un solo sujeto. Aquí puedes ver los tres aspectos del método clínico. El primer aspecto es biológico, el segundo psicológico y el tercero social. Todo tratado de Psiquiatría y Psicología comienza afirmando que el ser humano es un ser bio-psico-social. Pero muchas veces, inmediatamente después, se olvida esta afirmación y un autor prioriza lo biológico, otro solo lo psicológico y el otro lo social. La cuestión no es sólo afirmar que el ser humano es un ser bio-psico-social, sino identificar cómo estos tres aspectos se integran en el desarrollo de condiciones psicopatológicas específicas (al menos en términos de Psicopatología, pero esto también es válido para Psicología, para comprender al ser humano normal). Además, hay otro aspecto complejo a considerar, a saber, el individuo no es estático, se despliega continuamente, cambiando con el tiempo.

Entonces, ¿cuál es nuestro objeto de estudio? Es un objeto en continua transformación. Muchos autores centran el estudio de la psicología y la psicopatología en lo que denominan “yo”. Sin embargo, vale la pena preguntarse aquí, ¿qué es “yo”? ¿Existe realmente un “yo”, o es también una creación sociocultural? Hay naciones africanas que no tienen el pronombre personal de primera persona porque la identidad subjetiva engloba un grupo más complejo en el tiempo y el sujeto puede ser considerado como la continuidad de su abuelo, por ejemplo, incluso adoptando el mismo nombre. El objeto de nuestro estudio, como la

psicopatología, no es el resultado subjetivo de la vida psíquica simbolizada por el individuo, aunque este es un aspecto sumamente importante y debe ser considerado en el estudio psicopatológico. Me refiero a la actividad psíquica, a la dinámica de tu personalidad.

No consideramos al “yo” como objeto de estudio de la psicología y sus alteraciones como objeto de psicopatología porque, en nuestra concepción, no confundimos actividad psíquica con experiencia vivida (o “vivencia”). La mayoría de los autores confunden las dos cosas. Es claro que el relato de las experiencias vividas es fundamental para la evaluación psiquiátrica, no sólo por la necesaria empatía con la que debemos ver los problemas individuales, sino también porque ciertas experiencias pueden ser tan desorganizadoras que interfieren con la actividad psíquica (como en el caso de estados psicógenos y reactivos).

Sin embargo, hay una diferencia para tener en cuenta. En psicología médica, consideramos la personalidad como un concepto que hace referencia a lo singular, al individuo único (nos referimos a la dinámica de la personalidad), mientras que la estructura de la personalidad es un modelo teórico para estudiar la actividad psíquica. Desde este punto de vista, la estructura de la personalidad es común a la especie humana. Lo que varía de un individuo a otro es la disposición dinámica de sus diversos componentes funcionales. El resultado también dependerá de las experiencias individuales que son idiosincrásicas y únicas. De ahí la importancia de la evaluación psicológica y de la personalidad, ya que cada sujeto es único.

2. La entrevista psiquiátrica y sus modalidades

La situación de la entrevista psiquiátrica (y psicológica) es muy diferente según se realice en un consultorio privado o en un ambulatorio, en Urgencias, en un ambulatorio, o en una situación judicial, o en el lugar del sujeto. de residencia. Por lo tanto, es necesario comprender mejor qué significa esta situación y cómo enfrentarla.

Lo primero para tener en cuenta es que, a diferencia de otras clínicas (con la posible excepción de la pediátrica), el paciente puede ser llevado a la consulta, aunque no esté dispuesto a ser examinado. Cuando la situación es obligatoria, por ejemplo, en evaluaciones judiciales o internaciones involuntarias (que están previstas en la ley brasileña, aunque, en este caso, es necesario solicitar una autorización judicial), la situación puede ser aún más complicada.

En una entrevista psiquiátrica siempre hay también la interferencia de factores subjetivos del examinado y del examinador. Hay un libro interesante que aborda específicamente este aspecto, *The Psychiatric Interview* de H. S. Sullivan, que consideramos bastante esclarecedor en este sentido. El examen psiquiátrico, además, no se agota en una sola entrevista. A menudo son necesarias varias entrevistas, incluso para una evaluación diagnóstica inicial. Esto, dada la complejidad de la vida mental, después de todo, el examen debe determinar diferentes condiciones del examinado, el estado general de su organismo en sus condiciones somáticas, su estado psicológico y la

relación de estos factores con el contexto donde vive este individuo (situación social).

En la entrevista psiquiátrica (y psicológica) es fundamental que el profesional establezca un buen “rapport” con el examinado, visando su cooperación en el proceso de evaluación. En un primer contacto, salvo con personas muy francas y directas, generalmente el examinado se muestra algo comedido y formal. Si no logramos ganarnos la confianza del examinado y rompemos con esta formalidad que hace que el contacto sea superficial, es posible que no obtengamos información significativa para que podamos entender qué es lo que le preocupa al examinado.

La entrevista psiquiátrica o psicológica es una modalidad de relación interpersonal, en la que el paciente o un familiar busca a un especialista, para que intervenga con las dificultades y padecimientos (admitidos por el propio paciente o atribuidos a él por terceros) del sujeto, con el objetivo de readecuarlo. Como lo muestra Silveira en el Esquema n.º 14, el examen psiquiátrico constituye el examen de ajuste, el análisis de los cambios de comportamiento, visando la integración del sujeto en la comunidad.

Es difícil describir cómo debe llevarse a cabo una entrevista psiquiátrica porque es una situación muy concreta; de cada uno de ellos depende la adaptación o intervención que debe realizar el psiquiatra o psicólogo, la cual es modificable durante el contacto con el paciente. Además, existen varios tipos de entrevistas:

- a) la entrevista de anamnesis inicial, cuando el profesional pretende recopilar la mayor cantidad de información posible para poder formular una hipótesis diagnóstica con el fin de retroalimentar las solicitudes del consultor. Si bien no es necesario agotar la anamnesis en una sola entrevista, al final de la primera consulta, el profesional debe brindar algún tipo de orientación al paciente, aunque sea la información que necesitará de algunas entrevistas más para que pueda formular un diagnóstico inicial y, de esta forma, establecer alguna conducta terapéutica;
- b) entrevistas de seguimiento, cuando ya se haya establecido algún tipo de abordaje terapéutico; la entrevista tiene como objetivo evaluar los resultados del tratamiento;
- c) entrevistas psicoterapéuticas, cuando la entrevista misma sea parte de un proceso de psicoterapia ya contratado con el paciente. En este caso, la entrevista seguirá una técnica específica, que no será discutida en este volumen. Sin embargo, incluso en las entrevistas que no son de psicoterapia, se debe proporcionar al paciente cierto grado de comodidad y retroalimentación.
- d) Otro tipo de entrevistas exclusivamente psicológicas como la psicología laboral y escolar que no abordaremos aquí por no estar incluidas en el método clínico, el objeto de este capítulo.

Además, podemos dividir a grandes rasgos la situación de entrevista para la anamnesis en dos situaciones: aquellas en las que contamos con la colaboración del examinado que acepta la necesidad de ayuda profesional y aquellas en las que el examinado se opone a la evaluación. La primera situación es obviamente más fácil y la entrevista

fluirá más espontáneamente. La segunda situación puede caracterizarse por una oposición activa a la evaluación y la entrevista o una oposición pasiva, caracterizada por una falta de interés o por una aparente aceptación, aunque el paciente considere innecesario el proceso porque no se considera enfermo. También podemos estar ante un paciente que se ve obligado a someterse a una evaluación por orden judicial, una situación muy complicada en la que pueden estar en juego situaciones de simulación. No es el propósito de este proyecto dedicarse específicamente en detalle a las diferentes técnicas, sin embargo, abordaremos el tema de manera genérica.

En primer lugar, debemos considerar la sinceridad como una actitud que debe estar siempre presente en la entrevista, especialmente en aquellas situaciones en las que el paciente se opone a la evaluación. No debemos utilizar subterfugios para poder entrevistar al paciente que sean falsos, como, por ejemplo, decir que entrará en la clínica sólo para recibirlo, cuando nuestra intención es hospitalizarlo de forma involuntaria. Incluso en condiciones psicóticas, hay situaciones raras en las que el paciente no entiende absolutamente nada. Esto sólo puede estar presente en estados confusionales. En este caso, basta con que la entrevista inicial sea suficiente para comprobar la confusión y el estado general del examinado, de forma que podamos trasladar la entrevista a un momento posterior en el que el paciente esté más accesible, tras la institución de alguna farmacoterapia. En otros casos, debemos ser comprensivos, aceptando la rebelión del sujeto que no se considera enfermo y que está siendo llevado obligatoriamente a la evaluación, tratando de aclarar que la cooperación es la mejor actitud, porque no somos su enemigo y no estamos predispuestos a considerarlo, a priori, enfermo. Incluso podemos señalar las dificultades que se dan en las relaciones interpersonales, aunque no consideremos que el sujeto esté enfermo. En general, recibir al sujeto con respecto y empatía suele ser suficiente para reducir la hostilidad. Y si esta reducción no es posible, aún podemos mostrar una actitud empática y comprensiva hacia los sentimientos del examinado.

Pero estas situaciones de entrevista son más la excepción que la regla. En situaciones en las que el sujeto colabora con la entrevista desde el principio, o en aquellas en las que conseguimos su colaboración a través de una buena compenetración, es importante presentar algunas características que debe tener la entrevista. En primer lugar, aunque tengamos en cuenta un guion de anamnesis preestablecido, dado que la entrevista de anamnesis es una entrevista guiada, la obtención de estos datos debe seguir el orden de interés del entrevistado, evitando siempre convertir la entrevista en un interrogatorio. Situaciones como estas pueden hacer que el paciente se sienta invadido y no comprendido. Debemos tratar de comprender las “vivencias” del sujeto en la forma en que las siente y las relata, aun cuando registremos su relato, hagamos uso literal de sus palabras. Es evidente que el registro de la anamnesis seguirá el orden preestablecido por el guion, y justamente por eso consideramos poco productivo anotar la información durante la entrevista. Para ello, bastará con que hagamos unos apuntes que nos

sirvan de recordatorio y que transcribamos la entrevista en cuanto la terminemos, mientras la información aún está “fresca” en nuestra memoria. En cualquier caso, la precisión de toda la información de nuestro informe es muy importante. En la anamnesis no interpretamos lo que nos dice el sujeto, lo haremos en el examen psíquico y, aun así, justificando nuestras interpretaciones con las palabras o actitudes y gestos del propio examinado.

Como nos guía Sullivan, durante la entrevista estaremos atentos no sólo a las palabras del paciente sino también a las señales no verbales (expresiones mímicas, gestos, entonación de las palabras, silencios significativos, tartamudeos, “actos resbaladizos”, etc.). En la entrevista psiquiátrica, la herramienta de evaluación del profesional es su propia personalidad, es la forma en que establece las relaciones interpersonales; por tanto, es fundamental que el examinador tenga un buen conocimiento de sí mismo y, aunque su actitud debe ser empática, es decir, de un interés realmente genuino, también necesitará estar atento a los sentimientos y emociones que le provocan el examinado y sus informes en él. Esto es fundamental para que no confundas tus sentimientos con los del paciente, que sufre lo que Sullivan llama distorsión paratáctica¹⁹.

La entrevista, ya sea con el paciente o con un informante objetivo (familiar, amigo, conocido del paciente) tendrá siempre la característica de ser dual. El papel del profesional experto siempre estará mejor configurado que el del segundo, pero, subraya Sullivan, que siempre que exista comunicación entre dos personas, si tenemos en cuenta la existencia subjetiva y los complicados procesos psicológicos que siempre están presentes en cualquier relación interpersonal, estos pueden actuar distorsionando la comprensión de lo que se nos informa.

¹⁹ **“La distorsión paratáctica o paratáctica** es una expresión genérica creada por el psicoanalista Harry Stack Sullivan para designar los procesos inconscientes mediante los cuales el individuo puede atribuir a otros, características de figuras significativas de su propio pasado, como sus propios padres. Por lo tanto, el individuo proyecta sentimientos y actitudes hacia otra persona sobre una persona. Entre estos procesos, incluimos la transferencia observada por Freud y que ocurre, en la situación analítica, cuando el paciente transfiere al analista sentimientos y actitudes del niño (formado durante el período edípico) en relación con uno de los padres. Pero en la distorsión paratáctica, la proyección no necesariamente se origina en el universo familiar. Es como una “relectura actual de viejas relaciones que eventualmente interfiere en el sistema del yo, en sucesivas situaciones interpersonales, frente a la experiencia de la angustia” Según Gaetano Benedetti “una distorsión paratáctica ocurre cuando, en un determinado situación interpersonal, al menos uno de los dos participantes reacciona a una “personificación”, es decir, a una imagen del otro que existe sólo en la fantasía misma, a una figuración humana ya preformada por experiencias pasadas, y que luego es evocada por algunos aspectos reales de la actualidad del otro”. (https://pt.wikipedia.org/wiki/Distor%C3%A7%C3%A3o_parat%C3%A1tica).

Consideramos que este nombre dado por Sullivan es más acertado y acorde con nuestra teoría de la personalidad que el nombre original dado por Freud, ya que el término refleja exactamente el aspecto que deforma la realidad a través de la interferencia del “juicio de valor” en el “juicio de realidad”. En la teoría de las imágenes de Pierre Lafitte, esto representa las imágenes sincréticas que surgen, deformando parcialmente la realidad debido a los conflictos emocionales.

Esto es cierto tanto para el entrevistado como para el entrevistador (aunque la situación mejor configurada del entrevistador en la relación tenderá a protegerlo mejor de estas distorsiones). De ahí la necesidad de que el profesional preste atención a sus emociones y no las confunda con las del paciente. La cuestión aquí es en realidad mucho más compleja y está relacionada con lo que el Psicoanálisis llama transferencia y contratransferencia. El análisis de transferencia (sentimientos del examinado que se proyectan en el examinador, actualizados, como una repetición de modelos infantiles o experiencias pasadas) es el proceso fundamental de la psicoterapia y es el más simple de entender. La contratransferencia, por su parte, se refiere al proceso inverso, es decir, situaciones en las que el médico dirige al paciente hacia diferentes sentimientos que pertenecen a las relaciones o a sus fantasías, generalmente consideradas como algo nocivo a evitar. Sin embargo, más recientemente, el análisis de la contratransferencia se ha considerado fundamental para el terapeuta. Si el médico realmente se interesa empáticamente por su paciente, pero con una empatía neutra, en la que no se involucra personalmente, cuando surge algún sentimiento contratransferencial, éste podría considerarse como algo que el paciente genera en el examinador y, por tanto, de importancia fundamental comprensión de la propia vida mental del paciente.

3. Semiología y Clínica Psiquiátrica

Hay un esquema creado por el Prof. Aníbal Silveira en el que presenta esquemáticamente las etapas de la Semiología Psiquiátrica y la Psiquiatría Clínica (Este esquema se presenta a continuación, en el texto, bajo el número 14). Como aspectos fundamentales a investigar en la Semiología Psiquiátrica, enumera los siguientes: la evaluación de los datos genéticos, las condiciones morfológicas, las condiciones vegetativas, la evaluación de las funciones nerviosas periféricas y las relacionadas con el cerebro (que incluye las funciones subjetivas de la personalidad), el estudio de personalidad y, más concretamente, el examen de la adaptación, los cambios de conducta y la integración en la comunidad.

La evaluación de los datos genéticos se realiza a través de la anamnesis, cuando se investiga la genealogía y las ocurrencias características; la evaluación de las condiciones morfológicas y vegetativas se realiza a través del examen somático. Las condiciones morfológicas se caracterizan por el biotipo (tal como se presenta en el Capítulo I de este volumen), mientras que las condiciones vegetativas se evalúan tanto por el examen somático como mediante el uso de pruebas complementarias de laboratorio que permitan verificar las condiciones metabólicas, bioquímicas, hematológicas, la de los escritos y, también, cuando indicado, el uso de exámenes de imagen – radiología y CCT, Resonancia Magnética, exploración PET (PET scan) y otros. La valoración del sistema nervioso periférico y, en parte, de las funciones de conexión (relacionadas con el cerebro) se realiza a través de un examen neurológico, comprobando la inervación visceral, la motilidad segmentaria, la

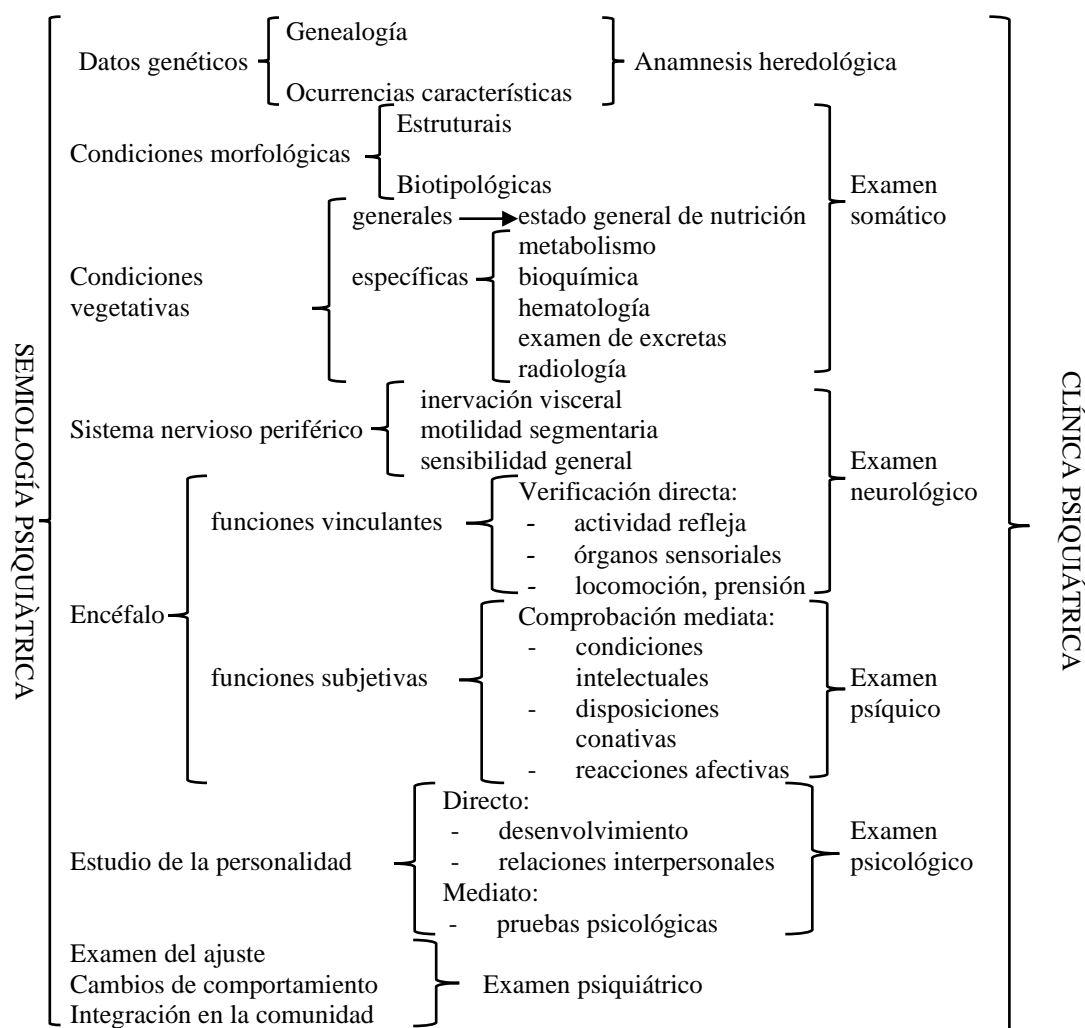
sensibilidad general, la actividad refleja, los órganos de los sentidos, la locomoción y la prehensión. Las funciones del cerebro que se relacionan con las funciones subjetivas se evalúan a través del Examen Psíquico o Subjetivo. El examen de personalidad se puede hacer a través de un análisis directo, evaluando el desarrollo, el estilo de relaciones interpersonales, o mediato, a través del uso de pruebas psicológicas, principalmente el Examen por el Método Rorschach. Esta etapa de la Clínica Psiquiátrica es el Examen Psicológico. Finalmente, como objetivo específico del Examen Psiquiátrico considera, como ya se mencionó: el examen de ajuste, cambios de comportamiento e integración a la comunidad. Así, la Clínica Psiquiátrica está compuesta por Anamnesis; por el Examen Somático, por los Exámenes complementarios de laboratorio, incluyendo los Exámenes por Imagen; por el Examen Neurológico; por el Examen Psíquico, el Examen Psicológico y el Examen Psiquiátrico.

El esquema número 14 presenta la síntesis del método clínico. Hoy en día, la Clínica Psiquiátrica no se concibe sólo como una actividad médica. Es una actividad interdisciplinaria, que requiere la colaboración de varios profesionales como: neurólogos, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras y, creemos, incluso antropólogos, al menos en los centros que también proponen investigación o cuando se trata de temas de etnopsiquiatría que, como decíamos, no está ausente en ninguna práctica psiquiátrica. Lamentablemente, la Medicina Constitucional ha caído en el olvido y no ha avanzado en los últimos años, sin embargo, creemos que sería muy interesante retomarla. Quizás nuevas investigaciones vinculadas a la genética den un nuevo impulso a este campo de la Medicina y la Antropología en el futuro.

En los últimos años se ha producido un gran avance en las pruebas de laboratorio y, especialmente, en las pruebas de imagen. La TCC, la Resonancia Magnética del Cerebro, el PET-Scan, ya encuentran importancia clínica en el diagnóstico de ciertas condiciones de demencia como el Alzheimer, la Demencia Arteriosclerótica (actualmente llamada Demencia multiinfarto) y la Demencia Senil (ahora considerada una forma tardía de Alzheimer). En el caso de enfermedades más específicamente psiquiátricas, las denominadas Psicosis endógenas, estas pruebas han arrojado resultados interesantes en la investigación, aunque estos resultados no han encontrado valor en la práctica clínica. Sin embargo, creemos que, con el mayor desarrollo de las técnicas, estas llegarán a ser útiles en la futura clínica.

En cuanto a las pruebas psicológicas, destacamos la importancia del Examen Neuropsicológico, que cada vez más ha encontrado resultados significativos también en las Psicosis. Está claro que son aún más útiles en el caso de enfermedades orgánico-cerebrales, sin embargo, cada vez vemos más trabajos que muestran los resultados de estas pruebas alterados también en las denominadas psicosis endógenas.

Esquema n.º 14 - Semiología y Clínica Psiquiátrica (Aníbal Silveira)



Finalmente, la prueba de personalidad aún sin superar, que puede considerarse el más completo y amplio en el estudio de la personalidad, es el Método Rorschach. Aunque últimamente ha sido algo olvidado por los psiquiatras, creemos que esto se deba más a la dificultad y tiempo que requiere su aplicación y elaboración y, quizás, un poco, por una razón ideológica dada por el sesgo pragmático de nuestro tiempo. Sin embargo, no hay dudas de lo importante que es en Psicología. A través de este examen no formulamos diagnósticos psiquiátricos, pero comprendemos de manera muy profunda el tipo de trabajo mental del individuo, evaluando su contacto con la realidad, su adaptabilidad, su estilo perceptivo, su campo de intereses, además de recursos de personalidad, el equilibrio de las fuerzas subjetivas (intelectuales y afectivas), el estilo de carácter (que involucra la expresión afectiva en sus peculiaridades, la vida afectiva y la capacidad de iniciativa, y la estabilidad o inestabilidad conativa). Como vemos, este análisis es aún más amplio, abarcando también las características saludables de la personalidad que pueden ser estimuladas para la readaptación del individuo. Por lo tanto, es un recurso invaluable para comprender al individuo de una manera más holística, lo que permite la caracterización

de su cuadro clínico único. Después de todo, esto es, en nuestra opinión, más importante que el diagnóstico nosológico. También es un recurso muy importante previo a la psicoterapia y para evaluar sus resultados.

Desgraciadamente, en nuestra opinión, el curso hiperpragmático de nuestra época también ha mostrado su influencia en la Psicología. Más recientemente, el Sistema Comprehensivo de Exner se ha generalizado tanto en todo el mundo que casi ha eliminado otros métodos de interpretación de la prueba de Rorschach. Pero si esta influencia pragmática ya se percibía con la fría máscara apolínea de la estadística que tiende a privilegiar las cifras en desmedro de las figuras, en palabras de los psiquiatras argentinos Juan Carlos Goldar, Darío Rojas y Mariano Outes, el surgimiento del llamado R-PAS, casi convierte el método de Rorschach en una prueba biométrica. Esto da una aparente noción de objetividad cuando el razonamiento lógico deductivo parte de premisas falsas, conduciendo a conclusiones erróneas o meramente estadísticas y muy genéricas. Es evidente que estas dificultades derivan también de la no utilización de una Teoría de la Personalidad previa que impida relacionar de forma lógica los datos recogidos y articular los diferentes datos empíricos encontrados. El empirismo puro puede aportar muchos datos, pero cómo valorar los que son significativos y los que no lo son. Está claro que con este método podemos encontrar la mayor probabilidad de que se pueda encontrar un aspecto buscado en particular, pero no permite comprender lo singular. Así, se pierde lo más característico, la persona concreta y singular que es todo ser humano. Cada vez más, el método clínico se ha descuidado en nuestro tiempo en favor de datos estadísticos que dan la impresión de falsa objetividad, dando a los médicos y psicólogos una ilusión de seguridad en su práctica clínica, pero tornándolos cada vez más meros técnicos que tienen dificultad de ver sus pacientes como seres humanos singulares y únicos.

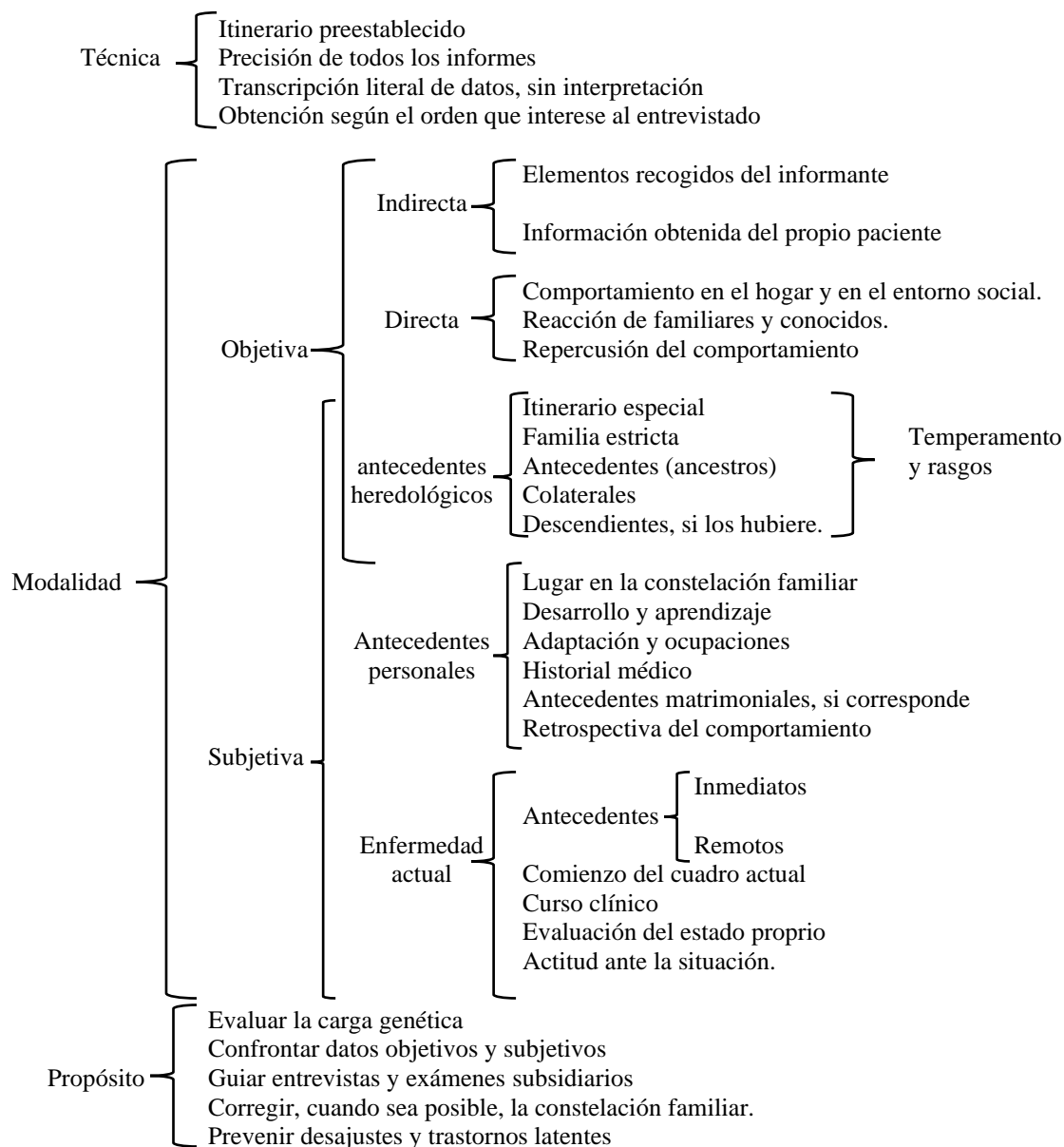
Finalmente, Aníbal Silveira considera los tres aspectos esenciales de la actividad psiquiátrica: el examen de ajuste, los cambios de comportamiento y la integración en la comunidad. Considerando estos tres aspectos, podemos ver cuán fundamental fue Silveira para las actividades preventivas y de rehabilitación de la Psiquiatría. La función principal del psiquiatra es reintegrar al individuo a su comunidad, de ahí la importancia de examinar su ajuste y cambios de comportamiento, combinado con una evaluación psicológica y social integral, para que se formulen estrategias para la reintegración social del enfermo mental.

4. Anamnesis y sus características

Para orientar la discusión de la técnica y etapas de la anamnesis psiquiátrica, utilizaremos un esquema propuesto por el Prof. Aníbal Silveira, inicialmente en 1966 y revisada el 24 de marzo de 1970. En este esquema, el autor presenta inicialmente la técnica a ser utilizada en la recolección de datos, presenta las modalidades de anamnesis (objetiva y subjetiva), así como sus diferentes fases. Finalmente, presenta

el propósito de la anamnesis. Con este esquema de número 15, comenzamos este subcapítulo, dedicado a la anamnesis.

**Esquema n° 15 - Anamnesis Psiquiátrica (Aníbal Silveira, 1966 -
revisión el 24/03/1970)**



La palabra Anamnesis proviene del griego, que significa “recuerdo, acto de traer a la mente”, formada por *ana* (ana), al revés; y *μνησθαι* (*mimnekesthai*), recordar, recordar. Comprende la toma de datos en sentido amplio, así como el estudio paralelo e integrado de la familia. Tiene una función amplia, permitiendo, además del procedimiento clínico, la detección de posibles situaciones que requieran una intervención con finalidad preventiva.

La toma de informes no se restringe a antecedentes mórbidos y no sólo con relación a la enfermedad específica, sino que trasciende el

mero registro de enfermedades y se configura en un amplio estudio de la historia psicológica individual.

La anamnesis psiquiátrica es más amplia que la anamnesis habitual en la práctica general, especialmente en lo que se refiere a antecedentes personales y familiares. El orden normalmente considerado para la anamnesis involucra los siguientes pasos: queja y duración, antecedentes de la enfermedad actual, antecedentes personales, interrogatorio de los diversos sistemas biológicos (digestivo, respiratorio, cardiovascular, endocrino, excretor, sexual y otros), antecedentes familiares. Como la psiquiatría involucra aspectos sociales y psicológicos más complejos, estos deben estar presentes en los datos de la anamnesis, especialmente en la historia personal.

En nuestra concepción, el individuo aislado es en realidad una creación cultural, principalmente de la civilización occidental. En realidad, se presenta como el punto de convergencia de los elementos sociales y trae consigo también todo el contingente heredado del germoplasma. Así, el individuo es parte de una familia, de una cultura y, en un sentido más amplio, de toda la Humanidad.

La técnica de recolección de datos implica (como instrumento) un guion preestablecido que permite una regla general, uniforme y secuenciada para la recolección y registro de datos. Esto no significa que nos ciñamos a este guion de manera rígida. Simplemente significa que necesitamos tener una manera de organizar los datos. Para ello, debemos indagar en aspectos significativos fundamentales para comprender la historia del sujeto evaluado. Si simplemente todo tuviera sentido, nos perderíamos en una infinidad de datos dispersos ya que la realidad es sumamente amplia. El modelo que tenemos de la personalidad nos orienta en lo fundamental para evaluar la actividad psíquica. Es un modelo suficientemente amplio que no conduce a apriorismos, solo orienta el orden de los datos de la psicología del desarrollo, los relacionados con la herencia y qué aspectos son fundamentales para ser investigados como signos de enfermedad mental.

Otro tema técnico relacionado con la entrevista que merece alguna consideración es la duración de las entrevistas. No existe una regla estricta y rápida con respecto a este tema. En el caso de entrevistas de psicoterapia, esta duración debe estar definida en el contrato de psicoterapia, realizado con anterioridad a su inicio. En el caso de una entrevista de anamnesis inicial, esta puede demorar un poco más o menos. En general, consideramos una media de cincuenta minutos a una hora y media, superando raramente este límite debido a la disminución tanto de la eficacia psicoagógica como de la recogida de datos válidos, ya que tanto el entrevistador como el entrevistado se cansan. Muchas veces es más recomendable programar otra entrevista en otro día y hora e incluso varias entrevistas con el paciente y su familia o amigos que puedan aportar datos de anamnesis objetiva, hasta que podamos completar la recogida de todos los datos. Como decíamos, el método clínico implica una investigación exhaustiva. En cualquier caso, no hay reglas absolutas. En algunas situaciones excepcionales, la entrevista inicial puede extenderse un poco más.

Algunos requisitos para tener en cuenta:

1. Veracidad en todos los informes para que los datos puedan ser debidamente verificados y contrastados. Así, por ejemplo, se debe detallar la ocurrencia de crisis en sus aspectos esenciales: factores o condiciones desencadenantes, frecuencia y duración de las crisis, presencia y tipos de auras, etc. Un ejemplo: nunca anotaremos en una anamnesis “paciente refiere alucinaciones auditivas” si ha dicho: “He oído unos espíritus hablando dentro de mi cabeza. Son voces femeninas muy suaves pero muy persistentes. Y solo yo escucho estas voces, pero realmente las escucho, no es una impresión, son los espíritus de dos niñas que murieron el año pasado cerca de mi casa”; es decir, anotaremos exactamente a qué se refiere el tema. Un ejemplo más: no escribiremos: “paciente presenta delirios fantásticos” aunque dijera: “Yo nací de un huevo de oro puesto por una camella y también de dos soles que se chocaron. Todos los días salen unos hombrecillos verdes de vasos que están enterrados unos 20 cm en el suelo y juegan en el suelo. Esto siempre es a las ocho de la noche”; pero exactamente como él dijo. Por supuesto, como veremos en su momento, la ocasión de interpretar y nombrar los síntomas morbosos presentados estará en el Examen Psíquico, pero aun allí, justificando nuestras conclusiones con los relatos literales del paciente.
2. La transcripción debe ser literal, en lo posible sin interpretaciones por parte del examinador para reducir los márgenes de error. La presencia de “voces” debe transcribirse tal como el paciente las siente e interpreta. Llamar a este fenómeno simplemente “alucinaciones” determinará, sin un estudio más detallado, una causa (a menudo incidental) de error, además de encubrir el interés por investigar otros elementos relacionados. En la clínica también debemos evitar simplificar la sintomatología mediante diagnósticos sintomáticos y, en la medida de lo posible, registrar los síntomas tal y como los siente el paciente y los describe. La interpretación de los síntomas y el cuadro clínico debe hacerse posteriormente, en el examen psicológico o psiquiátrico o, después de un examen clínico, si corresponde. Por otro lado, la transcripción literal no interpretativa de la sintomatología permitirá un mejor estudio por parte de otro especialista que podrá retomar el caso.
3. La recogida de datos debe seguir el orden de interés del paciente para que la entrevista tenga un curso natural y espontáneo. El entrevistador debe, en la medida de lo posible, establecer una relación empática y comprensiva para facilitar la comunicación del examinado. Una vez establecida la sintomatología que el paciente considera más importante, podremos, sin que el paciente pierda el interés, investigar la importancia clínica de otros aspectos dentro del conjunto sintomático que nos parezcan significativos. Y, luego, seguir tomando datos respecto a la fase previa de la enfermedad y antecedentes familiares, según nuestro

interés. Si bien un modelo de los datos a recolectar es fundamental, el entrevistador debe tener cuidado de no convertir su entrevista en un interrogatorio. Si lo hace, es posible que no pueda recopilar datos significativos porque el entrevistado, muy probablemente, al sentirse invadido y poco comprendido, se volverá formal y superficial en sus informes. Así, se debe seguir el orden del modelo cuando el entrevistador procede con el registro documental, pero durante la entrevista el orden debe seguir el interés del entrevistado. Por supuesto, podemos estar ante un entrevistado muy prolijo o detallista y, en este caso, con la técnica podemos hacer uso de lo que Sullivan llama transiciones, dirigiendo la entrevista con técnica y elegancia hacia los temas fundamentales²⁰.

4. También deberá sistematizarse el registro de los informes obtenidos. El orden seguido en la transcripción es prácticamente el inverso al establecido para la obtención de los datos. Así, registraremos primero los antecedentes hereditarios, luego los antecedentes personales (o historia de vida) y, por último, la historia de la enfermedad. La lógica se basa aquí en que las condiciones morbosas del paciente representan un aspecto particularizado de un todo, que en condiciones normales determina el estado de salud, tanto físico como mental, que a su vez depende de elementos familiares traducidos por la carga genética y por el ambiente (físico y social). Partiendo de un todo que trasciende los límites mismos de la individualidad, podemos apreciar mejor lo particular, representado por las condiciones morbosas del paciente. A modo de ejemplo: la presencia de convulsiones posfebriles en un niño debe analizarse a partir del conocimiento de la carga genética para la epilepsia y las condiciones del desarrollo psicológico; por la presencia de rasgos de personalidad y condiciones clínicas relacionadas con la epilepsia. Estos datos, asociados al examen clínico y pruebas complementarias, pueden descartar la presencia de un cuadro infeccioso, en el caso encefalítico, y concluir que la presencia de fiebre, independientemente del grado, ha determinado genéticamente el episodio convulsivo en un paciente. predispuesto a esta condición tipo de reacción.

4.1. Anamnesis objetiva y Anamnesis subjetiva

Similar a la clínica pediátrica, pero por diferentes motivos, en la clínica psiquiátrica existe la necesidad de información objetiva de

²⁰ Sullivan en su libro "La entrevista psiquiátrica" aborda el tema de las transiciones considerándolas de notable importancia en entrevistas detalladas. Considera que estas sirven para que el entrevistador no se pierda durante la entrevista y que además las utilice de manera útil y productiva. Las transiciones son cuando, durante la entrevista, hay un cambio de un tema en particular a otro. Las clasifica en suaves, agudas y abruptas. Para aquellos interesados en esta técnica, sugiero leer su libro: SULLIVAN, HARRY STACK - La entrevista psiquiátrica. Traducido por Federico López Cruz. Editorial Psique, Buenos Aires, 1974.

terceros sobre el paciente. En el caso de la pediatría, porque el niño aún no ha desarrollado suficientemente su capacidad de abstracción para poder aportar información objetiva y, en el caso de la psiquiatría, porque los procesos morbosos afectan precisamente a las funciones relacionadas con el trabajo mental, perjudicando también así la objetividad de los informes proporcionados por el propio paciente. Así, en Psiquiatría consideramos dos modalidades de Anamnesis, la Objetiva y la Subjetiva.

Durante la toma de datos psiquiátricos podemos apreciar las reacciones afectivas en el contacto interpersonal ya nivel familiar; las disposiciones conativas y las condiciones intelectuales, datos que se completarán con el examen objetivo de los elementos sensoriales. Este examen comprende la búsqueda de datos sensoriales de manera similar al examen neurológico ya través de la observación de comportamientos explícitos en el ambiente hospitalario (ver guion para el examen psíquico). Dicho sea de paso, esta importante etapa del Método Clínico, el Examen Psíquico o Subjetivo, será el tema del próximo capítulo de este libro.

Además, la anamnesis debe cumplir los requisitos necesarios para la evaluación de la carga genética, permitiendo el estudio de la constelación familiar y la prevención de desajustes y trastornos latentes. Con esto, los aspectos sociales y preventivos de la medicina tendrán sus bases.

Así, para que la anamnesis alcance su finalidad, el médico también debe estar orientado hacia los aspectos preventivos que involucran necesariamente al plan familiar y social. Esto requiere una mayor precisión en la recolección de informes, por lo que se carece de una técnica para este fin. El propósito es que orientará la técnica de toma de datos de la anamnesis y consecuentemente la propia entrevista.

Como hemos visto, el examen psíquico y la valoración del comportamiento psicológico a nivel individual y familiar implica la recogida de informes teniendo en cuenta determinadas particularidades y otros elementos que la anamnesis clínica generalmente no investiga. Las pautas, en términos generales, son las mismas que se utilizan para el estudio de cualquier paciente, con la obvia excepción de los elementos relacionados con la enfermedad mental, propios de la anamnesis psiquiátrica. Estos datos, en otras palabras, deben complementar la anamnesis clínica con el estudio hereditario y los antecedentes personales más precisos.

En cuanto a las modalidades de anamnesis y los aspectos más relevantes a investigar, debemos considerar lo siguiente:

Las modalidades de anamnesis son objetivas y subjetivas, modalidades que asumen distintos aspectos en las diferentes especialidades médicas. En Psiquiatría, la presencia de datos objetivos es fundamental porque complementan la comparación de informes. La anamnesis objetiva refleja, en este caso, la valoración de los demás sobre el paciente. Si bien el informante no puede evaluar clínicamente la manifestación que presencia, podrá brindarnos información precisa que orientará la identificación de los síntomas del paciente. Así, actitudes aberrantes que llaman la atención y chocan con las normas sociales

pueden llevarnos a cierto tipo de concepciones delirantes o alteraciones sensorio-perceptivas.

En la práctica clínica y más particularmente en Pediatría, los informes objetivos son imprescindibles cuando la edad del paciente no le permite tener el control más abstracto de la elaboración. Respecto al paciente que llega al hospital en estado de coma o conciencia nublada, incapaz total o parcialmente de aportar datos, la recogida de informes objetivos es de suma importancia para el diagnóstico clínico.

Los datos objetivos también se pueden obtener indirectamente a través del propio paciente. En este caso, éste o el informante, utiliza información de terceros. Este es el caso, por ejemplo, de una crisis convulsiva o un estado crepuscular, en el que el paciente tiene amnesia total, pero puede haber tenido acceso (conocimiento de cómo se comporta) e información objetiva a través de los transeúntes. Así, informará a éstos de la presencia de contracciones tónico-clónicas, relajación de esfínteres, agitación o riesgo para la vida personal o de terceros, en su caso.

A veces las primeras alteraciones morbosas aparecen en la escuela o en el trabajo y el informante tiene acceso a ellas a través de información de terceros. También es un dato objetivo porque se refiere a la conducta, ya que se obtiene indirectamente a través de las opiniones y la descripción que hacen los transeúntes sobre el paciente.

Los datos objetivos deben estar orientados a la investigación retrospectiva con guion especial, sobre el comportamiento en el hogar y en el entorno social, las reacciones de familiares y conocidos y las repercusiones del comportamiento del examinado en el entorno social. A veces, estas repercusiones llevan a los miembros de la familia a buscar intervención médica.

En las reacciones de los familiares y en las repercusiones que representan para la familia las manifestaciones morbosas, se manifiesta una serie de elementos ligados a la carga genética. Así, la angustia, la irritación, en fin, el involucramiento expresa el modo de ser de cada uno, las creencias y la capacidad de crítica, que se presentan como signos importantes para el estudio psicológico de la organización familiar en su conjunto y de cada individuo en particular.

En la investigación de antecedentes personales y datos hereditarios, tenemos la oportunidad de mencionar aspectos que normalmente escapan al conocimiento del paciente. Las condiciones de nacimiento y desarrollo, enfermedades eruptivas de la infancia, hiperactividad, "rabietas", crisis de ahogo, que normalmente aparecen en los primeros años de vida, son datos que el paciente no puede informar. La herencia también la completa el informante, principalmente en lo que se refiere a elementos ascendentes, tíos, abuelos, y para eso hay que entrevistar a los que tienen más información que aportar.

En la historia clínica del paciente es importante investigar alteraciones iniciales normalmente interpretadas como rarezas, que sólo posteriormente, cuando ya se ha instalado el cuadro clínico, los familiares las asocian a este período inicial de la enfermedad. Esto es de

particular importancia en psiquiatría para determinar la naturaleza aguda o crónica de la condición.

Las interpretaciones de los informantes, especialmente cuando se trata de manifestaciones que de alguna manera estigmatizan y preocupan como reflejo de toda la familia, como es el caso de la epilepsia, deficiencias mentales endógenas, son en ocasiones orientadas hacia causas externas por parte de los informantes. Estos deben ser investigados cuidadosamente por el especialista porque no siempre son válidos y revelan la preocupación que tales manifestaciones provocan entre los familiares. Es común, por ejemplo, que la familia se sienta culpable por la discapacidad del hijo y para eximirse de cualquier participación recurra al argumento de las enfermedades venéreas (que uno de los cónyuges puede haber contraído provocando cambios profundos en las interrelaciones familiares como la verdadera causa del problema). El médico debe ser consciente de estos aspectos, orientando correctamente el caso en términos de psicagogia, y así debe proceder, aunque su orientación vaya en contra de la de algún otro colega consultado por la familia. Por ello, la actuación a nivel psico agógico, por parte del clínico, sólo es posible con datos precisos.

La anamnesis subjetiva se refiere a los datos obtenidos del paciente tal como los siente e interpreta. Es más compleja e indicativa para la orientación del caso. La obtención de datos debe seguir el orden de interés del paciente; el registro según el orden lógico: inicialmente los datos hereditarios, según el guion y técnicas especiales, principalmente de interés para la familia estricta, es decir, aquellos elementos genéticamente ligados al paciente, los antecedentes directos, los hermanos y la descendencia, si es aplicable.

4.2. Anamnesis Objetiva

4.2.1. Antecedentes familiares (anamnesis hereditológica)

La búsqueda de datos hereditarios generalmente toma dos o más entrevistas que deben realizarse por etapas. Así, en la primera entrevista, el nombre y cargo en la constelación familiar de hermanos, hijos, tíos, abuelos, colocados en orden decreciente de nacimiento, indicando sexo y edad aproximada, incluyendo fallecidos, mortinatos y recién nacidos. Debemos registrar la presencia de medios hermanos, hermanos consanguíneos y uterinos, por su diferente orientación desde el punto de vista genético, especialmente en el caso de investigaciones sobre rasgos y condiciones psíquicas morbosas. Si bien los principios de transmisibilidad de estos elementos no están del todo aclarados, se sabe que se procesan de manera más acentuada y clara a través del linaje materno. Los mal llamados hermanos uterinos son así más importantes que los consanguíneos, y ambos, a su vez, son genéticamente distintos de los hermanos directos.

La investigación de los rasgos de personalidad y temperamentos de cada miembro de la familia, tomados uno por uno,

debe enfocarse en los aspectos más generales en esta primera entrevista: inestabilidad, impulsividad, presencia de alteraciones mórbidas, alteraciones clínicas. Estos siempre deben obtenerse indirectamente; evitando preguntas directas sobre la ocurrencia o no de enfermedad mental, o convulsiones, por ejemplo, porque pueden inhibir al entrevistado.

Al informar sobre determinada persona de la familia, el examinado aporta espontáneamente datos relacionados con el temperamento, la forma de ser, la presencia de alteraciones mentales, condiciones clínicas, datos que normalmente se escapan si la pregunta se formula de esta forma general. Preguntas genéricas sobre la aparición de desmayos o cambios mentales en la familia hacen que el paciente, sin querer ocultarlo, acabe sin recordar. De ahí la necesidad de una indagación específica sobre cada miembro de la familia.

En entrevistas posteriores se debe profundizar en la investigación de los rasgos de temperamento, que permitan una valoración de cada miembro de la constelación familiar de tal forma que los datos recogidos permitan incluso un diagnóstico retrospectivo. Así, anomalías congénitas, defectos de formación, disgenesia somática; la presencia de alcoholismo y su gravedad; Se deben investigar rutinariamente las reacciones emocionales y el comportamiento manifiesto en estado de ebriedad, la presencia de suicidios u homicidios en la familia y las respectivas condiciones en que ocurrieron tales actos para establecer en lo posible la patogenia. También debe incluirse en la recogida de datos hereditarios la presencia de gemelos, abortos espontáneos y provocados y sus circunstancias.

La edad aproximada de los familiares y la edad de la muerte son importantes, desde el punto de vista genético, para la correlación con la época de las manifestaciones morbosas.

Cualquiera que sea la manifestación clínica, la investigación de los datos hereditarios debe ser precisa y, siempre que sea posible, completa con la información de los familiares más adecuados.

4.2.2. Antecedentes personales (Historia de vida)

Los antecedentes personales orientan el cuadro clínico, permitiendo su interrelación con las manifestaciones premórbidas. Así, podríamos excluir, por ejemplo, que los síntomas aparentemente relacionados con el cuadro clínico en estudio resultaran de las propias condiciones premórbidas. Por otro lado, muchas particularidades involucradas en el estado mórbido serán aprehendidas por correlación con la personalidad y forma de ser del paciente en cuestión. Estos aspectos son de especial interés en psiquiatría, especialmente en lo que se refiere a la aparición de manifestaciones morbosas, orientando el cuadro en cuanto a evolución, pronóstico y orientación terapéutica. También de particular interés en psiquiatría es esa correlación entre la condición actual y la forma de ser del individuo en la fase premórbida. En los marcos constitucionales, los cambios mentales son de alguna

manera predecibles por las características de la fase premórbida. Las condiciones discordantes están más estrechamente relacionadas con casos ocasionales y formas endógenas benignas. En estos casos, la manifestación psicótica pone de manifiesto la tendencia latente no evidenciada en la conducta anterior.

En general, las manifestaciones clínicas determinan reacciones compatibles con la forma de ser del paciente: preocupación excesiva, hipersensibilidad a los estímulos, detalle en el informe. Todas estas características pueden estar presentes en la personalidad premórbida.

Además, las manifestaciones de origen somático pueden estar asociadas a manifestaciones psíquicas, como hipertiroidismo, hipotiroidismo; de condiciones infecciosas, de tumores cerebrales. El estudio preciso de la personalidad premórbida permite al clínico detectar discretas alteraciones mentales, incluso la prevención de alteraciones más graves de la conducta en las condiciones iniciales de manifestación.

En general, los ítems aquí registrados para el estudio de antecedentes personales son los postulados en la clínica, con excepción de la retrospectiva de conducta, que en la clínica no recibe el debido valor.

Así, en cuanto a los antecedentes personales, investigamos: (a) las condiciones del embarazo y del parto, las expectativas de los padres con respecto al embarazo, si se realizó el control prenatal, las condiciones del examinado durante el parto (lloró al nacer, cuál fue el puntaje de Apgar, tuvo ictericia neonatal, tuvo sufrimiento fetal, etc.), (b) enfermedades presentadas en el período neonatal. A continuación, es fundamental investigar (c) las condiciones del desarrollo neuropsicomotor (período en que se sentó, en que gateó, en que empezó a hablar, en que caminó, en que empezó a mostrar control de esfínteres), si tuvo “convulsiones”, “rabieta”, “falta de aire”, enuresis nocturna (hasta qué edad), encopresis, (d) cuáles son las enfermedades eruptivas de la infancia. Es importante caracterizar (e) el temperamento del niño; (f) hasta qué edad fue amamantado; (g) cuál era su posición dentro de la fraternidad y cómo se relacionaba con sus hermanos durante la niñez y la adolescencia; (h) historia de la vida escolar: cómo y cuándo ingresó a la escuela, cuál era su relación con los compañeros y maestros – describa cómo evolucionaron estas relaciones durante el período escolar; tuvo alguna dificultad específica, tuvo fracasos, hubo alguna orientación pedagógica específica por parte de los docentes; (i) vida profesional: describa cuándo comenzó a trabajar y toda su trayectoria profesional; (j) relaciones interpersonales: investigar las relaciones del examinado con amigos, primeros compañeros, mejor amigo; (k) vida sexual – cuando hubo pubertad y/o menarquía y las reacciones relacionadas, primera relación sexual y las impresiones subjetivas causadas; (l) vida conyugal, si corresponde, edad para contraer matrimonio, si tiene hijos, cómo se relaciona con su cónyuge e hijos; (m) hábitos y adicciones (tabaquismo, alcoholismo, consumo de otras drogas; patrón de consumo, caracterización del comportamiento bajo la influencia del alcohol u otras drogas), (n) caracterización del temperamento y carácter; (o) historial médico – enfermedades, cirugías, accidentes; (p) experiencias

traumáticas; (q) situación socioeconómica; (r) intereses culturales y de ocio, (s) actividades deportivas, etc.

4.2.3. Historia de la enfermedad actual

En la historia de la enfermedad actual, debemos registrar inicialmente los antecedentes inmediatos y remotos, verificando, o mejor, excluyendo los factores que aparentemente están ligados a la condición en estudio. Luego, el inicio de la condición, el curso clínico y la evaluación del estado actual: cómo reaccionó ante la situación, reconoce la enfermedad con tal o cual interpretación formulada; sus expectativas.

Con el registro orientado al estudio de la familia, tendremos los elementos para evaluar la carga genética, comparar datos objetivos y subjetivos, orientar las entrevistas posteriores y la solicitud de pruebas subsidiarias, para corregir en lo posible la constelación familiar. y prevenir desajustes y manifestaciones morbosas latentes.

Como ya comentamos en el capítulo anterior cuando hablábamos de criterios sintomatológicos, evolutivos y etiopatogénicos, la búsqueda de información que oriente la comprensión de estas características fundamentales para la formulación diagnóstica es la que debe orientar la recolección de datos anamnésicos relacionados con la historia de la enfermedad actual.

4.2.4. Interrogatorio sobre los diferentes sistemas orgánicos

Esta etapa de la Anamnesis Psiquiátrica es exactamente igual a la de la Anamnesis realizada en Medicina Interna. Todo buen tratado de semiología se refiere a los síntomas que debemos interrogar al examinado, por lo tanto, es innecesario que nos dediquemos en este trabajo a la descripción de esta etapa del método clínico.

4.3. Confrontación de datos objetivos y subjetivos

Con la valoración precisa de la carga genética, el médico puede actuar a nivel de asesoramiento genético y psicagogía. La confrontación de datos objetivos y subjetivos es necesaria para la realización del estudio y en aquellos casos en los que nos encontremos ante una actitud subjetiva reticente con relación a las alteraciones que motivaron la interacción, podemos establecer una suerte de confrontación. Este aspecto está más ligado al enfermo mental, sirviendo de argumento para la entrevista con el enfermo y muchas veces para provocar el influjo de una serie de alteraciones, que parecían latentes y perfectamente controladas por el enfermo durante el examen psíquico²¹.

²¹ Solo para ejemplificar un poco el uso de esta confrontación como medio semiológico, citamos el caso de una paciente alemana que estuvo internada en la clínica psiquiátrica donde trabajé un tiempo. Esta paciente llevaba mucho tiempo internada allí y tenía una actitud muy reticente, tratando de eludir toda la investigación que estábamos haciendo

También en ciertas condiciones clínicas, es importante comparar datos objetivos con subjetivos. Así, en determinados pacientes con tendencia a la hipocondría, el relato de sus reacciones y de sus síntomas debe compararse con lo que presentan objetivamente.

Estos datos presentados también orientarán la catamnesis y permitirán el estudio estadístico de manera precisa, justificando así su análisis más riguroso. La catamnesis es el estudio evolutivo de ciertos pacientes que tienen enfermedades crónicas. Se trata principalmente de un estudio documental y de la confrontación de los datos recogidos con los observados en el Examen Psíquico vigente. Es un importante método de investigación a través del método clínico.

Así, acabamos de presentar, de forma sucinta, las etapas y procedimientos utilizados por el método clínico, aplicado a la Clínica Psiquiátrica. Sólo hemos omitido una etapa importante del método, que es el Examen Psíquico o Subjetivo, porque será el tema del próximo capítulo de este libro. Finalmente, también en este capítulo, es importante que discutamos un poco sobre las características de las escalas de evaluación, las entrevistas estructuradas y los cuestionarios, tan valorados en la actualidad en la Clínica Psiquiátrica Moderna.

5. Características de las escalas de evaluación psiquiátrica, entrevistas estructuradas y cuestionarios utilizados en la Clínica psiquiátrica. Sus usos, críticas y restricciones

La preocupación por la precisión de los términos siempre estuvo presente en la obra de Aníbal Silveira. Basta observar su preocupación en definir varios términos utilizados en Psicología y Psicopatología con significados imprecisos y de forma parcialmente diferente por diferentes autores, términos como constitución, carácter, temperamento e incluso ciertos síntomas psicopatológicos como apatía, negativismo, confusión mental y otros. Incluso enumeró una lista de síntomas que, creo, pretendía definir oportunamente, lo cual no sucedió porque murió antes de terminar este trabajo. Tengo la intención de

sobre su enfermedad. También mantenía una distancia altiva del personal y otros pacientes de la clínica. Ya había tenido una serie de entrevistas con ella y no se lograba nada significativo excepto su actitud reticente y reservada y que mostraba cierta desconfianza. Entonces, decidí confrontarla con un hecho que constaba en su historial médico: durante la segunda guerra mundial, ella, que había nacido en Brasil, pero era de ascendencia alemana, se mudó a Alemania, donde permaneció hasta el final de la guerra. Entonces, tuve la intuición de que tenía síntomas delirantes relacionados con hechos de este período y en una entrevista le dije: Tengo la impresión de que estás internada aquí por algo relacionado con el período nazi. Esta paciente, entonces, siempre controlada y retraída, rápidamente se enfureció acusándome de ser un judío perteneciente a una organización que la había perseguido durante muchos años y de la cual siempre había temido algún tipo de represalia. En ese momento, por el impacto emocional y el descontrol, evidenció sus delirios persecutorios que posteriormente llevaron al diagnóstico de Paranoia. En un principio podríamos pensar que estas ideas corresponderían a la verdad, ya que podría haber sido una criminal nazi, pero nada de esto fue confirmado a través de datos del servicio social, eran efectivamente ideas delirantes.

retomar esta propuesta del Prof. Aníbal Silveira después de la finalización de este libro.

Inicié este tema de las escalas, entrevistas dirigidas y cuestionarios con esta consideración porque aun teniendo una visión muy crítica respecto al uso actual de estos instrumentos, esto no quiere decir que no los consideremos importantes, siempre y cuando se utilicen como un complemento al método clínico tradicional (anamnesis con sus modalidades y el Examen Psíquico) y no como sustituto del mismo. A nuestro juicio, la principal ventaja de estos instrumentos está relacionada con las investigaciones y la comunicación de los resultados del trabajo clínico que permiten su reproducción por otros especialistas. Aun así, su aparente objetividad no es tan precisa, como intentaremos explicar.

En la actualidad existen numerosas escalas de valoración clínica, algunas dirigidas específicamente a determinados síntomas o síndromes, existen entrevistas estructuradas y dirigidas, y existen cuestionarios tanto semiabiertos como cerrados. Algunos de estos cuestionarios, por ejemplo, no tienen un uso clínico, sino que son instrumentos para el seguimiento de determinados trastornos en la población general y, por tanto, tienen una utilidad más epidemiológica.

Como hasta el día de hoy no existen marcadores biológicos u otras representaciones objetivamente medibles para la mayoría de los trastornos psiquiátricos, la evaluación de la presencia de estos trastornos en los individuos se realiza principalmente a través del método clínico. Durante la década de los setenta del siglo pasado, las investigaciones encontraron que existían grandes variaciones cuando diferentes psiquiatras atribuían diagnósticos clínicos a un mismo grupo de individuos, es decir, los criterios diagnósticos adoptados eran bastante diferentes. Fue principalmente por esto que se desarrollaron criterios diagnósticos operativos y entrevistas estandarizadas, o instrumentos con el objetivo de aumentar la concordancia entre diferentes investigadores y permitir la comparación de resultados.

Sin embargo, a nuestro juicio, si bien estos esfuerzos son encomiables, la dificultad para encontrar un acuerdo entre los distintos profesionales del área no se debió únicamente a la inadecuada aplicación de los instrumentos, sino a las diferentes formas de concebir la patogenia de los distintos trastornos.

Además, la creciente influencia de la psiquiatría norteamericana que, a nuestro juicio, a pesar de ser inferior a la riqueza de conceptos clínicos de la psiquiatría europea, principalmente continental (Clínica Francesa y Alemana), se ha impuesto como hegemónica por el peso que la economía influencia esta nación y la presión económica y comercial de los Grandes Laboratorios Farmacéuticos, imprimiendo una marcada tendencia pragmática y empirista a la Psiquiatría Actual. Esta tendencia se ha impuesto actualmente incluso en los centros europeos más conservadores. El DSM-III influyó mucho en la CIE-X y ciertamente ahora el DSM-V influirá mucho más en las futuras clasificaciones internacionales. A menudo existe una demanda por parte de la clase académica, en artículos

científicos, de utilizar los criterios de diagnóstico del DSM-IV, incluso en países distintos a los Estados Unidos, en lugar de la CIE-X, que es la clasificación internacional.

Es curioso como la Neurología, especialidad médica que también estudia los trastornos ligados al Sistema Nervioso, ha ampliado cada vez más los diagnósticos de sus enfermedades, mientras que la Psiquiatría lo ha restringido, aunque involucrando incluso funciones del Sistema Nervioso mucho más complejas y dependientes. O bien, se amplían los diagnósticos, pero sin ninguna hipótesis sobre su patogenia. Los diagnósticos siguen de cerca una correlación con la respuesta a los diferentes fármacos sintetizados, obedeciendo, por tanto, al criterio pragmático ya mencionado.

Juan Carlos Goldar, eminente psiquiatra argentino, en su libro en coautoría con Darío Rojas y Mariano Outes, “Introducción al diagnóstico de las psicosis”, afirma, justo al comienzo de su obra, y hago mías sus palabras:

“La clínica psiquiátrica está en su peor momento. El diagnóstico de psicosis, en particular, se ha empobrecido de tal modo que estados por completo diferentes, tanto en el cuadro como en el curso, pueden recibir la misma denominación. Este marasmo tiene dos causas estrechamente ligadas. Por un lado, el moderno hiperpragmatismo, que privilegia las cifras en desmedro de las figuras e intenta crear una nueva “Aufklärung” con la apolínea máscara de la estadística. Por un lado, un insípido estilo impregnado de eufemismos, que no tiene lugar para la pintura de la realidad. Así, en la bibliografía convencional apenas hay mensajes de artesanos. El aprendiz, en consecuencia, debe caminar a ciegas por el taller de la clínica. Ante tal situación, debemos señalar el camino perdido, indicar la senda que conduce a las fuentes. Vamos, pues, a mostrar los síndromes en su total crudeza; y a escuchar las lecciones de los clásicos. En el frío de la postrimería pueden retornar los colores de la primavera.”

Actualmente existen las escalas de evaluación más variables. Solo citaremos algunas a modo de ejemplo: Como escalas para evaluar los trastornos del estado de ánimo y afectivos existen: la Escala de Hamilton; la de Montgomery-Åsberg; el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoinforme de Depresión Posparto; Escala de calificación de manía de Young; la Escala Poblacional de Detección de Depresión en Poblaciones Clínicas y No Clínicas de Adolescentes y Adultos Jóvenes. Existen varias escalas que se utilizan para evaluar la ansiedad y los trastornos de ansiedad; Escalas para la valoración de psicosis como la BPRS-A, Escalas utilizadas para la valoración de adicciones, etc. Entre las Entrevistas Clínicas Estructuradas se encuentra la SCID para el

DSM-IV sobre trastornos del Eje I, por ejemplo. No está dentro del alcance de este trabajo discutir todas estas escalas y entrevistas, ya que ese no es nuestro objetivo.

Entonces, solo para ejemplificar las críticas que tenemos sobre estos instrumentos, hablaremos muy brevemente de uno de ellos, que actualmente es muy utilizado e incluso requerido por el Servicio Público cuando se solicita un medicamento de alto costo a un paciente diagnosticado con esquizofrenia. Esta es la BPRS (Escala Breve de Calificación Psiquiátrica).

Esta escala consta de 18 ítems que deben codificarse con una puntuación de 0 a 4 cada uno, siendo cero la ausencia del síntoma considerado y 4 la máxima manifestación de dicho síntoma. Hay una descripción clara de cada uno de los niveles para cada ítem, lo que lleva al evaluador a los criterios de evaluación de una manera aparentemente bastante precisa. Los dieciocho ítems a evaluar son los siguientes: 1. Preocupaciones somáticas; 2. Ansiedad psíquica; 3. Retraimiento emocional; 4. Desorganización conceptual; 5. Autodesprecio y sentimientos de culpa; 6. Ansiedad somática; 7. Trastornos motores específicos; 8. Autoestima exagerada; 9. Estado de ánimo deprimido; 10. Hostilidad; 11. Desconfianza; 12. Alucinaciones; 13. Retraso psicomotor; 14. Falta de cooperación; 15. Contenido de pensamiento inusual; 16. Afecto sordo o inapropiado; 17. Agitación psicomotora; 18. Desorientación y confusión.

Es bastante claro que, utilizando los puntos de anclaje, es decir, las descripciones dadas en cada uno de los ítems y cada una de las calificaciones, el examinador podrá completarlos con relativa facilidad, si hace una buena observación clínica. Lo que podría cuestionarse es el significado clínico de algunos de estos ítems, que, a nuestro juicio, por ser meramente descriptivos, sin tener en cuenta la patogenia de los síntomas, acaba reuniendo en un mismo ítem, síntomas clínicamente diversos, con diferente patogenia. Algunos ejemplos de estos ítems son: Desorganización conceptual (incoherencia), hostilidad, desconfianza, alucinaciones, falta de cooperación y contenido de pensamiento inusual. Hablemos un poco de cada uno de ellos.

En la desorganización conceptual, se tiene la siguiente consideración: este ítem comprende perturbaciones en el proceso del pensamiento, desde cierta imprecisión en la expresión verbal hasta producciones verbales completamente desorganizadas. Y son los diferentes grados: 0 – ausencia de desorganización conceptual; 1. El pensamiento se caracteriza por cierta imprecisión, pero el habla no es gramaticalmente inusual; 2. Trastorno moderado del pensamiento. Las palabras pueden estar unidas entre sí de una manera gramaticalmente inusual y particular (*pars pro toto*) y la información que comunican parece “vacía”; 3. Marcada desorganización conceptual. En ocasiones se hace difícil entender al paciente y pueden aparecer neologismos o bloqueos; 4. Desorganización conceptual extremadamente severa. Solo se entienden fragmentos de discurso.

Basta con leer la descripción anterior para ver que el criterio utilizado es meramente descriptivo. No hay preocupación por caracterizar

la patogénesis del trastorno que se puede estar observando, después de todo, un pensamiento “incoherente” puede depender de varias patogénesis posibles. Si tomamos la “incoherencia” en sentido estricto, esta sólo ocurriría en situaciones de “confusión mental”, ya sea por disminución de la conciencia o por disrupción intrínseca de las funciones de elaboración. Y en este segundo caso, aún habría que verificar si el trastorno es “alógico” o “paralógico”. En el primer caso, la patogenia implica una desorganización intrínsecamente intelectual, afectando las funciones de elaboración y, por tanto, implicando perturbaciones en los sistemas cerebrales ligados al lóbulo prefrontal; en el segundo caso, la patogenia es afectiva con repercusiones frontales, lo que Kleist denominó “pensamiento óptico” y Silveira, comprometiéndose las funciones de constructividad, involucrando así las áreas 39 y 40 de la unión de los lóbulos occipital, temporal y parietal. Además, un paciente con “crisis mental” alucinatoria también podría estar “aparentemente” confuso y con pensamiento desorganizado; sin embargo, un buen examen semiológico confirmaría que esta desorganización no sería intrínseca sino resultado de la interferencia de fenómenos alucinatorios.

No tiene sentido discutir todos los elementos mencionados, pero aún nos gustaría hablar sobre el elemento 12. Alucinación. En este caso, observamos el inicio del razonamiento patogénico, cuando se informa que las experiencias alucinatorias no pueden ser de tipo hipnagógico o hipnopómpico, ni han ocurrido durante estados de conciencia nublada (delirio). Interesante observación porque efectivamente, las alucinaciones hipnagógicas no tienen connotaciones psicopatológicas. Además, cuando se producen en periodos de nubosidad de la conciencia, no tienen el mismo significado psicopatológico, ya que, si no hay lucidez, el fenómeno no puede considerarse como verdaderamente alucinatorio. Sin embargo, en las descripciones no se hacen distinciones entre las verdaderas alucinaciones y el síndrome de automatismo mental de De Clérambault (pseudoalucinaciones), que tienen significados psicopatológicos bastante diferentes, lo que sugiere diferentes etiopatogénias, así como diferentes condiciones de gravedad.

Así, con este ejemplo, podemos ver claramente que las escalas nunca podrán sustituir un examen psíquico bien hecho, ya que están excesivamente dirigidas y, en cualquiera de ellas, sus ítems muchas veces no son precisos. Sin embargo, cuando se utilizan de forma crítica y como complemento del método clínico, pueden ser útiles. Esta utilidad puede ser mayor para comparar, por ejemplo, la evolución de un paciente antes y durante distintas fases de su tratamiento. También puede ser relativamente útil para la comunicación entre diferentes observadores, aunque en este caso creo que la lectura de la anamnesis y el examen psíquico por parte del otro observador puede ser mucho más rico que la mera lectura de la escala.

En el caso de entrevistas dirigidas al uso del DSM-IV como la SCID, creo que el sesgo es mayor en cuanto obliga al examinador a seguir los criterios del DSM-IV que, como es eminentemente pragmático, incluye rúbricas diagnósticas eso puede ser inaceptable para quienes tienen un razonamiento clínico más preciso y patogénico, como, por ejemplo, el

diagnóstico de Trastorno Esquizofreniforme, que no significa nada. O incluso un diagnóstico como: Esquizofrenia, forma no especificada; El diagnóstico es tan vago que pierde todo valor pronóstico y orientación terapéutica.

Muchos cuestionarios dirigidos también pueden tener el sesgo de inducir al paciente, ya que proponen preguntas que ya han sido formuladas. Recuerdo una vez que vi una investigación sobre impotencia sexual, en la que el investigador utilizó un cuestionario, en el que una de las preguntas que se le hacía al entrevistado era: ¿Cuántas veces el sujeto habrá tenido dificultades de erección durante un período determinado? Luego, llamó al fenómeno de la impotencia en otra pregunta. Ahora bien, en este caso, la inducción del síntoma es evidente. Es posible que este sujeto nunca haya considerado las veces que no pudo tener una erección en relación con la impotencia, pero en el momento en que el entrevistador se refiere al fenómeno, crea la condición. Es evidente que en este caso lo más fundamental fue investigar cuánto venía recurriendo la población a determinado medicamento para la impotencia. Pero, al mismo tiempo, la propia entrevista inducía a la importancia de su uso, ya que se refería a cualquier situación en la que el sujeto no tuviera una erección como un problema que merecía ser tratado.

Este es un buen ejemplo de que la correcta aplicación del razonamiento lógico deductivo no siempre conduce a resultados objetivos. Basta con que partamos de premisas falsas. En este caso concreto cómo considerar impotencia a cualquier dificultad de erección que haya podido tener un sujeto en una relación sexual. La consideración del síntoma en forma aislada, al que se le otorga un significado patológico, lo aísla de las condiciones concretas, singulares y circunstanciales referentes al sujeto.

Capítulo V

El examen psíquico

1. Aspectos generales y características del Examen Psíquico

En este capítulo presentaremos una descripción sucinta del examen psíquico o examen subjetivo. Caracterizamos esta descripción como sucinta porque cada uno de los temas relacionados con la psicopatología general se discutirá con más detalle en su debido momento. Para ejemplificar mejor lo que estamos considerando, tomemos el ítem 10 de este capítulo (trastornos de la atención, percepción y memoria). Este tema se retomará, prácticamente, en volúmenes posteriores, uno relativo a los trastornos de los procesos psíquicos generales, que incluirán la atención, la memoria, la vigilia; otra específica sobre los trastornos de la percepción sensorial y otra sobre el Síndrome de Automatismo Mental de Clérambault. Por lo tanto, en este capítulo es importante discutir más a fondo la técnica para preparar un buen examen psicológico.

El Examen Psíquico representa la descripción realizada de forma sistemática y organizada de la situación de la actividad psíquica de un examinado considerado en un momento dado (el del examen). De esta forma, tiene analogía con el Examen Físico, que es una de las etapas del Método Clínico. Como éste, representa un recorte descriptivo de las condiciones psíquicas del examinado en el momento del examen, así como el examen físico representa un recorte de las condiciones somáticas también en un momento dado.

La psiquiatría actual ha sentido la enorme influencia de las escalas de evaluación clínica. Como en la actualidad la medicina avanza cada vez más hacia lo que se denomina medicina basada en la evidencia, esta tendencia también se manifiesta en la psiquiatría actual. La búsqueda de la creación de estas escalas pretende, en principio, hacer más objetiva y sistemática la evaluación clínica. Si esto sucediera, la comunicación entre los diferentes clínicos e investigadores sería más objetiva, permitiendo así la comparación de resultados en la investigación clínica. Si bien es innegable la necesidad de una mayor objetividad y de un lenguaje común entre clínicos e investigadores, esta tendencia suele omitir los aspectos subjetivos que siempre impregnan este tipo de valoraciones, creando, a nuestro juicio, más una apariencia de objetividad que de realización efectiva de una verdadera objetiva evaluación.

Expliquémonos usando dos de estas escalas, que actualmente son bastante comunes, la BPRS – Escala Breve de Calificación Psiquiátrica y el Mini-Examen del Estado Mental. En la primera, el evaluador se enfrenta a 18 ítems relacionados con el trabajo mental, para lo cual debe puntuar cada ítem en siete grados que varían desde ausente (1) hasta Extremadamente severo (7). Estos ítems se relacionan con funciones psíquicas que generalmente se evalúan en un examen psíquico, a saber: presencia de preocupaciones somáticas, ansiedad, retraimiento afectivo, desorganización conceptual, sentimientos de culpa, tensión,

amaneramiento y actitud, megalomanía, estado de ánimo depresivo, hostilidad, desconfianza, alucinaciones. comportamiento, retraso motor, no cooperación de pensamientos inusuales, embotamiento afectivo de excitación y desorientación. En el Mini-Examen del Estado Mental, el examinador se enfrenta a cinco procesos psíquicos generales (Orientación, Memoria Inmediata, Atención y Cálculo, Evocación y Lenguaje) para los que se proponen una serie de preguntas o tareas, que se puntúan según el desempeño del examinado. Estos puntos se suman ya través de este resultado tenemos una cuantificación del grado de severidad del deterioro de las funciones psíquicas relacionadas con los trastornos demenciales.

Consideramos que estas escalas y pruebas precodificadas pueden ser de utilidad, como se ha comentado en el Capítulo IV anterior, siempre que no estén indicadas para sustituir al Examen Psíquico. Como ya hemos comentado, estas escalas son más útiles como criterios de evaluación para la investigación, no tanto en la práctica clínica. Y, aun así, conllevan su grado de subjetividad y una rigidez de criterio incompatible con una verdadera evaluación clínica.

El examen psíquico representa una de las etapas del examen psiquiátrico y comienza desde el primer momento en que conocemos al examinado. No sólo requiere de un guion y una sistematización para su transcripción, sino que implica un aspecto del que se prescinde en las demás etapas del examen psiquiátrico ya presentadas en el capítulo anterior (Capítulo IV sobre el método clínico donde se habla de la entrevista psiquiátrica y la Anamnesis) que es la interpretación.

La interpretación de los datos conductuales observados sigue siendo un tema muy controvertido en Psiquiatría, ya que en toda interpretación intervienen diferentes formas de concebir el estudio de la conducta, la personalidad y la actividad psíquica. Por eso, Current Psychiatry ha puesto tanto énfasis en las escalas de evaluación. El problema es que estas escalas también implican suposiciones sobre cómo se concibe la actividad mental y, en ocasiones, solo se presenta una descripción muy superficial del comportamiento, lo que da más apariencia de objetividad que una evaluación objetiva real.

De todos modos, en este libro pretendemos presentar la concepción psiquiátrica adoptada por nosotros, que sigue los principios de la orientación patogenética de Aníbal Silveira. Hay un trabajo de Aníbal Silveira, que ya hemos citado, donde presenta los criterios que utilizó en su concepción. Y lo presenta de manera sucinta y bastante clara. Se trata de la comunicación denominada Significado de la Semiología en el dominio de las enfermedades mentales. Como ya lo hemos discutido en el Capítulo II (El Criterio Patogenético) no nos detendremos más en este tema, pasando directamente a la presentación de cómo concebimos el Examen Psíquico.

El examen psíquico consiste básicamente en la evaluación y descripción de las condiciones mentales del examinado, a través de la observación metódica del comportamiento actual. Esta observación comienza, como ya hemos mencionado, desde el primer contacto con el examinado. Además, durante la entrevista para recoger la anamnesis, el psiquiatra ya estará realizando esta valoración. Esta evaluación requiere,

simultáneamente, una buena relación interpersonal con el examinado, una relación empática (comprensión, en el sentido de Jaspers) y una atención continua a los diferentes aspectos expresados en su comportamiento, ya sea espontáneo o provocado a través de las relaciones interpersonales. Como el trabajo mental no puede ser observado directamente, su evaluación siempre será indirecta, ya sea, como dijimos, a través de la conducta objetiva, o a través de lo que el examinado nos dice sobre sus pensamientos, sentimientos, voluntades, afectos, impulsos, sentimientos y otros aspectos de su vida mental, así como la forma en que se refiere a ellos (su expresión mímica y gestual, entonación de la voz, silencios significativos, actos en el medio exterior).

La situación de la entrevista siempre debe estar presente en la mente del examinador, después de todo, en psiquiatría, el examinado no siempre estará voluntariamente presente en el examen. Además, a veces la evaluación ocurre en contra de la voluntad del examinado, como por ejemplo en situaciones de evaluación forense. De esta forma, el examinador no puede dejar de comprender cómo reaccionar objetivamente ante situaciones desagradables en estas condiciones.

Por otro lado, una situación de evaluación psiquiátrica nunca es una situación pacífica porque el examinado, aun cuando acude a nosotros voluntariamente y solo, lo hace porque ha estado experimentando un sufrimiento psíquico, que siempre es desagradable. También es necesario considerar los factores culturales involucrados en las entrevistas psiquiátricas. Basta recordar lo común que es que los pacientes con problemas mentales busquen primero a los neurólogos, pues la mera mención del término psiquiatra los asusta.

El psiquiatra necesita tener una mente abierta y sin prejuicios, además de tener una actitud relativamente abierta para escuchar sin juzgar, tratando de abstenerse de juicios valorativos. Esta es una actitud que le permitirá al paciente posicionarse de la mejor manera posible. También es necesario que el psiquiatra tenga un conocimiento razonable de los valores culturales y creencias relacionadas con la cultura a la que pertenece su paciente. En la entrevista utilizará la ética argumentativa, con una estructura de normas y valores que privilegian el entendimiento mutuo e incluyen valores como la libertad y la igualdad en el transcurso del proceso argumentativo, como lo hacen los antropólogos. Ningún buen psiquiatra acepta la tesis relativista de que todas las opiniones son equivalentes porque seguramente estará convencido de que eso no es cierto, pero en el “juego de lenguaje”, de la argumentación, debe escuchar lo que se dice, considerando la posibilidad de que los argumentos de el entrevistado resultarán más convincentes y deberá estar abierto a ajustar y revisar sus propias convicciones. La actitud empática basada en el principio que puede expresar la máxima de Terencio: *Homo sum: nihil humani a me alienum puto*²², permitirá al examinador comprender y luego transcribir con las propias palabras del paciente la descripción que hace de sus síntomas.

²² Soy hombre: pienso que nada de lo humano me es ajeno.

La etapa posterior del examen psíquico (posterior sólo en cuanto a descripción y organización, ya que es concomitante a la entrevista) será la interpretación y descripción de los síntomas y signos de forma sistemática y organizada, según un guion preestablecido. Lo cierto es que, en Psiquiatría, la clásica división de las indicaciones clínicas en signos y síntomas pierde un poco de sentido ya que no se permite observar directamente la vida mental. Quizás podríamos llamar signos a algunos indicios que podemos observar en el comportamiento del examinado que sugieren la ocurrencia de ciertas alteraciones psicopatológicas. Pero estas pistas deberán examinarse más a fondo a través de la entrevista con el examinado. Un ejemplo de ello son los soliloquios que podrían indicar la ocurrencia del Síndrome de Automatismo Mental Sensorial (Clérambault) de tipo verbal-auditivo²³. Pero sólo observar el referido signo sin poder hablarlo con el paciente y observar, además del contenido de sus respuestas, su actitud y reacciones emocionales, tiene poco sentido.

A continuación, presentamos un guion para la descripción del Examen Psíquico, elaborado por el Prof. Aníbal Silveira. Este script es solo una sugerencia. Lo fundamental es que se evalúen todos los aspectos mencionados en esta hoja de ruta. El orden propuesto en el guion busca seguir una orientación lógica, partiendo de aspectos más generales y amplios hacia otros más específicos y complejos. Sin embargo, este guion se puede reevaluar y describir en otro orden.

**Tabla No. 24 - GUIÓN PARA EXAMEN PSÍQUICO
(Aníbal Silveira)**

(Cualquier comentario o interpretación psiquiátrica debe estar precedida y respaldada por una descripción objetiva, en la medida de lo posible, de los datos coincidentes literales)

Apariencia personal. Actitud subjetiva: franco, retraído, reticente. humor predominante. Contacto interpersonal: amistoso, hostil, indiferente. Comportamiento: dócil, cooperativo, rebelde, agresivo. Nivel de conciencia. Nivel mental. Capacidad de aprendizaje. Grado de cultura. Orientación psíquica en cuanto a: tiempo, lugar, ambiente, espacio objetivo, persona (somática), identidad subjetiva. Conciencia del estado morboso. Trastornos de la percepción (describir): automatismos mentales: verbal-auditivo, verbo-motor, abstracto, de otro tipo; alucinaciones: tipo, modalidad, esfera sensorial; ilusiones; falso reconocimiento; extrañeza; hay fenómenos eidéticos. Atención espontánea, provocada. Evocaciones. Asociaciones de ideas. Curso de pensamiento: rápido, lento, nervioso, incoherente, desconectado, confuso. Elaboración intrínseca: lógica, falsificada, fabulatoria. Concepciones delirantes: imprecisas, coherentes, absurdas, sistematizadas, restringidas. Expresión: gráfica, en cuanto a apariencia y contenido verbal, mimetismo. Actividad explícita: adecuada, dispersiva, inconstante. Iniciativa, no entorno actual.

Consideramos que un Examen Psíquico bien construido es como la presentación de la obra de arte de un psiquiatra. Un examen psicológico bien realizado permite que otro examinador, al leerlo, se forme

²³ A posteriori explicaremos mejor qué es el Síndrome de Automatismo Mental de Clérambault.

una imagen precisa de cómo se presentaba el paciente examinado en el momento de esa entrevista y, por tanto, es fundamental en la evaluación de la evolución del cuadro psiquiátrico. Hay incluso un aspecto estético en la construcción del estilo propio de cada clínico, que, sin embargo, debe tener la máxima objetividad posible en la descripción de los síntomas.

2. Descripción de la apariencia personal

El primer ítem del Examen Psíquico incluye Apariencia Personal. Es decir, el examen psíquico debe comenzar con una descripción de la apariencia del examinado en esa situación de entrevista.

La importancia de describir la apariencia del examinado puede adquirir mayor o menor significado dependiendo de cómo se presente. Por supuesto, puede que no refleje casi ningún significado psicopatológico, pero incluso en estos casos puede indicar algo relacionado con la dinámica psicológica individual. De lo contrario, veamos: el sujeto puede presentarse desordenado y con su higiene precaria, por ejemplo. Las posibles razones de esto pueden ser muchas, de ahí la necesaria observación sistemática y la apreciación de cada aspecto considerado en su contexto y no como un elemento aislado. Un sujeto que presenta un cuadro depresivo grave puede no estar motivado para cuidarse lo más mínimo, pudiendo por tanto no asearse adecuadamente y también descuidar su ropa. Un paciente esquizofrénico ya con embotamiento afectivo también puede presentar las mismas características en cuanto a su apariencia, pero las razones son ligeramente diferentes. Si bien en los dos casos mencionados el descuido en el cuidado personal se deriva de la falta de motivación afectiva (de interés), en un caso esto se relaciona con una polarización del estado de ánimo hacia la depresión, condición generalmente reversible, mientras que, en el otro, la falta de interés y motivación proviene de la profunda desorganización y torpeza de los afectos. Sin embargo, el mismo descuido en la apariencia y la higiene puede tener una causa social. Por ejemplo, se encuentra en una persona sin hogar que no presenta ninguna condición psicopatológica, pero que, por no tener techo ni ropa, se ve casi “obligado” a dejar de bañarse o cambiarse de ropa.

El significado de estos aspectos mencionados también puede resultar de otros factores, relacionados con cuestiones socioculturales. Nos vestimos según estándares culturales que pueden ser más o menos variados. El tema de la higiene también cumple con estos criterios. Para ello, basta mencionar que, por ejemplo, entre muchos franceses, la costumbre sudamericana de bañarse todos los días puede parecer extraña; mientras que, para un brasileño, ciertos franceses pueden parecer “sucios” y descuidados con su higiene.

Otro aspecto importante por considerar en la apariencia es que, incluso dentro de la misma cultura (por ejemplo, si estamos considerando un individuo de la cultura occidental brasileña, un sujeto urbano) puede mostrarse vistiendo ropa diferente y en diversos grados de alineación. Estos aspectos pueden indicar características personales ligadas al

carácter o a la personalidad, por ejemplo. Un sujeto muy metódico, sistemático, o que presente TOC, puede mostrarse con ropa excesivamente limpia y muy alineada. Sin embargo, estos aspectos solo pueden adquirir algún significado psicológico si se consideran en contexto con otros aspectos observados en su comportamiento.

Otras posibilidades donde la descripción de la apariencia personal puede adquirir un significado importante en el contexto del Examen Psíquico podría ser, por ejemplo, cuando un sujeto se presenta vistiendo ropas muy diferentes, extrañas, en relación con su entorno cultural y socioeconómico. Esto podría indicar un sujeto excéntrico (esquizotípico); un sujeto con una actitud intensamente opositora a lo convencional, como suele ocurrir con algunos adolescentes que se identifican con determinadas “tribus urbanas” o incluso se dan; en un paciente esquizofrénico delirante donde ciertas prendas pueden adquirir un significado simbólico idiosincrático relacionado con sus concepciones delirantes. Además, estas situaciones pueden no ser mutuamente excluyentes. De esta forma, podemos ver que la descripción de la apariencia personal puede ser un elemento significativo en un Examen Psíquico, siempre que se realice de forma contextualizada.

3. Actitud subjetiva del examinado

El segundo ítem mencionado en el guion del Examen Psíquico es la Actitud Subjetiva. Es conveniente que comentemos un poco el concepto de Actitud. Este concepto es amplio. En Psicología Social, el concepto de actitud se puede resumir así:

- 1) una organización duradera de creencias y cogniciones en general,
- 2) una carga afectiva a favor o en contra,
- 3) una predisposición a la acción,
- 4) una dirección hacia un objeto social.

Sin embargo, cuando hablamos de actitud subjetiva en el Examen Psíquico, no nos referimos a este tipo de actitud dirigida específicamente hacia un objeto, aunque estas definiciones anteriores pueden ayudarnos a comprender su significado.

La actitud que describimos en el examen psíquico es una actitud más general, no dirigida específicamente a un objeto en particular. Y así, cuando hablamos de actitud, como se desprende de las 4 definiciones anteriores, siempre existirá una cierta polarización de afectos que predispone a una acción. Esta acción puede no llevarse a cabo, pero durante el contacto interpersonal el entrevistador capta una tendencia afectiva que será descrita como una actitud. Esta actitud puede manifestarse en relación con él, el entrevistador, o ser más específica, relacionada, por ejemplo, con un familiar, con la enfermería (si el paciente está hospitalizado).

En el guion de Examen Subjetivo propuesto anteriormente, el Prof. Aníbal Silveira ejemplifica la actitud subjetiva con tres ejemplos: franco, retraído, reticente.

Una actitud franca es la del individuo que, durante la entrevista, se sitúa de manera directa, abierta, de modo que el examinador comprenda fácilmente sus sentimientos, pensamientos o predisposiciones. El sujeto franco habla directamente de lo que siente o piensa. Contrariamente a esta actitud está la actitud retraída. En este caso, el contacto interpersonal con el examinador no fluye con naturalidad. El sujeto entrevistado es reservado y muestra dificultad para hablar de sus sentimientos o actitudes, o incluso de sus síntomas o de su motivación para buscar ayuda psiquiátrica. Sin embargo, no es que el sujeto oculte algo, sino que simplemente es más reservado, más tímido, siente vergüenza de exponerse, o prefiere ser más modesto en relación con su intimidad (como en el caso de sujetos tímidos o refinados). En el guion también se menciona una actitud reticente. En este caso, el examinador se da cuenta de que el examinado omite y oculta algún aspecto de sí mismo durante el proceso de entrevista. Es, en general, desconfiado y utiliza subterfugios durante la entrevista para no mostrarse, desviando el curso de la conversación de ciertos temas específicos, mostrándose ansioso o más silencioso o incluso hostil ante la posible insistencia del entrevistador. Esta es una actitud muy común cuando el entrevistado tiene delirios de base afectiva, generalmente de persecución o celos, delirios bien estructurados y sistematizados, cuando las funciones intelectuales están preservadas. En estas situaciones, aunque el sujeto entrevistado esté convencido de sus creencias delirantes, se da cuenta de que el otro no le entenderá o las considerará extrañas y, por tanto, trata de evitar hablar de ellas por miedo al juicio de los demás o, por desconfianza directa en relación con ellos hacia el entrevistador. La actitud reticente, sin embargo, no aparece sólo en situaciones psicopatológicas. Puede aparecer como una característica en ciertas situaciones psicológicamente comprensibles. Por ejemplo, un sujeto que ha cometido un delito y está siendo interrogado por los investigadores seguramente, al menos al principio, si no quiere ser descubierto, asumirá una actitud de reticencia. Una persona que ha cometido algo que no quiere que el otro sepa, también puede asumir esta actitud si la persona con la que está hablando comienza a indagar sobre ese tema en particular²⁴.

También hay dos actitudes que es importante describir porque pueden asumir no solo un significado psicológico, sino también psicopatológico. Este es el caso del negativismo y la prokinesia. Para comprender estas dos actitudes, cuyo término reservamos sólo para condiciones psicopatológicas específicas, es interesante que presentemos sus equivalentes normales.

Si observamos grupos de personas interactuando, podemos ver que, en ciertos grupos, puede haber personas que tienden a reaccionar frecuentemente de manera similar cuando se les pide hacer algún favor al grupo o a una persona en la relación interpersonal. Hay personas que, cuando se les pide que hagan algo, tienen una tendencia predominante

²⁴ Un ejemplo de esta actitud puede verse, por ejemplo, en la actitud de Rodion Raskolnikov, después de haber cometido su crimen, en la novela Crimen y castigo de Dostoievski. Aunque también él presente un posible estado de Confusión Mental.

a responder rápidamente de forma afirmativa, mientras que hay personas que reaccionan exactamente de forma contraria. Por ejemplo, si observamos siempre a un determinado grupo, cuando alguien solicita algo, suele ser la misma persona la que responde rápidamente a la solicitud. Recuerdo a un conocido que era bombero. Siempre que alguien hablaba de alguna dificultad o de la necesidad de algún trabajo, este hombre siempre se proponía realizar la tarea antes que los demás. Era como si tuviera tendencia a responder siempre afirmativamente a la acción. Sin embargo, a un observador atento, no le pasará desapercibido que hay personas que tienen exactamente la tendencia opuesta. Es decir, son “en contra”, tercos y, en general, siempre dispuestos a reaccionar negativamente. Estamos, en estos casos descritos, tratando de destacar dos tendencias afectivo-conativas opuestas: la terquedad o actitud de oposición y la tendencia afirmativa o incluso una cierta sugestionabilidad.

Psicopatológicamente, existen dos síntomas relacionados con condiciones catatónicas que reflejan de manera profundamente anormal estas dos tendencias: el negativismo, donde la actitud de rechazo del contacto interpersonal, de la acción, obedece a una patogenia instintiva que se refleja en las funciones conativas, inhibiendo y bloqueando la acción. Es una actitud que va acompañada de un sentimiento profundamente disfórico de repudio al contacto. Hay, en el polo opuesto, una actitud de prokinesis, es decir, una situación en la que el sujeto pierde por completo su autonomía, pasando a responder casi automáticamente a los estímulos del entorno ya las demandas interpersonales. En este caso, el sujeto se convierte casi en “un autómatas” que repite los gestos (ecopraxia) y las palabras de los demás (ecolalia). Estas dos situaciones, si bien pueden tener cierta analogía con las actitudes obstinadas y sugestivas propias de las personas normales, son profundamente patológicas, reflejando trastornos instintivos y conativos. Por lo tanto, reservamos los términos negativismo y prokinesia para estas dos actitudes. Estos son los dos trastornos de actitud específicos. También hay otros tipos de actitudes que se pueden capturar durante el examen. Un ejemplo de esto es la actitud de dominio, que puede ser más o menos imponente. Cuando estamos entrevistando, por ejemplo, a un psicópata explosivo, es muy frecuente que, aunque no esté irritado, nos sintamos algo invadidos y oprimidos por la actitud dominante del entrevistado. Esta actitud reflejaría la tónica del carácter del examinado (en este caso, explosivo). También podemos observar una actitud exhibicionista, coqueta o seductora. Es importante entenderlos y describirlos.

4. Estado de ánimo predominante (Humor)

El tercer elemento considerado en el guion presentado es el estado de ánimo o estado de ánimo predominante. No es fácil describir bien lo que es el Humor. Quizá la mejor definición sea que el humor o estado de ánimo es el resultado que se puede observar (y que el sujeto siente) de la integración de todas sus tendencias afectivas (incluido el nivel de individualidad y sociabilidad según la teoría de la personalidad

adoptada). Discutiremos el estado de ánimo y sus trastornos con más detalle en el próximo volumen, donde abordaremos los trastornos del estado de ánimo y los sentimientos corporales. En este punto, nos basta explicar lo descrito en este ítem del examen psíquico, de manera muy sucinta. El estado de ánimo (o humor) puede definirse como el tono afectivo general del individuo, el estado emocional basal y difuso en el que se encuentra en un momento dado. Es la disposición afectiva de fondo que impregna toda experiencia psíquica. El estado de ánimo es un estado de duración relativamente estable y prolongada relacionado con esta tonalidad afectiva basal del individuo, que, como ya hemos dicho, refleja el conjunto de impulsos, sentimientos y que tiene componentes somáticos y psíquicos que se encuentran indisolublemente unidos, proporcionando un especial color a la vida psíquica momentánea.

El humor puede inferirse durante la entrevista con el individuo a través de su comportamiento, su actitud, el contenido de sus ideas, su expresión mímica, la velocidad de su trabajo mental, que producen un resultado conjunto difuso. Brevemente, podemos clasificar el estado de ánimo en: depresivo, exaltado y disfórico.

El estado de ánimo depresivo se caracteriza por una disminución global del tono afectivo, que tiene cierta similitud con el sentimiento de tristeza, aunque es una alteración mucho más grave y refleja un cierto vaciamiento de los afectos en general.

La exaltación del estado de ánimo se caracteriza por una elevación global del tono afectivo y tiene cierta similitud con el sentimiento de alegría, aunque también es una alteración psicopatológica que refleja estimulación con expansividad, aceleración e inquietud.

Finalmente, la disforia refleja un cambio de humor más cualitativo, en el que es inestable y representa una mezcla de sentimientos depresivos e irritables.

¿Qué características del comportamiento observamos para caracterizar el estado de ánimo? Como el estado de ánimo representa el resultado de toda la vida afectiva, lo captamos a través de este contacto general que el paciente establece con el examinador y con el mundo exterior. El individuo revelará una exaltación del estado de ánimo cuando se encuentre expansivo, inquieto y cierta aceleración del trabajo mental. En estas circunstancias afirmamos que hay júbilo, con euforia. En general, cuando el estado de ánimo está exaltado, toda la vida mental se carga con la intensidad del afecto, ya sea el nivel de individualidad o el de sociabilidad. De esta forma, el sujeto se muestra expansivo, establece un contacto interpersonal fácil, aunque superficial, está inquieto y su pensamiento se acelera, pudiendo presentar contenidos compatibles con este estado de ánimo, es decir, ideas de poder, alegría, bienestar y ocasionalmente, incluso delirios de grandeza o fabulaciones. Sin embargo, existen condiciones psicopatológicas donde estos tres aspectos de la personalidad se encuentran disociados. Así, puede haber euforia con inhibición motora, en casos atípicos de psicosis afectiva como en el estupor maniaco, o incluso, expansión del estado de ánimo con bloqueo del pensamiento en la manía improductiva. Pero sólo mencionamos estos cuadros con la intención de instruir la observación del examen subjetivo,

ya que estos cuadros serán tratados en otro volumen de este libro dedicado a la Psicopatología Especial.

El estado de ánimo depresivo también puede evidenciarse por la expresión mímica de tristeza o vacío afectivo. Puede estar presente lo que los autores llamaron los Pliegues de Ferragutti: un rostro inexpresivo con la frente arrugada y la cabeza caída. En general, en los casos de estado de ánimo depresivo, también se produce una disminución del movimiento en general, excepto en los casos de depresión-ansiedad, en los que el sujeto puede estar inquieto. El pensamiento se frena y se distrae con ideas hipocondríacas, de ruina, de culpa o de destrucción, todo convergente con el estado mental. O puede haber un bloqueo total de la actividad y el pensamiento como en el estupor depresivo, cuando la depresión es tan grave que se pierde el contacto con el entorno externo. En situaciones en las que se produce depresión, al contrario de situaciones en las que hay euforia, pueden producirse alucinaciones. Esto se debe a que, en la depresión, hay mayor subjetivismo con retracción del contacto con el entorno.

La disforia se puede percibir por la irritabilidad asociada al estado de ánimo inestable y depresivo. Hay una cierta “acidez” en el contacto interpersonal. El contacto disfórico también puede estar presente cuando hay otros síntomas, por ejemplo, persecución o alucinaciones con contenido desagradable, solo por ejemplificar. En este caso, la disforia es secundaria a estos otros síntomas, al fin y al cabo, si un paciente se siente perseguido o escucha “voces” (alucinados) que lo ofenden, es comprensible que se vuelva “malhumorado”.

5. Tipo de contacto interpersonal establecido durante la entrevista

El cuarto elemento enumerado en el guion del Examen Psíquico es la descripción del Contacto Interpersonal. En este punto, la clave es describir cómo el examinado establece contacto interpersonal con el examinador y también cómo lo hace con los demás, ya sea con sus familiares, con su grupo social o, si está hospitalizado, con otros pacientes y personal del servicio. La aprehensión de este aspecto ocurre a lo largo de la entrevista y esto puede variar durante la fase de entrevista. Lo más fundamental no es sólo describir lo ocurrido sino tratar de interpretar y comprender las motivaciones de las actitudes percibidas. Silveira, en su guion, menciona que el entrevistado puede ser afable, hostil o indiferente. Podríamos añadir otros adjetivos para caracterizar lo que se observa. Esta descripción del comportamiento del sujeto en el contacto interpersonal es muy importante porque, bien contextualizado, puede reflejar síntomas psicopatológicos que deben ser descritos y correlacionados.

En una entrevista médica se supone que, si el entrevistado busca ayuda espontáneamente porque tiene algún padecimiento para el cual busca alivio, presentará un comportamiento amable, tratando de brindar la información solicitada, por lo tanto, cooperando con la entrevista y su actitud. puede variar de franco hacia retraído, pero no reticente. En caso de que no se reconozca enfermo y haya sido llevado a

la consulta de forma involuntaria, puede mostrarse hostil, reticente o franco, y poco colaborador. Incluso si su enfermedad le ha causado un deterioro afectivo, llevándolo a un cierto embotamiento afectivo, como ocurre en ciertos estados esquizofrénicos o en la demencia, puede ser indiferente al contacto interpersonal. Estas son solo posibilidades para ejemplificar que en la descripción del contacto interpersonal siempre es importante, al igual que en los ítems presentados anteriormente, contextualizar lo observado y descrito.

6. Descripción del comportamiento en la situación de examen

El siguiente elemento considerado en el guion proporcionado es la descripción del comportamiento del sujeto. Silveira menciona ejemplos: dócil, cooperativo, rebelde, agresivo. La pregunta es similar al ítem anterior, siempre describa en contexto, es decir, si un paciente es rebelde y poco colaborador en la entrevista, no basta con mencionarlo, sino que debemos entender el porqué de este comportamiento e interpretarlo. La descripción de la conducta también puede indicar características de la personalidad del sujeto además de trastornos psicopatológicos. Hay personas que son más dóciles y otras que son incisivas y agresivas en su comportamiento habitual. Por supuesto, una descripción del comportamiento puede tener en cuenta muchos otros aspectos, en este caso nos referimos más a su actividad explícita. A nuestro juicio, existe un comportamiento subjetivo, que también puede evidenciarse, como hemos descrito anteriormente, por ejemplo, a través de las actitudes. Además, los aspectos culturales también deben ser considerados. Como ejemplo, podemos citar la actitud retraída y desconfiada que no es infrecuente en el “caipira” de São Paulo²⁵ o la actitud más agresiva y directa que se encuentra en algunos sertanejos del noreste de Brasil (“arretado”), solo para ejemplificar la importancia de saber también características culturales que pueden ser observadas y, luego, malinterpretadas por examinadores que no tienen la necesaria flexibilidad y conocimiento de la Cultura del entorno social en el que se encuentran trabajando.

7. Estado de conciencia o vigilia

El siguiente ítem considerado en el guion es el Estado de Conciencia o Vigilia. Esta etapa del examen psíquico se analiza como el segundo ítem relacionado específicamente con los procesos mentales, después del humor, por ser un proceso global fundamental para la actividad psíquica. La actividad psíquica no puede considerarse normal

²⁵ El término “caipira” es un término utilizado para referirse al habitante de las regiones del interior del estado de São Paulo, en Brasil. Son campesinos, generalmente mestizos de blancos e indios, que se expresan de manera característica con acentos que recuerdan ciertas características de la lengua guaraní, antiguamente hablada en la mayor parte de este estado brasileño, pero hoy completamente reemplazada por el portugués. El origen del término proviene de ka'apir o kaa-pira, que significa "desbrozador"; ka'a pora, "habitante del monte", de la combinación de caa (arbusto) y pora (pueblo), términos del idioma guaraní.

sin un tono suficiente. La vigilia es una condición fundamental para la actividad psíquica organizada.

Basado en la división entre los reinos vegetal y animal, una de las características distintivas del reino animal en relación con el reino vegetal es la presencia de vida de relación, además de la vida vegetativa. En los animales, hay una alternancia entre el sueño y la vigilia, entre el período en que predomina la vida vegetativa (durante el sueño) y aquel en el que predomina la vida de relación (durante la vigilia). El proceso de regulación sueño/vigilia es complejo y está relacionado con la Formación Reticular Ascendente. El tema será objeto de un capítulo específico del prójimo volumen: VII – Sueño y Vigilia. Hipnosis. La conciencia y sus trastornos. Es en esta etapa del examen psíquico describimos los cambios en estos procesos.

Podemos considerar cambios cuantitativos ligados al proceso de vigilia: vigilia, somnolencia, letargo, sopor y coma. Son trastornos que se encuentran en el límite entre la neurología y la psiquiatría, es decir, estos trastornos son estudiados por ambas especialidades. Pero también hay alteraciones cualitativas del proceso: confusión mental agitada y estuporosa (amencia), delirio onírico, delirio, estados crepusculares, estados segundos. Disociaciones histéricas, que raramente, aunque posibles, pueden llegar a la manifestación de múltiples personalidades. También existen estados alterados de conciencia, algunos pertenecientes a la Psicología Anormal y no a la Psicopatología: trance mediúmnico, estados anormales de ira y pánico, pasiones, éxtasis, así como otros trastornos del sueño que no necesariamente son patológicos como sonambulismo, somniloquias, bruxismo, alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas; más allá del estado de hipnosis.

Estos fenómenos serán estudiados con más detalle *a posteriori*, en un capítulo específico de otro próximo volumen, pero aquí vale la pena mencionar cómo podemos identificar, a través del comportamiento, situaciones en las que la vigilia se ve comprometida. Es claro que este tipo de trastorno no solo se diagnostica en base a la conducta, o, mejor dicho, será a través de la conducta, sino a través de una observación sistemática y minuciosa, ya que muchos trastornos provocan conductas similares y será en esta observación sistemática que se permitirá diferenciarlos. El aspecto central de los cambios en la vigilia es que el contacto del examinado con la realidad se verá necesariamente comprometido. La diferencia entre las distintas alteraciones de la vigilia estará relacionada con el grado en que se produzca este deterioro y las principales características de los trastornos que se produzcan. Por ejemplo, cuando ocurre una simple confusión mental, la vigilia fluctúa. La vigilia siempre se verá comprometida, sin embargo, hay momentos en los que el grado de daño será mayor y otros en los que será menor. Esta oscilación, que se da incluso en la vida psíquica normal, se manifestará a un nivel mucho más acentuado. Como afirma Comte, las alteraciones psíquicas reflejan siempre niveles de alteraciones cuantitativas de las diferentes funciones psíquicas, lo que las hace parecer alteraciones cualitativas es la reorganización de la vida psíquica en su conjunto, que aun en un intento de retomar la adaptación, puede generar alteraciones

cualitativamente aparentemente diferentes. De lo contrario, vamos a ver. Un sujeto confuso no está contactando adecuadamente con el medio externo, por lo que su trabajo mental estará muy desorganizado, superpondrá imágenes mentales subjetivas, producto de la agitación psíquica, a la realidad, no pudiendo distinguir los datos del medio en un grado adecuado, se producirá una desorientación, y a menudo, esta desorientación es bastante evidente en el entorno mismo. Esta será una de las pistas más importantes para evaluar la confusión mental. Generalmente, en situaciones de confusión, de cualquier tipo, la actividad a veces se libera y se desorganiza, a veces se bloquea y se deja de lado. Así, además de la desorientación, el sujeto puede estar agitado y con un comportamiento desorganizado o inmóvil, sin actitud, con mirada perpleja, en cuyo caso llamamos estupor. La vida mental subjetiva puede estar muy excitada con muchas alucinaciones, asemejándose a un sueño, de ahí el nombre de este síntoma como onirismo. El sujeto puede estar aterrorizado por las imágenes oníricas y exhibir un comportamiento agitado, desorganizado y agresivo, o tendrá una expresión de terror, pero paralizado, en pánico.

Vale la pena mencionar en este punto de la explicación los comportamientos psicológicos anormales denominados pánico e ira, de los cuales se hablará en su momento. Pero el pánico representa una sideración de la actividad con bloqueo debido al miedo extremo, mientras que la ira representa una intensa liberación de agresión debido a algo que representa una amenaza para la supervivencia. Así, a partir de esta breve descripción de su patogenia, se puede imaginar cómo se presentarán ante la observación: un bloqueo momentáneo de actividad y contacto con la realidad (pánico) desencadenado por una situación que desencadena una reacción extrema de miedo y; un comportamiento extremadamente agitado y agresivo, con gran destructividad (ira) sin que el sujeto sea claramente consciente de cómo está actuando, sólo recuperando la conciencia, una vez cesado el episodio. Generalmente, el recuerdo del comportamiento del individuo será fragmentado e incompleto.

También hay situaciones en las que podemos hablar de hipervigilancia con lo que los autores denominan hiperprosexia. Esta hipervigilancia casi siempre está relacionada con una actitud de desconfianza o una situación en la que el sujeto se siente amenazado, ya sea por una amenaza real o subjetiva (como en un delirio persecutorio). Así, la atención muy centrada en el entorno tiene como objetivo buscar señales de posibles peligros.

8. Evaluación del grado de cultura y nivel mental (incluyendo, en su caso, la observación de un potencial intelectual que implique capacidad de aprendizaje)

El octavo elemento del guion de Silveira es la evaluación del nivel mental. En este ítem evaluamos el grado de capacidad mental, especialmente la capacidad intelectual. Generalmente, este aspecto del trabajo mental es evaluado por psicólogos a través de pruebas

psicológicas que se traducen en C.I. (Cociente de inteligencia). Sin embargo, sin lograr la precisión que logran las baterías de pruebas evidentemente, la capacidad o nivel mental puede evaluarse crudamente a través de la entrevista detenida y algunas pruebas sencillas que permiten verificar el grado de abstracción. Además, el comportamiento también permite formular una hipótesis respecto a este aspecto.

Las alteraciones cuantitativas están relacionadas con el nivel mental que pueden reflejar: insuficiencia mental general, retraso mental leve, moderado y profundo. En la insuficiencia mental general, el individuo tiene sólo una limitada capacidad intelectual de abstracción, a veces con deficiencia únicamente de la autocrítica (déficit de autocrítica o “Idiotas de Salón” como lo llamó Honorio Delgado); retraso mental leve que permite el desarrollo relativo de las actividades escolares hasta el nivel medio y una relativa capacidad de autonomía a través del desempeño de actividades profesionales menos complejas; retraso mental moderado, situación en la que la capacidad de abstracción ya está mucho más comprometida y el sujeto permanece bastante concreto en sus concepciones. Tiene la capacidad de “entrenar” en actividades manuales simples. Retraso mental severo, donde hay incluso deterioro del lenguaje. Estas alteraciones pueden resultar de diversas etiopatogenias, las cuales no pueden ser evaluadas a través del simple examen psicológico. Además, también existe la posibilidad de un retraso mental más específico que involucre principalmente la madurez emocional, sin déficit (como en el puerilismo). Si quedan dudas sobre el nivel mental del examinado después de la entrevista, el examinador puede recurrir a algunos recursos, aunque esto a menudo quita algo de espontaneidad a la entrevista psiquiátrica. Después de todo, puede ser vergonzoso para algunas personas someterse directamente a pruebas de inteligencia. En estas pequeñas pruebas tratamos de comprobar la capacidad del examinado para interpretar cuentos, textos, frases, su capacidad para construir oraciones, etc., pero en general, con una buena entrevista, y sin perder su espontaneidad, la mayoría de las veces es posible evaluar, al menos en términos generales, el nivel mental. En caso de dudas, el examinador podrá acudir al psicólogo solicitando su evaluación mediante pruebas específicas psicométricas. Del mismo modo, el examinador, cuando existan dudas sobre funciones nerviosas más ligadas a las funciones de conexión, a la motricidad, podrá acudir a la valoración del Neurólogo.

En los ítems siguientes describimos la capacidad de aprendizaje y el grado de cultura, ítems importantes del examen porque interfieren en las demás funciones evaluadas. El grado de cultura ciertamente interferirá con el contenido de las concepciones, ya sean reales o delirantes. Por otro lado, la capacidad de aprendizaje es una función compleja resultante de numerosas condiciones: nivel intelectual, grado de deterioro de la actividad psíquica, características de personalidad. Sin embargo, es un ítem importante ya que se relaciona con el pronóstico de determinadas conductas, aunque no siempre fáciles de caracterizar. En este caso, al tratarse de una evaluación muy

específica, como la Psicopedagogía, el examinador podrá, cuando esté indicado, solicitar la evaluación del especialista.

9. Evaluación de la orientación psíquica: tiempo, lugar, ambiente, espacio objetivo, persona (somática) e identidad subjetiva

A continuación, se describe la Orientación Psíquica. La orientación psíquica involucra innumerables grados y niveles: orientación en tiempo, lugar, ambiente, espacio objetivo, a la persona (somática) ya la identidad subjetiva. Cada uno de estos niveles implican funciones distintas y procesos más o menos complejos. Por lo tanto, no podemos hablar genéricamente de orientación psíquica. Es fundamental describir la orientación en sus diferentes aspectos y comprender por qué y cuánto se compromete cada uno de estos aspectos, ya que de ahí tendremos datos para evaluar la patogenia del cuadro presentado. Generalmente, la desorientación está relacionada con la alteración de la vigilia, pero el tema es mucho más complejo.

Describamos esta etapa del examen psíquico con un poco más de detalle.

En primer lugar, la alteración de la orientación que revela la mayor gravedad del proceso psicopatológico es la desorientación en el espacio objetivo. Esta forma de desorientación ocurre en casos severos de demencia o en confusión mental muy severa. Esto se debe a que para que haya desorientación en el espacio objetivo, debe comprometerse el órgano mismo de la observación concreta, ya que esta forma de orientación se da inmediatamente, a través del contacto directo e inmediato con la realidad a través de los órganos de los sentidos. Este es el caso de los pacientes que, estando en una habitación, por ejemplo, intentan salir por la puerta de un armario o, peor aún, por una ventana. La mera descripción del trastorno permite comprobar cuán comprometido está el contacto con la realidad en este síntoma. Incluso hay autores que no hablan de desorientación en el espacio objetivo, sino simplemente de agnosia y demencia. El síntoma, sin embargo, aunque más raramente, puede aparecer en estados confusionales reversibles o en casos de varias agnosias. Los padecimientos con distintas formas de agnosia, afasia y apraxia son también objeto de estudio de una subespecialidad, la Neuropsicología.

En segundo lugar, un síntoma relacionado con la orientación que sugiere un mayor deterioro del contacto con la realidad, posiblemente de tipo confusional, es la desorientación en el ambiente (entorno). Ahora bien, para orientarnos con respecto al medio ambiente, basta con estar atentos. Por ejemplo, si estamos durmiendo y nos despertamos de repente en un entorno desconocido, lo primero que hacemos es tener un reflejo de alerta e intentar orientarnos e identificar el entorno en el que nos encontramos. Puede que no sepamos cuál es el lugar, pero sabremos si es una casa, un hospital, una escuela, una fábrica, u otros tipos de entorno. De esta forma, la orientación en el entorno es lo primero que se busca después de ser consciente. Entonces, cuando nos encontramos con un paciente desorientado en el ambiente, lo mínimo que puede estar

pasando es que esté confundido, con su vigilancia comprometida, o bien, que esté presentando alguna condición más grave como una demencia.

La orientación en el lugar depende ya de la información que tal vez no tengamos. Por ejemplo, si nos quedamos dormidos y somos transportados inconscientemente a otro lugar, al despertar, si no conocemos el lugar respectivo, no tenemos forma de saber dónde estamos, aunque estemos lúcidos. Esta forma de desorientación puede ocurrir debido a diferentes dinanismos. Implica una observación concreta, pero depende de la información. Un sujeto muy absorto en sus propias fantasías, como ocurre en algunos casos de delirio o en situaciones en las que hay muchas alteraciones sensorio-perceptivas, puede, como consecuencia de una alteración de la atención, no saber momentáneamente dónde se encuentra. Otra posible génesis de la desorientación en el lugar podría ser la falta de interés por depresión severa o embotamiento afectivo. Además, la desorientación puede obedecer a dinanismos delirantes, por ejemplo, un paciente que presenta un cuadro psicótico con interpretaciones delirantes puede simbolizar alguna evidencia observada en el ambiente con un significado idiosincrático que le hará identificar el lugar como un lugar diferente a aquél. que realmente lo es.

La orientación en el tiempo es la que más depende de la observación abstracta y también de la información constante que proporciona el entorno social. Todos hemos tenido la experiencia de estar desorientados en cuanto al día de la semana o incluso al mes cuando estamos de vacaciones y, por tanto, no prestar atención al calendario. Además, un paciente depresivo puede ser tan subjetivo que no será capaz de orientarse en el tiempo transcurrido, que, dicho sea de paso, en casos de depresión severa, parece no fluir. Es evidente que esta consideración también debe ser contextualizada y relativizada. Por supuesto, alguien que está de vacaciones puede equivocarse sobre el día de la semana o el día del mes, pero rara vez sobre el propio mes y nunca sobre el año. Cuando un paciente muestra una desorientación temporal tan marcada como cuando responde que es 1935, ciertamente es mayor la afectación de la actividad psíquica, lo que puede reflejar un completo subjetivismo resultante de un declive o embotamiento afectivo, o incluso más graves afectaciones del trabajo intelectual.

Con estas consideraciones, acabamos de abordar lo que los autores, en general, denominan la evaluación de la orientación alopsíquica, es decir, la orientación del sujeto en relación con el entorno. Pero también debemos describir en el examen psíquico la orientación auto psíquica, o en relación con el yo.

En este tema podemos considerar dos procesos: la orientación hacia la persona (somática) y hacia la identidad subjetiva.

Tenemos un proceso de orientación que implica la integración afectiva del propio cuerpo. Este complejo proceso afectivo es la base del sentimiento que tenemos de que nuestro cuerpo es uno e integrado en sus diversas partes. Pueden existir trastornos que perjudiquen esta integración de base afectiva, distorsionando las concepciones intelectuales sobre la noción y orientación del propio cuerpo. Este es el

caso, por ejemplo, de los estados depresivos hipocondríacos conocidos como Síndrome de Cottard. En estos casos, el proceso afectivo ligado a la integración de estímulos provenientes del cuerpo (impulsos somáticos) se ve perjudicado, comprometiendo lo que Kleist denominó Somatopsique. Según Kleist, la integración de este proceso depende fundamentalmente del giro del Cingulum. En tales casos, el sujeto presentará concepciones delirantes que implican una desorientación respecto al esquema corporal. Puede, por ejemplo, decir que su hígado está podrido, que ya no corre sangre por sus venas, o incluso pensar que ya está muerto. Este tipo de desorientación respecto a la persona somática también puede darse en determinadas formas de esquizofrenia (aquella que Kleist denominó Somatopsicosis progresiva y otros autores denominaron Esquizofrenia kinestopática) o incluso en condiciones cerebrales orgánicas que comprometan regiones cerebrales relacionadas con el proceso de integración somática. La descripción de estos trastornos debe estar siempre contextualizada y relacionada con otros trastornos que puedan estar presentes.

Finalmente, con respecto a la orientación autopsíquica, todavía tenemos que considerar la orientación hacia la identidad subjetiva. Las causas para que se produzca la desorientación en este nivel pueden ser variadas: el desinterés desencadenado por estados depresivos o esquizofrénicos psicóticos puede conducir a una despersonalización con desorientación respecto a la propia identidad. Incluso hay cuadros delirantes donde el sujeto simboliza otra identidad que se confunde con la propia. También en casos de naturaleza histérica o pitiática, puede ocurrir auto desorientación (crises disociativas). Discutiremos estos aspectos más adelante en los capítulos correspondientes.

La desrealización es una ruptura del contacto afectivo con la realidad. El individuo puede percibir lo que ve, oye o recibe a través de los órganos sensoriales, pero no puede vincular esta experiencia con el sentimiento de familiaridad. Es como un estado de "jamais vu" prolongado. Cuando esto ocurre, generalmente, el sujeto, en un intento de explicar esta sensación, puede incluso formular concepciones delirantes, que son secundarias a esta sensación. Puede, por ejemplo, concebir que ha habido una intervención extraterrestre que ha reemplazado a todas las personas con copias similares. Ve a sus familiares, reconoce que son similares, pero no puede sentir familiaridad con ellos. Es un síntoma que suele ir acompañado de perplejidad y cierta ansiedad, predominando la primera. Cabe añadir que no todas las concepciones delirantes similares tienen esta misma patología. Para caracterizar la desrealización, el dinamismo alterado debe ser esta capacidad de conexión afectiva con la propia experiencia, es decir, el sujeto es incapaz de reconocer afectivamente las experiencias actuales y relacionarlas afectivamente con su experiencia anterior, no desde un punto de vista intelectual, pero bajo el prisma afectivo.

La despersonalización y la desrealización son dos polos vinculados al flujo afectivo relacionado con la conexión afectiva con uno mismo, con la propia personalidad, y con la conexión afectiva con el entorno circundante y su familiaridad, respectivamente.

10. Conciencia del estado mórbido

El siguiente ítem está relacionado con la evaluación de la conciencia del estado mórbido. Este ítem es importante porque evalúa no sólo la conciencia global del estado mórbido, sino también la noción de síntoma o no. Esto es importante, por ejemplo, en ciertos síntomas, como para diferenciar el automatismo mental verbal-auditivo de la alucinación auditiva, ya que en el primero, la reticencia u omisión o el acto de encubrir la ocurrencia del síntoma indica una cierta noción de morbilidad del síntoma, mientras que en el segundo caso, el individuo no diferencia el síntoma del estímulo objetivo real, e incluso puede discutir con el entrevistador si este afirma no haber escuchado lo que el paciente escuchó o vio (el objeto alucinado). Esta conciencia de morbilidad también es importante para diferenciar ciertas concepciones delirantes como, por ejemplo, las que resultan de un dinamismo interpretativo (sin conciencia de morbilidad) o las que resultan de un delirio intuitivo de base afectiva (con relativa conciencia de que otros interpretarán el fenómeno como patológico, de ahí la reticencia). Cuando se pierde la noción de morbilidad o síntoma, es señal de que el proceso también ha llegado intrínsecamente a los órganos intelectuales. En casos psicóticos, muy rara vez habrá una noción completa de morbilidad, ya que los síntomas dificultan la evaluación imparcial de lo que está sucediendo con uno mismo. Sin embargo, puede haber una noción de síntoma. Además, la conciencia de la morbilidad también es importante en la aceptación del tratamiento por parte del paciente, que, al no considerarse enfermo, tendrá dificultades para aceptar la terapia propuesta.

11. Trastornos de la atención, percepción y memoria

Y así, ahora, pasaremos a temas que evalúan aspectos más específicos del trabajo mental. El primero de ellos es la descripción de posibles perturbaciones de la percepción sensorial. En este tema del examen psíquico, consideraremos inicialmente los cambios cuantitativos en la percepción: cambios con aumento de velocidad e intensidad, cambios con disminución de velocidad e intensidad, abolición general o parcial (transitoria) y abolición selectiva. Lo cual será discutido en el capítulo específicamente dedicado a esto y; a continuación, describimos las posibles alteraciones cualitativas que solo mencionamos aquí, ya que la complejidad del tema requiere una discusión específica en el capítulo dedicado a ello: el síndrome del automatismo mental sensorial: automatismo verbal-auditivo, kinestésico, mentalismo representativo, alucinaciones (que debemos caracterizar el tipo, la modalidad y ámbito sensorial); ilusiones, falsos reconocimientos; extrañeza y posibles fenómenos eidéticos. Además, también en esta fase del examen psíquico, describimos las otras modalidades del Síndrome de Automatismo Mental de Clérambault²⁶: motor, verbal-motor, abstracto, afectivo, u otros tipos menos frecuentes.

²⁶ Gaëtan Gatian de **Clérambault** fue un psiquiatra francés que vivió entre el 2 de julio de 1872 y el 17 de noviembre de 1935. Fue médico en un pabellón especial para locos

Al describir estos fenómenos, es fundamental que utilicemos las propias palabras del examinado al describir los fenómenos que le ocurren. Describir sus experiencias lo más literalmente posible es muy importante. Luego, en la secuencia, interpretamos los fenómenos, caracterizándolos y clasificándolos de diferentes maneras. No nos detendremos en la discusión de las diferencias entre los diferentes trastornos de la percepción sensorial, ya que lo haremos en su momento. Sin embargo, es fundamental instruir aquí que lo que permite discernirlos es una observación sistemática del comportamiento del examinado (por ejemplo, observar que presenta los soliloquios de forma encubierta - lo que es muy sugestivo de la ocurrencia de un automatismo mental verbal-auditivo), y una discusión franca con el examinado donde guiamos al sujeto a describir estos fenómenos, descripción que permitirá, bien dirigida, distinguir entre los diferentes tipos de trastornos.

En esta fase del examen psíquico, describimos los procesos de Atención que siempre se ven afectados cuando ocurren alteraciones de la percepción sensorial. Así, describimos la atención espontánea y provocada. Evaluamos la capacidad de evocación, si existen alteraciones de la memoria (lapsos mnémicos, fijación postsueño (postonírica), hipermnesia, y otros). Evaluamos asociaciones de ideas y el curso del pensamiento. Este último puede ser rápido, lento, salticante, incoherente, desconectado o confuso. El curso de pensamiento rápido es común en casos de excitación psíquica que, cuando es muy pronunciada, puede conducir al pensamiento salticante e incluso a la “huida de ideas”. En casos de depresión o falta de iniciativa, el curso del pensamiento puede ralentizarse e incluso llegar a bloquearse por completo. El bloqueo del pensamiento también puede deberse a otra patogénesis, como ocurre en ciertas condiciones catatónicas con inhibición motora o en el automatismo mental inhibitorio.

12. Curso de pensamiento y contenido (transcripción literal del pensamiento, si el individuo exterioriza contenido que llama la atención del examinador). Análisis de la presencia de trastornos de la lógica intelectual. Presencia o ausencia de fabulaciones, concepciones delirantes y su análisis.

La presencia de trastornos sensorio-perceptivos y concepciones delirantes puede provocar la ruptura del curso del pensamiento, desvinculándolo. Aquí es importante distinguir el pensamiento desconectado, resultado de la desviación de la atención por la

de la Policía de París. Acuñó el término Automatismo Mental para un síndrome complejo relacionado con trastornos de la percepción sensorial, trastornos motores, abstractos y afectivos para el cual propone una patogenia que aceptamos como la más aceptable. Los autores de fenomenología se refieren a la variante sensorial con la denominación de Pseudoalucinaciones para diferenciarlas de las verdaderas alucinaciones. Estos fenómenos de alteraciones sensoriales son muy frecuentes en los esquizofrénicos, más frecuentes que las verdaderas alucinaciones y se relacionan con uno de los fenómenos que Kurt Schneider considera síntomas primarios de la esquizofrenia, como son: el robo de pensamientos, la imposición de pensamientos, la imposición de gestos y emociones, así como las pseudoalucinaciones auditivas.

interferencia de fenómenos de automatismo mental o concepciones delirantes desorganizadas, de la confusión mental, donde el pensamiento será mucho más desorganizado. En el primer caso, el contacto con la realidad se ve parcialmente comprometido por la interferencia de otros fenómenos psicopatológicos (alteraciones senso-perceptivas o concepciones delirantes) mientras que en el segundo, la desorganización es mucho más amplia porque se producirá o bien una pérdida de contacto con la realidad debido al descenso del nivel de conciencia o esta desorganización proviene de un deterioro intrínseco de las funciones intelectuales de elaboración, en este segundo caso hablamos de pensamiento incoherente (con presencia de alogías o paralogías).

El desorden de las funciones de elaboración puede deberse a alteraciones intrínsecas de los órganos de la meditación inductiva y deductiva o a alteraciones indirectas resultantes del daño al órgano de la constructividad (lo que Kleist llamó pensamiento óptico). En este caso, las imágenes sincréticas contaminan el proceso de elaboración, haciéndolo también incoherente, pero a través de una dinámica diferente que se puede evidenciar a través de pruebas específicas que se presentarán en el capítulo específico donde se discutirán los trastornos de la elaboración intelectual. En un caso, la lógica intelectual misma se perdió (en alogia); en otro, la lógica se ve perjudicada porque tiene que trabajar con imágenes sincréticas, insuficientemente abstractas, que ya se presentan al trabajo mental de manera fusionada (paralogías). La alogía es un desorden intrínseco de la elaboración, que se realiza de forma desordenada, sin tener en cuenta el tiempo, la sucesión, los aspectos pertinentes y secundarios, las relaciones entre los objetos. La noción muy inmediata del entorno (imagen primaria) se altera y el razonamiento se vuelve incoherente debido a que el individuo no percibe adecuadamente las condiciones de la realidad. Este síntoma aparece principalmente en la forma esquizofrénica que Kleist denominó Embotamiento Incoherente, que corresponde aproximadamente a la Esquizofrenia Simple. Pero ningún síntoma es patognomónico de ninguna enfermedad y puede ocurrir en diferentes tipos de psicosis, aunque su aparición revela la patogenia del sistema cerebral involucrado.

En la paralogía, el desorden ocurre en el momento de la articulación de la información para el razonamiento, debido a simplificaciones, desviaciones y transposiciones en la formación de conceptos. El cambio se produce en la observación abstracta (noción genérica de los fenómenos), llevando al sujeto a conclusiones erróneas y desconectadas de la realidad. En su razonamiento, el individuo incluye hechos ocurridos en diferentes momentos, situaciones, personas u objetos. Aunque mantiene una noción concreta de la realidad, utiliza estos datos para llegar a resultados discrepantes. Es apropiado aquí proporcionar algunos ejemplos de estos síntomas muy específicos relacionados con la elaboración. Para ello, optamos por utilizar ejemplos citados por Isaias Melsohn²⁷: Un paciente al que se le muestran unas

²⁷ Isaias Melsohn (1921-2009) fue un gran psiquiatra y psicoanalista brasileño. Antes de dedicarse al psicoanálisis, fue discípulo del Prof. Aníbal Silveira. Hay un libro dedicado a su memoria: Isaias Melsohn, psicoanálisis y vida (setenta años de cuentos

tijeras dice: “es un huevo”, la interpretación de las tijeras como un huevo puede deberse a la forma ovalada de las partes con las que se manejan. Otro paciente, consultado sobre la diferencia entre un pájaro y una mariposa, respondió: “El pájaro es más alto que la mariposa. El símbolo es el agua. El símbolo de las mariposas nocturnas es el búho.” Hay confusión entre conceptos: “superior” en lugar de “pertenece a una especie superior”; “símbolo” en lugar de “ejemplo”; hay desplazamiento y contaminación de conceptos: “mariposa nocturna” y “búho” se refieren a los hábitos nocturnos de esta ave. Estos son claros ejemplos de paralogía. En el caso de las alogias, no es posible establecer una relación coherente entre los conceptos, que se encuentran completamente desorganizados.

Por otra parte, en este punto del examen psíquico conviene describir, si están presentes, las fabulaciones y concepciones delirantes. Pero antes de pasar al siguiente tema, debemos describir brevemente algunas técnicas semiológicas cuando nos encontramos ante un paciente cuya habla se vuelve difícil de entender. Popularmente, podríamos decir que un paciente que presenta un discurso que los demás no entienden o encuentran extraño y desorganizado estaría presentando confusión mental. Sin embargo, en Psicopatología, la confusión mental es un síndrome bien definido. En el próximo capítulo presentaremos una clasificación de los diferentes síndromes psiquiátricos, que facilitará la comprensión de lo que estamos comentando.

Así, cuando un paciente nos presenta un discurso que nos cuesta entender, lo fundamental es que, durante la entrevista, investiguemos qué ocurre desde el punto de vista patogénico con su trabajo mental para que aparezca el resultado de ese discurso, aparentemente incomprensible. Esto podría resultar, por ejemplo, de que su pensamiento es salticante, es decir, la aceleración del curso del pensamiento es de tal magnitud que el individuo es incapaz de completar la exposición de cualquier idea, saltando de una idea a otra como van apareciendo en tu mente, sin poder completar las frases que se mezclan con la rápida sucesión de imágenes subjetivas. En este caso, la atención del paciente también será muy dispersa, pero centrada en el entorno. Podríamos, por ejemplo, notar en su discurso que utiliza muchas imágenes que aprehende durante la entrevista. Por ejemplo, ve el sello del médico en la mesa y ya lo menciona, relacionándolo con otra cosa que ha notado. Entonces, es la observación sistemática la que nos permitirá

paulistas y la formación de un pensamiento renovador en psicoanálisis). Escribió numerosas obras relacionadas con la Psiquiatría Clínica y las concepciones de Karl Kleist. Incluso después de dedicarse principalmente al psicoanálisis, mantuvo sus concepciones, que fueron influenciadas por Aníbal Silveira. Hay un pasaje suyo hablando del inconsciente, que revela concepciones muy similares a las de Silveira: “El concepto de inconsciente es un concepto inadecuado, innecesario. No viene de la clínica. Es una construcción que sólo tiene sentido a partir de ciertas suposiciones. Epistemológicamente, es insostenible considerar que el inconsciente existe ontológicamente en un lugar psicológico, en un lugar dentro de la mente. (pág. 179)”. En nuestra orientación, toda actividad psíquica es no consciente. Solo somos conscientes del resultado de esta actividad a través de la simbolización proporcionada por el lenguaje. Diseñar un “inconsciente” no es más que un recurso para trabajar con reacciones emocionales sincréticas debidas a conflictos emocionales.

distinguir lo que está sucediendo. Podremos, de una manera más incisiva, captar su atención y ayudarlo a organizar mejor su pensamiento. Es fundamental, por ejemplo, distinguir este síntoma de la verdadera confusión mental, para evaluar si el paciente, por ejemplo, se orienta en el entorno. Un paciente con excitación psíquica estará de cara al medio exterior y, si se le interroga debidamente y se le ayuda a organizarse, podrá demostrar que está orientado en el medio. Por otro lado, un paciente con confusión mental, que presenta una vigilia baja, aun cuando esté agitado y acelerado, no estará frente al medio externo y la sucesión de imágenes que se presentan en su discurso, obedecerá a las imágenes fusionadas y desorganizadas que surgen de su mundo externo. Estará más cerca de manifestarse como si estuviera “soñando” (delirio onírico). Este paciente, incluso con la ayuda del entrevistador, difícilmente mostrará orientación. Sin embargo, como en los cuadros confusos, la vigilia puede fluctuar, el paciente puede estar ahora parcialmente orientado y, poco después, sumergirse en su confusión, mostrándose completamente desorientado. En el caso de un examinado que presenta un discurso de difícil comprensión por desintegración mental (disgregación del pensamiento), por ejemplo, la desorganización que presenta resulta de la interferencia de fenómenos de automatismo mental sensorial o incluso alucinaciones. Cuando este fenómeno es muy intenso, la atención del individuo puede dividirse entre el entorno y las imágenes alucinadas. Entonces, su discurso puede ser aparentemente confuso porque a veces estará hablando con el entrevistador, a veces respondiendo a “voces internas”. Sin embargo, una observación sistemática permitirá, por ejemplo, observar que el examinado muchas veces está musitando, con “desviaciones de la mirada”, en los soliloquios, pero si insistimos y llamamos más enérgicamente su atención, logrará, la mayor parte del tiempo, dirigir su atención al entrevistador y responder mejor a las preguntas. Estas son solo algunas de las posibilidades que podemos encontrar. Considero importante ejemplificar para que quede claro que es realizar la entrevista de una manera más activa que permitirá esclarecer mejor los posibles fenómenos psicopatológicos, además de una observación sistemática que valore concomitantemente las sutilezas presentes en el comportamiento del examinado. El entrevistador no puede quedarse simplemente estancado, por ejemplo, en lo que el paciente expresa verbalmente, necesita correlacionar esto con su expresión mímica, con su estado de ánimo, con la presencia de hostilidad, etc. Lo que muchas veces permite diferenciar síndromes aparentemente similares es el conjunto complejo de síntomas y cómo aparecen en el comportamiento general del sujeto.

Ahora, podemos pasar a una breve discusión de los síntomas que llamamos fabulaciones y concepciones delirantes. Ambos síntomas son una producción intelectual que el paciente comunica y que no tiene base en la realidad. El examinado puede, por ejemplo, presentarse diciendo que es el “Rey de España”, o que “es millonario, que tiene inmensas fincas”, o que “nació de la explosión de un sol o de un huevo de oro puesto por un camello”, o incluso decir que “ya está muerto, que no corre sangre por sus venas”, o “que es culpable de todos los pecados

del mundo”, o incluso que “hay es un grupo de bandidos que pretenden matarlo”, o “que su mujer lo engaña”, y muchas otras extrañas ideaciones que no se basan en la realidad, sino que la distorsionan subjetivamente. Está claro que esto sólo consistirá en un síntoma si lo que se nos comunica no es real. Y a veces no es tan simple saberlo.

Cuando el paciente comunica ideas de este tipo, es fundamental que las describamos con las propias palabras del sujeto y, después de investigar, las clasifiquemos en el examen psíquico según su contenido, forma, organización, estructura y en cuanto a su patogenia. Esto es cuando se trata de concepciones delirantes. La diferenciación del fenómeno que llamamos fabulaciones productivas de los delirios no siempre es evidente. Las fabulaciones se diferencian de las verdaderas concepciones delirantes porque no tienen un significado simbólico, representan más bien una producción imaginativa fugaz, que no se sostiene, apareciendo por capricho del momento, o por excitación, o porque hay brechas de memoria y el sujeto llena estos vacíos con esta producción imaginativa o porque su carácter lo lleva a proyectar fantasías sobre la realidad debido a su emotividad o frialdad perversa. Nos reservamos el Capítulo XV del prójimo volumen para discutir con mayor profundidad estos fenómenos y cómo diferenciarlos y clasificarlos.

13. Evaluación de la expresión verbal, mímica y gráfica

Para finalizar los temas de examen psíquico relacionados con el trabajo intelectual, resta abordar la evaluación y descripción de la expresión verbal, mímica y gráfica.

Los cambios relacionados con el lenguaje y la expresión son los más complejos porque involucran las funciones más complejas del trabajo intelectual. Después de todo, el lenguaje es la función más dependiente y la más diferenciada entre las funciones de la inteligencia. Gobierna el pensamiento y aunque no debe confundirse con él, es fundamental para su organización. De hecho, las funciones que más definen a la especie humana son el lenguaje y la capacidad de donar y empatizar, el sentimiento que Comte denominaba “altruismo”.

Expresarse es una tendencia espontánea del ser humano que, a través de ella, busca expresar sus sentimientos, sus concepciones a través del lenguaje, necesidades tanto egoístas como altruistas. El lenguaje es el curso final de los procesos intelectuales. En los adultos, el proceso intelectual siempre va acompañado de un lenguaje interior, a excepción del pensamiento abstracto.

Podemos dividir la función de la expresión para estudiar mejor sus trastornos en tres niveles: expresión mímica, verbal y gráfica.

La expresión mímica es la primera en desarrollarse, estando presente de forma rudimentaria de forma innata ya en el recién nacido, aunque inicialmente, sin quererlo. Se puede dividir en gestos y expresiones faciales. La expresión espontánea que está presente en el niño nunca desaparece por completo en el adulto. Si con la madurez el ser humano aprende a limitar su expresión motriz a segmentos más específicos de su propio cuerpo y enriquece su expresión mímica hasta el

punto de poder simular algo que no está sintiendo en la realidad, ésta siempre conservará en mayor grado de espontaneidad por su conexión más directa con la vida afectivo-emocional. Además, es para observar la congruencia entre lo que se dice y lo que el examinador observa en la expresión mímica, que interpretamos la evidencia para investigar mejor ciertos aspectos específicos de la vida mental del sujeto examinado. Sin embargo, con la madurez psicológica, la expresión es moldeada por la cultura en la que se inserta el individuo. Para ejemplificar esto, basta mencionar las concepciones populares de que los italianos hablan con las manos y los japoneses siempre sonríen, incluso cuando no están contentos.

En el proceso ontogenético, tras el desarrollo del lenguaje verbal, la expresión mímica pasa a un segundo plano frente a su función comunicativa. El lenguaje verbal articulado, mediado por el lenguaje, se convierte en la principal forma de comunicación humana entre los adultos. El mimo, entonces, se convierte en una especie de “pantalla de fondo” de la expresión.

El lenguaje escrito, por otro lado, es una adquisición muy reciente en la historia humana. Y, aún hoy, el individuo sólo adquiere mucho más tarde a través de complejos procesos culturales, en nuestra cultura, ligados a las actividades escolares. Hoy, sin embargo, los niños han logrado la comunicación abstracta a una edad más temprana, probablemente debido a los estímulos de las nuevas tecnologías como el telemóvil, la internet y el uso de redes sociales como Facebook, por ejemplo.

En los procesos patológicos, las funciones más dependientes y complejas son también las que primero se ven comprometidas y, cuando el deterioro alcanza las funciones más básicas y espontáneas, es también un indicio de la gravedad del proceso.

Como pretendemos discutir estos trastornos con más detalle en el capítulo dedicado a los trastornos de la comunicación (capítulo XVI del próximo volumen), en este momento solo enumeraremos las posibles ocurrencias (síntomas y signos relacionados con los trastornos de la comunicación).

A nivel de la mímica, podemos observar una disminución de la expresión mímica (hipomimia), bastante frecuente, por ejemplo, en la enfermedad de Parkinson, que puede llegar incluso a la amimia, hasta trastornos en los que se produce una agudización con incremento (hipermimia) o una desviación de ella (paramimia). Los trastornos del trabajo mental relacionados con estas alteraciones son muy variables ya que, como ya hemos dicho, la expresión es el nivel más dependiente del trabajo mental y, por tanto, reflejará las más diversas alteraciones. Por ejemplo, un sujeto deprimido lo mostrará en su expresión. La descripción de los “pliegues de Ferragutti” en condiciones depresivas severas es clásica. En cuadros esquizofrénicos de larga evolución, con embotamiento emocional severo, también se puede observar un “borrado” progresivo de la expresión mímica, que incluso puede empeorar con el uso de neurolépticos (los fármacos de elección para el tratamiento de la esquizofrenia). Ciertos trastornos del lóbulo frontal también pueden

afectar la expresión mímica intencional, preservando la expresión espontánea.

En cuanto a los gestos, tenemos diferentes y complejas formas de apraxia: ideacional, ideomotora, segmentaria, de acción compleja, constructiva y otras. En estas diferentes formas, se comprometen diferentes regiones del cerebro. El estudio de las apraxias constituye casi una subespecialidad (neuropsicología).

En cuanto a los síntomas relacionados con el lenguaje verbal, tenemos las afasias, también bastante complejas y de varios tipos. También existen otros trastornos funcionales como la tartamudez, la dislalia (con sus diversos subtipos: rotacismo, kapacismo, sigmatismo), diafonía donde los trastornos involucran características ligadas al tono, intensidad o timbre de la voz. Solo para ejemplificar la importancia semiológica de estos síntomas mencionamos la típica voz metálica común en Neurolues.

Existen trastornos funcionales similares a estos neurológicos, por ejemplo: la liberación del lenguaje común en la esquizofasia, síntoma muy similar al que se encuentra en la afasia sensorial de Wernicke. Podemos encontrar “mutismo” o “prolalia”, donde se bloquea o libera el lenguaje verbal.

Las funciones complejas del lenguaje pueden verse comprometidas en aspectos muy específicos, como sucede, por ejemplo, en el agramatismo y el paragramatismo. De ahí la necesidad de una investigación sistemática del trabajo mental cuando aparecen síntomas de este tipo, incluso utilizando métodos complementarios como las pruebas neuropsicológicas.

14. Evaluación de la actividad e iniciativa explícita en el ambiente actual

Finalmente, el último aspecto del trabajo mental que abordamos en nuestro guion de Examen Psíquico es la evaluación de la actividad abierta y la iniciativa en el entorno actual. Estos aspectos los dejamos para el final porque su evaluación no son solo datos inmediatos, sino información que muchas veces necesitamos recabar de las personas que conviven con el examinado o del personal de enfermería en su observación diaria y sistemática del examinado.

Es evidente que a la hora de describir la actividad explícita hay aspectos que ya son evidentes en un primer contacto con el examinado, pero la valoración de la capacidad de iniciativa puede no ser tan fácil y evidente como eso.

Existen trastornos relacionados con la actividad explícita que pueden ser frecuentes en los casos en los que se altera el tono muscular. Estos fenómenos se describen comúnmente en las llamadas condiciones catatónicas, pero también pueden ocurrir en condiciones agudas y no solo en la esquizofrenia catatónica. Algunos estados de confusión pueden ocurrir con la sideración de la actividad, llamados estupor. Este conjunto de síntomas también puede ocurrir en la depresión severa. En el estupor, el contacto del examinado con la realidad está deteriorado y acompañado

de una sideración de actividad con bloqueo y actividad prácticamente nula. En los casos referidos, donde hay cambios en el tono muscular, acompañados de cambios en la actividad, la observación de estos síntomas se hace muy evidente por la propia actitud del examinado.

Así, tenemos acinesia, donde se bloquea toda actividad explícita del examinado. El paciente que presenta este síntoma aparece casi como "una verdadera estatua viviente". Su movimiento espontáneo está bloqueado y su tono parece "obstruido". El sujeto puede presentar lo que los autores denominan generalmente flexibilidad cérea en la que el examinado puede ser moldeado por el examinador, tendiendo a mantener posturas por mucho tiempo. Las funciones defensivas instintivas pueden ser abolidas. Recuerdo un caso terrible de un paciente que fue encontrado en uno de esos grandes hospitales psiquiátricos del pasado, donde la atención de enfermería era precaria y los pacientes muchas veces se quedaban solos. En el caso antes mencionado, la paciente antes mencionada se encontraba acostada en una cama y había un ratón que se alimentaba de su trasero sin que ella mostrara ninguna reacción. El síntoma de la acinesia puede no presentarse en sus formas más severas como las descritas y, en este caso, lo que se observará es una gran falta de iniciativa acompañada no de una abolición de la actividad explícita sino de una gran ralentización. En este caso, llamaremos al síntoma hipocinesia.

En el polo opuesto podemos encontrar la hipercinesia cuyo mejor nombre sería paracinesia porque la inquietud no es una inquietud organizada. Este síntoma es similar al corea neurológico. Hay mucho movimiento, pero estos movimientos son parásitos del movimiento intencional, son movimientos laterales. En general, en estos casos el tono muscular es flácido, con hipotonía.

Entre estos dos síntomas también podemos encontrar movimientos repetitivos, sin propósito, llamados estereotipias. Estos movimientos estereotípicos pueden ir acompañados, ya menudo, de estereotipias verbales y conceptuales. También denominamos movimientos iterativos a los movimientos repetitivos, pero en general, con características de movimientos un poco más anchos, pero que tienen las mismas características, son movimientos parásitos que no tienen finalidad. Generalmente, en situaciones en las que aparecen estereotipias e iteraciones motrices, existe una importante falta de iniciativa concomitante, lo que no es frecuente en las paraquinesias, donde, en general, el paciente se muestra muy inquieto.

Ya hemos descrito, cuando hablamos de actitudes, dos actitudes que implican mucha actividad explícita, a saber, el negativismo y la prokinesia. En el negativismo hay un tono aumentado mientras que en la prokinesia el tono está disminuido. Cuando discutamos estos cambios más específicamente, también hablaremos sobre los sectores del cerebro que probablemente estén involucrados en estos síntomas patológicos.

Finalmente, la valoración de la falta de iniciativa también dependerá de información adicional y aún más sistemática de la observación del comportamiento. La falta de iniciativa puede

manifestarse de manera muy evidente en las catatonias antes mencionadas, pero también en depresiones muy graves. Sin embargo, puede presentarse de forma limitada, ocurriendo únicamente cuando las situaciones requieren la realización de actividades socialmente complejas. En estas situaciones, donde se requiere una actividad continua del sujeto, por ejemplo, en el trabajo del día a día, los individuos con personalidad psicopática asténica son incapaces de mantenerse. La valoración de este tipo de falta de iniciativa, tan selectiva, sin embargo, no se aprehende de forma evidente y dependerá también de la información de las personas que conviven con el examinado.

Así, la falta de iniciativa puede manifestarse de forma muy evidente y grave en estados catatónicos o depresivos y de forma menos evidente y más selectiva cuando se trata de alteraciones relacionadas con el carácter, la personalidad, como es el caso de los asténicos.

Y así, con la descripción resumida de estos últimos aspectos de la iniciativa, cerramos la parte de este capítulo dedicada al examen psíquico. En el texto de este capítulo, hasta ahora, hemos tratado de describir, de manera sucinta y superficial, los diversos síntomas que podemos encontrar en los trastornos psíquicos y, que debemos describir en detalle, justificando con ejemplos y con las palabras del propio paciente, cuando realizamos un examen psíquico, que representa un recorte de un momento determinado de cómo se presenta la actividad psíquica del sujeto examinado.

Tabla n°. 25 - El Examen Psíquico (lista simplificada de pasos necesarios)

- | |
|--|
| 1. Apariencia personal |
| 2. Actitud subjetiva |
| 3. Estado de ánimo predominante |
| 4. Contacto interpersonal |
| 5. Comportamiento |
| 6. Nivel de conciencia |
| 7. Nivel mental |
| 8. Capacidad de aprendizaje |
| 9. Grado de cultura |
| 10. Orientación alopsíquica: tiempo, lugar, ambiente y espacio |
| 11. Orientación auto psíquica: identidad somática y subjetiva |
| 12. Conciencia del estado morboso |
| 13. Trastornos de la percepción sensorial |
| 14. Atención espontánea y provocada |
| 15. Evocaciones |
| 16. Asociaciones de ideas |
| 17. Curso de pensamiento |
| 18. Elaboración intrínseca |
| 19. Concepciones delirantes |
| 20. Expresión gráfica, verbal y mímica |
| 21. Actividad explícita |
| 22. Iniciativa en el entorno actual |

Capítulo VI

Los síndromes psiquiátricos

1. Concepto de síndrome psiquiátrico y crítica del concepto más utilizado

En el tercer capítulo de este volumen abordamos las modalidades diagnósticas en Psiquiatría y, cuando presentamos el diagnóstico sindrómico, afirmamos que es un diagnóstico inicial, lo cual es algo inexacto. Sin embargo, cuando analizamos cómo los distintos autores utilizan este concepto en psiquiatría, encontramos que existen dos conceptos bien diferenciados: uno que denomina “Síndrome Psiquiátrico” a un conjunto de signos que permite evaluar qué esfera psíquica está afectada. Este es un concepto razonable y que adoptamos. Es análogo a lo que llamamos síndrome en Medicina Clínica y Neurología Clínica. Como mencionamos en ese capítulo anterior, Síndrome proviene del griego “andar juntos”, es decir, es un conjunto de signos y síntomas que forman parte del cuadro mental. Pero ¿a través de qué elementos podemos llegar al cuadro mental a partir del síndrome psiquiátrico? A través del método clínico, recogiendo la anamnesis, realizando el examen psíquico, y toda la secuencia del estudio clínico, recurriendo a exámenes complementarios cuando sea necesario. La diferencia entre diagnósticos sindrómicos y nosológicos también se ha abordado anteriormente. El síndrome psiquiátrico es simplemente un elemento para iniciar el razonamiento clínico. Al fin y al cabo, la noción de enfermedad mental es una abstracción, lo que vamos a tratar no es la enfermedad, sino el paciente.

Sin embargo, existe otro concepto de síndrome utilizado por algunos psiquiatras que casi identifican síndrome psiquiátrico con diagnóstico mental. Este punto de vista parece indefendible. Este es el caso de quienes utilizan términos como Síndrome Esquizofrénico. Por lo general, lo hacen cuando no están seguros del diagnóstico. Pero esto es un disparate porque, como dice Aníbal Silveira, en este caso tendríamos esquizofrenias de todo tipo: Paralíticas Generales, drogadictos, Psicosis Reactivas, Demencias y prácticamente todas las manifestaciones psicóticas. En nuestra opinión, por ejemplo, el diagnóstico de Síndrome Maníaco no tiene ningún sentido. Es una forma de no admitir que uno aún no tiene un diagnóstico certero.

2. Clasificación de los Síndromes Psiquiátricos

Considerando el diagnóstico sindrómico de esta manera más precisa como referido a una esfera y dinámismos psíquicos específicamente comprometidos, podemos clasificar los Síndromes Psiquiátricos en diez grupos:

2.1. Síndrome de confusión mental

En el síndrome de confusión mental, la esfera predominantemente comprometida es la Esfera Afectiva y, específicamente, este compromiso se produce en los Procesos de Sueño y Vigilia, que pueden estar comprometidos de diferentes formas según el tipo de condición. El diagnóstico de un síndrome confusional, aunque no incluye necesariamente en este diagnóstico la etiopatogenia de la afección, tiene un indicio muy sugerente de que puede haber una causa orgánica involucrada en el mismo. Es decir, existen síndromes confusionales endógenos, sin embargo, casi siempre las condiciones sintomáticas y orgánicas (psicosis infecciosas, autotóxicas y heterotóxicas) tienden a presentar una coloración confusional. Por ello, ante un paciente con Síndrome Confusional, es fundamental que el psiquiatra investigue una posible causa orgánica (tóxica o infecciosa).

Lo que caracteriza a un síndrome confusional es la profunda desorganización de todo el trabajo mental. Esta desorganización, que se refiere principalmente al trabajo intelectual, se debe, sin embargo, al deterioro de la vigilia, es decir, el tono necesario para todo trabajo mental organizado se perturba con la degradación. Estas funciones están ligadas a un complejo equilibrio que involucra las funciones subcorticales ligadas a la formación reticular. Por lo tanto, el paciente puede estar somnoliento, a veces estupefacto. O bien, esta perturbación se presenta en un sentido de oscilaciones, cuando el paciente tiene períodos de mayor y menor lucidez. Siempre que la vigilia se ve afectada, la atención, la memoria y la conciencia también se verán afectadas. Un paciente confuso no está contactando adecuadamente con la realidad, ya que la falta de estímulo y tono para el trabajo consciente hace que este contacto se pierda por completo o se produzca de forma muy desorganizada.

Todos los procesos mentales cambian, desde la percepción hasta la elaboración y expresión. De esta forma, las imágenes mentales pueden sucederse unas a otras de manera desorganizada y fusionadas sincréticamente. El paciente no es capaz de distinguir las imágenes que le llegan del entorno de las que su mente hace aparecer simultáneamente.

En cualquier estado confusional, las funciones conativas a veces se bloquean, a veces se liberan y, por lo tanto, el paciente a veces está agitado, a veces siderado y bloqueado. Llamamos a esta situación de bloqueo de actividad y estupor de trabajo mental.

Los cuadros confusionales pueden ser de diferente tipo según el mayor o menor deterioro de la vigilia y según el bloqueo o liberación de la actividad.

Silveira clasifica el Síndrome de Confusión Mental en tres grandes grupos:

- 1) La real confusión mental
 - Amencia
 - Confusión mental alucinatoria
- 2) El Delirio Onírico
- 3) El Delirio agudo
 - Hiperquinético
 - Acinético

En el cuadro amencial, la confusión mental es bastante clara, el individuo puede estar bloqueado y confuso, con un cuadro de color estuporoso. En este caso, por lo general, estará en la cama, no estableciendo contactos interpersonales útiles. Presentará una expresión de perplejidad porque no puede orientarse en el entorno. Si conseguimos, con estimulación, que responda a alguna de nuestras preguntas, veremos que está desorientado y que su habla es, en general, incoherente. La vigilia, en casos amenciales, puede sufrir fluctuaciones, volviéndose a veces superficial. Como en el cuadro amencial, el individuo se desconecta del entorno, el fenómeno traduce el estado crepuscular de la conciencia y, por tanto, la liberación del automatismo mental y motor. Cuando desaparece la somnolencia, en estos momentos, el paciente puede estar más orientado e incluso tener un mejor contacto, para luego volver a hundirse en la confusión. Como consecuencia de estas oscilaciones en el nivel de conciencia, cuando hay una remisión del cuadro, el paciente puede haber fijado algunos recuerdos confusos del período, algunos de los cuales pueden incluso resultar bastante extraños, aunque esto es más frecuente en la forma llamada Delirio Onírico. Llamamos a este fenómeno lucidez fragmentaria.

En el caso del estupor confusional, el embotamiento del contacto intelectual con el entorno es más profundo. El paciente parece haber perdido completamente la actividad mental. Su fisonomía denota esta sideración subjetiva, por lo que a esta modalidad se le ha llamado "atónito". En este caso, cuando hay infección o intoxicación, parece que el cuadro psiquiátrico está directamente relacionado con la gravedad del proceso causal.

Otra forma de confusión mental es cuando hay muchas alucinaciones, generalmente con agitación. El paciente, en estas situaciones, está agitado, pero su actividad está muy desorganizada, pudiendo incluso exponerse a situaciones de riesgo por no estar en contacto con la realidad y no poder orientarse. A menudo está aterrizado por el contenido de las alucinaciones. También en este caso pueden ocurrir oscilaciones en el nivel de conciencia, cuando el paciente superficializa el nivel de conciencia y puede, en estos momentos, incluso estar más orientado y con un pensamiento más organizado. Pero poco después, se vuelve confuso nuevamente.

En general, los cuadros confusionales tienen una duración variable, con periodos de oscilación, pero el cuadro, sin tratamiento, puede durar varias semanas e incluso meses, evidentemente con periodos de mejoría y empeoramiento.

Por otro lado, el Delirio Onírico es una forma de Confusión Mental en la que las alucinaciones son muy prominentes, asemejándose a un sueño. Consiste en la liberación de la actividad intelectual subconsciente, y el estímulo externo deja de guiar la producción intelectual. Hay una afluencia notable de imágenes alucinatorias percibidas como en movimiento, generalmente dramatizadas. Según la actitud afectiva del paciente, que probablemente sea constitucional, y también según el tipo de proceso infeccioso somático, tales fenómenos oníricos pueden asumir un contenido agresivo y despertar en el paciente

actitudes y reacciones explícitas de represalia o de huida, determinando las variedades agitadas o hipercinéticas; o bien, pueden revivir agradables escenas en las que el paciente se pone en actitud de simple espectador; es la modalidad denominada acinética o eufórica. En un caso el paciente suele estar en la cama con expresión perpleja, a veces en éxtasis por el contenido agradable de las imágenes oníricas, otras veces aterrorizado y bloqueado. O, por otro lado, puede encontrarse bastante agitado, huyendo de las imágenes que su mente evoca vívidamente. El contacto con la realidad está bastante perturbado y es difícil establecer contacto con el paciente incluso con estimulación.

A menudo, como consecuencia de las características de la personalidad (sujetos epileptoides), se puede producir una fijación muy intensa de las experiencias oníricas y, tras la remisión del cuadro, el paciente puede llegar a criticar, afirmando que estaba enfermo, pero es incapaz de corregir algunas escenas que registró en su memoria, por lo tanto, la experiencia le parece tan vívida que la toma como real, aunque a menudo sea absurda. Llamamos a este fenómeno fijación post-onírica. Conocí a un paciente que, en estado de delirio onírico, alucinaba que lo había atropellado un tren que le había cortado la cabeza del cuerpo, y venía un cura y le “pegaba” la cabeza. El paciente admitió que había estado enfermo y que ya se había recuperado, pero afirmó con convicción que la experiencia de amputación de la cabeza y posterior curación realmente había ocurrido, aun considerando que fuera muy extraña e increíble.

Las condiciones de *delirium acutum* son las condiciones confusionales más graves. En estas condiciones, es bastante común que también exista un grave descontrol de las funciones metabólicas. Suelen cursar con fiebre alta, cambios en la presión arterial y frecuencia cardíaca, los pacientes presentan temblores intensos que conducen a la deshidratación. Hay riesgo real de muerte. A principios del siglo pasado el 25% de estos casos tenían éxito letal. El llamado “*delirium tremens*” es una forma específica de *delirium acutum*. Usamos esta denominación en los casos de delirio agudo relacionado con el alcoholismo. Es una variedad morbosa confusional dramática, por la forma de presentación, la sintomatología y la evolución que puede ser fatal.

En el delirio agudo siempre hay una pérdida en el control de la homeostasis y por lo tanto el riesgo de progresar a la muerte. Existen, como en todos los estados confusionales, dos formas: hipercinético y acinético. La actividad explícita, sin embargo, siempre está muy desorganizada en los casos hipercinéticos, ya que el contacto del paciente con la realidad está completamente alterado. En esta forma de confusión mental, después de la remisión, se producirá una amnesia completa porque el grado de daño en el trabajo mental no permite que el paciente recuerde nada durante el período de enfermedad. El delirio agudo tiene un inicio brusco y, desde el principio, la gravedad de la afectación cerebral se hace evidente en la intensidad de las alucinaciones, que comienzan a regir todas las expresiones mímicas y verbales del paciente. A menudo es intensamente logorreico, a veces completamente incoherente, a veces responde a “voces dialógicas”. En la escuela francesa,

por eso, tenía el sobrenombre de delirio espírita. Este cuadro cede en “lisis”, es decir, también se resuelve de manera abrupta, en los casos en que hay remisión. Según Aníbal Silveira, cuando se trata de la variedad de psicosis infecciosa, corresponde al concepto clínico de “encefalitis psicótica” de Marchand, Toulouse y colaboradores.

Para todas las formas de síndrome confusional, las variedades acinética e hipercinética pueden suceder en el mismo paciente y durante el mismo ataque.

Kleist consideró estos síndromes confusionales como condiciones heterónimas (ver capítulo III) ya que su sintomatología está bastante alejada de la vida psíquica normal. Además, son situaciones que los fenomenólogos denominan “proceso” porque suelen irrumpir repentinamente y sus características son totalmente diferentes a las características de la vida psíquica anterior del sujeto. Cuando las causas son infecciosas, pueden surgir durante el proceso infeccioso, pero en ocasiones durante el período de convalecencia. Bonhoeffer llamó a estas condiciones, cuando de etiología infecciosa, “reacción exógena”. Algunos autores la denominaron Psicosis Sintomáticas porque la condición en sí sería como un síntoma de la enfermedad somática general. Si bien estas formas son bien identificables, hoy, en general, debido a la tendencia pragmática de las clasificaciones, que considera el factor más importante el hecho de que son psicosis sintomáticas, las agrupa todas bajo el nombre de “delirio”. Esto, creo, porque desde un punto de vista práctico, lo importante sería identificar la causa orgánica (cuando está presente) que necesita ser tratada. Una vez controlada, la afección se trata sintomáticamente. Sin embargo, la diferente patogenia, la afectación de una misma esfera, pero en diferentes sistemas psíquicos y cerebrales, es un aspecto importante para considerar en su diferenciación, pues, aunque no dispusiéramos de fármacos específicos para cada una de las subformas, la identificación de los diferentes sistemas cerebrales es fundamental para una comprensión más profunda de estos trastornos. El conocimiento precede muchas veces a nuestra capacidad de intervención, pero no debe ser por esta limitación que debemos renunciar a escudriñar nuestro conocimiento y organizarlo mejor...

2.2. Síndrome de Disgregación Psíquica

Lo que caracteriza a este síndrome es la interrupción de los procesos intrapsíquicos. Es un síndrome que compromete la Esfera Intelectual en nuestros dos niveles de contacto con el entorno: sensorial y elaborado. En este síndrome encontraremos alucinaciones, fenómenos de automatismo mental y delirios. El delirio, como ya se dijo, es una desviación morbosa del juicio, sin confusión (lo que en inglés se denomina *Delusion* y en alemán *Wahn*). Es importante no confundir este síntoma con el *delirium*). Las alucinaciones y los delirios pueden presentarse en cualquier entidad psiquiátrica y, en los últimos tiempos, se han tomado como los síntomas que caracterizan un cuadro como psicótico. De ahí que hoy se considere una Manía psicótica y una Manía no psicótica. Desde nuestro punto de vista, no es sólo la presencia de

alucinaciones o delirios lo que caracteriza a las psicosis, aunque cuando están presentes, no hay manera de no considerar el cuadro como psicótico. Pero como ya hemos presentado antes (Capítulo III) es la pérdida de contacto con la realidad lo que caracteriza a la psicosis desde nuestro punto de vista. Esta pérdida de contacto, sin embargo, en la mayoría de las psicosis no es global. Se refiere a aspectos específicos de la actividad psíquica. La pérdida completa de contacto con la realidad sólo se produce en los estados confusionales descritos anteriormente.

Analicemos este síndrome un poco más de cerca. Es un síndrome bastante amplio porque la alteración de la percepción sensorial y los procesos de elaboración son los que más frecuentemente se ven afectados en las psicosis. Y aunque, en procesos específicos, el compromiso puede involucrar diferentes sistemas psíquicos.

El nombre Disgregación mental describe bien el proceso. En la vida psíquica normal, los complejos procesos de percepción sensorial y el flujo de imágenes mentales en la elaboración ocurren de manera integrada, de modo que las imágenes mentales que son despertadas por la imaginación siempre se presentan a la vida mental con menos claridad y estabilidad que las del mundo exterior. Cuando los procesos patológicos desorganizan los dinamismos sensoriales integrados, haciendo emerger imágenes subjetivas con mayor claridad que las provenientes del medio externo, el sujeto “experimentará” esto como una escisión en su personalidad. Esto se debe a que estas imágenes subjetivas percibidas pasarán a ser vistas como parte del entorno y no de la imaginación del sujeto, rompiendo así la unidad de identidad subjetiva. Del mismo modo, podemos considerar cuando surgen “conceptos delirantes”, cualquiera que sea su dinamismo, porque algo subjetivo (por ejemplo, la idea imaginativa de que el sujeto nació de un huevo puesto por un camello) empieza a ser considerado como real y, de esta manera, parte de la personalidad del sujeto (algunas de sus ideas imaginarias) adquieren para él una “existencia” real, escindiendo así su identidad. Esta es la razón por la cual este síndrome se denomina Síndrome de Disgregación Mental, porque los procesos intrapsíquicos que, en la vida psíquica normal, se experimentan como unitarios, identificando el sujeto lo que le es propio (lo que tiene que ver con su identidad) y lo que pertenece al medio como independiente, pierde esta unidad, escindiéndose así la identidad subjetiva.

Este síndrome es lo que se encuentra con mayor frecuencia en los estados psicóticos, principalmente en los denominados endógenos (las Psicosis Esquizofrénicas, pero también en las Psicosis que Aníbal Silveira denominó Diatéticas, denominación aceptada por Kleist quien las describió bajo la rúbrica de Psicosis Degenerativas). Sin embargo, un síndrome de disgregación mental no implica ninguna hipótesis etiopatogénica. Dependiendo de las tendencias hereditarias, las psicosis sintomáticas, por ejemplo, por intoxicación, también pueden presentar un matiz principal de Disgregación Mental. Y esto no implica que debamos llamarlos Síndrome Esquizofrénico, como hicieron muchos autores en otros tiempos.

Pensando específicamente en los procesos patológicos que involucran la percepción sensorial, podemos encontrar varios síntomas relacionados que serán objeto de dos capítulos específicos de un futuro volumen de este Trabajo: “Trastornos de la percepción sensorial y Síndrome de Automatismo Mental de Clérambault”. En este punto, basta con mencionar la Alucinación, en sus diversas modalidades sensoriales, y el Síndrome de Automatismo Mental de Clérambault. Tanto en un caso como en el otro, hay una pérdida en los procesos de percepción sensorial. La principal diferencia consiste en su diferente patogenia. En el caso de las alucinaciones, la patogenia es afectiva y perturba intrínsecamente el sistema intelectual, afectando directamente a los órganos de observación. Con esto, el objeto alucinado es percibido exactamente con las mismas características que el objeto de percepción normal, con la única diferencia de que no tiene existencia objetiva. Entonces, en este caso, el daño en contacto con la realidad es muy acentuado porque el sujeto que presenta la alucinación no puede distinguir absolutamente nada del objeto alucinado, por lo que deforma por completo la percepción de la realidad. En el síndrome del automatismo mental sensorial (de De Clérambault) el sujeto también presenta una percepción que no tiene existencia real, sin embargo, siente este fenómeno como extraño, algo diferente a la percepción normal. No es que dude del contenido alucinatorio, es que lo siente como algo raro, algo diferente. Esta pequeña crítica demuestra que no hay daño intrínseco a los órganos de observación. El daño es extrínseco, en el caso de la patogénesis conativa, involucrando los procesos ligados a la relación entre la corteza y la subcorteza (núcleos sensoriales talámicos). Son los procesos vinculados a las funciones automáticas los que se comprometen. Es cierto que el individuo que presenta este síntoma psicopatológico también puede estar delirando y también presentará disgregación mental. Pero la patogenia del síndrome es algo diferente, lo que indica un deterioro menos grave de los procesos implicados.

Cuando los complejos procesos de simbolización se ven comprometidos, nos enfrentamos a casos en los que se produce una disgregación mental debido a “concepciones delirantes”. Vamos a explicar un poco mejor el proceso.

Las imágenes mentales se utilizan como símbolos representativos de la realidad observada. Este proceso se inicia con las imágenes sintéticas de los distintos sentidos que sufren distintos niveles de contracción intelectual, despojándose paulatinamente de la connotación afectiva y alcanzando un máximo de abstracción en el signo que se utiliza en el razonamiento científico. Estas son las diferentes fases del trabajo mental de simbolización. La simbolización implica la polarización de un interés afectivo hacia un sector de la realidad y sobre todo implica la ocurrencia del trabajo intelectual de abstracción. Los diversos estímulos que llegan a nuestros sentidos se reducen, se contraen de tal manera que se vuelven significativos y susceptibles de ser comunicados y utilizados en el propio razonamiento. La imagen reducida como símbolo no traduce directamente la realidad percibida, sino que proporciona una “representación” subjetiva, cuyo dinamismo cerebral

básico es común a la especie humana y cuyo contenido es de orden social. Es este proceso el que permite la comunicación entre los hombres. Para esta expresión es necesaria la reducción sistemática de la imagen elaborada. Esta reducción (o contracción) de la imagen opera en dos planos: (a) a través de la participación de las funciones psíquicas conativas, a través de la reacción muscular sensorial que acompaña a todo trabajo mental. El tono muscular varía según la captación selectiva de información del entorno (para focalizar la atención) y, según la complejidad del razonamiento (mantenimiento de la construcción intrapsíquica – función afectiva de constructividad). El proceso complejo es no consciente. Podemos hablar de contracción muscular (no perceptible, a nivel inconsciente, involucrando el sentido de la musculación y la acción de la conación sobre la inteligencia); y la contracción psíquica, resultante de la construcción intelectual. Cuanto más general y abstracta sea la representación subjetiva de los eventos ambientales, más probable es que se utilice en el razonamiento lógico. Por lo tanto, el registro psíquico y la dinámica de la memoria es, como llamamos al proceso mismo: dinámico y cambiante. No existe tal cosa como un “engrama” fijo, sino que la memoria se resignifica constantemente.

La simple descripción de este proceso extremadamente complejo basta para mostrar cuántos otros factores interfieren en él: el interés de base afectiva es uno de los dinamismos básicos en la simbolización. Las funciones intelectuales de elaboración (razonamiento inductivo y deductivo) son las que realizan el proceso en continua subordinación a la función de expresión, utilizando signos lingüísticos de orden sociocultural. La conación, a través del proceso de atención, organiza la selectividad y la contracción misma de los significados. De esta manera, podemos ver cómo todo este proceso, que es lo más propiamente humano, necesita una coordinación muy fina y compleja. Y, también por eso, por ser la más evolucionada ontogenéticamente y la más humana, es la que más perturbaciones puede sufrir, ya que por ella compiten prácticamente todas las funciones psíquicas, organizadas de forma jerárquica y selectiva.

Así, como veremos en su momento, de forma más detallada, en el capítulo dedicado a los trastornos de la elaboración intelectual y de la simbolización (en el próximo volumen), se definen las “concepciones delirantes” (concepciones subjetivas que se apartan de la realidad correspondiente). por la mayoría de los autores como la formulación de concepciones no basadas en la realidad, las cuales son irreductibles e inaccesibles a cualquier intento de persuasión lógica, aun cuando la realidad objetiva choca con las concepciones establecidas. Para ejemplificar esto, recuerdo un paciente que vi cuando trabajaba en el Asilo Judicial, que tenía ideas delirantes de inspiración. Me decía: “Doctor, tiene que darme de alta porque todo lo que me pasa acá adentro también le pasa a la gente de afuera. Cuando me caigo al suelo aquí, todos se caen allá. ¿Te imaginas si me matan? El mundo se acabará porque todos morirán. Entonces me decía: “Yo soy el que hace llover en el mundo. Puedes ver esas nubes sobre Vila Ramos (señalaba hacia el

este, donde estaba ubicado ese pueblo). Yo soy el que manda a llover allá. Entonces le pregunté si podía traer las nubes de allá para acá y hacer llover aquí. Me responde afirmativamente. A continuación, entonces, te pido que lo hagas, que traigas las nubes sobre nosotros en ese momento y hagas llover. El paciente respondió entonces que eso no era posible. Yo le respondo: “Así que el Señor no puede hacer que las nubes vengan aquí. Y el paciente replica: “Sí, puedo. Puedo hacer esto en cualquier momento. Le digo de nuevo: “Entonces hazlo”. Y el paciente: “Esto no es posible”. Este diálogo absurdo permite mostrar cuánto se escinde la personalidad del examinado y se desintegra su pensamiento. Es capaz de darse cuenta de que, en ese momento, es incapaz de transportar las nubes como había dicho anteriormente, ya que se conserva la función de observación concreta. Sin embargo, este hallazgo no le hace reformular su concepción delirante. Sigue creyendo firmemente que es capaz de hacerlo, aunque se da cuenta de que, de momento, no puede.

En este caso específico, el proceso de simbolización está indirectamente perturbado por el sistema afectivo. Las condiciones en que se producen las concepciones delirantes por el dinamismo de la inspiración tendrían su patogenia explicada de la siguiente manera: hay una perturbación en los sistemas psíquicos ligada a los sentimientos que conducen a una sensación de inspiración (generalmente de contenido místico). Sin embargo, no se trata de una simple exaltación afectiva, sino de una exaltación muy específica que involucra los vínculos entre estas funciones (que movilizan el interés) provocando una contracción anómala de significados con este colorido afectivo. Este dinamismo psicopatológico hace que el sujeto que lo presenta empiece a simbolizar que prácticamente todo lo que sucede en el mundo depende de él, de su poder. Así, percibimos que las funciones de sociabilidad y necesidad de dominio están involucradas, en su relación con las funciones inductivas y de expresión, precisamente en el proceso de contracción de significados.

Ejemplifiquemos con otro caso de disgregación mental delirante, pero por otro dinamismo patógeno. Se trata de un paciente que presenta un cuadro de Esquizofrenia Paranoide del tipo Psicosis de Influencia Progresiva (en la nosología de Kleist). No es importante en este punto discutir este cuadro nosológico específico. Sólo nos detendremos en el análisis del síndrome de disgregación mental que presenta, tratando de explicar la patogenia del síntoma y del síndrome. Este paciente, siempre profundamente angustiado y disfórico, nos informa que desde hace años sufre manipulaciones de su cuerpo por parte de una vecina, lo que hace a través de la telepatía. Ella juega con sus genitales, lo masturba cuando quiere, controla sus movimientos, por ejemplo, haciéndolo levantarse y caminar cuando quiere descansar y permanecer sentado. También por el poder del pensamiento, de repente siente la sensación de ser penetrado a la fuerza y de un solo golpe. Últimamente, no ha podido hacer nada por su propia voluntad, porque incluso ha hablado por su propia boca. Incluso ha pensado en matarla porque está completamente desesperado por lo que ha estado sufriendo, pero sabe que no podrá porque ella bloquearía sus movimientos porque ya es un autómata controlado por ella. Lo que más llama la atención en este caso es la total sensación de

pérdida de autonomía del paciente. Poco a poco, comenzó a sentir sensaciones ligadas a sus músculos y piel e incluso sensaciones viscerales, en las que siente que otra persona controla sus movimientos y acciones. Las “concepciones delirantes” persecutorias debidas a extrañas dinámicas de influencia también son fundamentales para caracterizar este cuadro. En la descripción de las sensaciones que hace el paciente se percibe la participación del sentido de “musculación”. El paciente siente que sus músculos no están controlados por él, tiene la sensación de ser penetrado a la fuerza y que su boca se mueve y habla por él. La percepción sensorial está comprometida, pero también la función de simbolización. El paciente expresa concepciones claramente irreales de que está controlado, influenciado por otros. Nuestra identidad subjetiva se forma muy tempranamente y el sentimiento de autonomía y de uno mismo se vincula afectivamente con las sensaciones musculares que se integran en el período en que se forma la noción de esquema corporal. De hecho, más que una noción, lo que sucede en este período temprano del desarrollo (alrededor de los 3 a más o menos los 5 años) es la sensación afectiva de que tiene un cuerpo propio que controla. Así, el individuo lo siente incluso antes de que simbolice intelectualmente que controla su cuerpo. Siente que lo controla antes de saber que lo hace. En este proceso morboso que presenta este paciente, es precisamente esta base afectiva y su relación con las funciones conativas ligadas al tono muscular las que se encuentran alteradas, pero a nivel de sistemas psíquicos, en la relación entre estas funciones afectivas y su repercusión en el proceso de simbolización (intelectual). ¿Y por qué es también un Síndrome de Disgregación Psíquica? Porque en el momento en que el sujeto presenta este trastorno delirante, comienza a atribuir sensaciones que le son propias a fuerzas externas. Empieza a sentir su cuerpo como ajeno y disociado, dividido. Su personalidad está dividida en su identidad. Por lo tanto, lo que caracteriza principalmente a este cuadro es la Disgregación Psíquica que también podríamos denominar escisión (como la palabra esquizo (σκιζεῖν) de origen griega que compone el término Esquizofrenia – aunque acá no la utilizamos para no causar confusión entre este síndrome y el diagnóstico nosológico de Esquizofrenia).

De esta forma, esperamos haber podido explicar suficientemente qué caracteriza a un Síndrome de Disgregación Psíquica, cuál es su patogenia. Esta patogenia, aunque involucra principalmente la Esfera Intelectual, tiene dinamismos complejos y variados que involucran tanto a los Sistemas Afectivos como a los Sistemas Conativos en su repercusión en la Esfera Intelectual.

2.3. Síndrome de Deficiencia de Iniciativa

Este síndrome involucra principalmente la Esfera Conativa. El prototipo de este síndrome se ve en ciertas formas de esquizofrenia, principalmente las de las formas catatónicas, pero se encuentra un cierto grado de falta de iniciativa en prácticamente todos los estados esquizofrénicos, observado por la falta de interés por el medio y, en los más avanzados, en ausencia de interés por la propia situación. Como ya

hemos dicho, el diagnóstico sindrómico, en general, no implica los factores etiológicos. Así, el síndrome de falta de iniciativa se puede observar en los más variados tipos de psicosis. Puede ocurrir en condiciones heterotóxicas y autotóxicas, en psicosis infecciosas, en secuelas de traumatismos craneoencefálicos y otros cuadros no endógenos. También se puede encontrar un cierto grado de falta de iniciativa, mucho más selectivo y leve, en ciertos rasgos anormales del carácter, en la Personalidad Asténica Psicopática y en ciertos neuróticos con sensación de cansancio (neurastenia). Sin embargo, las características de estas formas de falta de iniciativa son bastante diferentes de las que se encuentran en los síndromes psicóticos.

Teniendo en cuenta que el síndrome de falta de iniciativa afecta principalmente a la Esfera Conativa, podemos comprender mejor sus dinanismos patogénicos dividiéndolo en síndromes en los que la falta de iniciativa se produce por un deterioro intrínsecamente conativo y aquellos en los que el deterioro conativo se produce por disfunciones en otras esferas de la actividad. la personalidad, principalmente en la esfera afectiva.

Cuando el proceso psicopatológico afecta el proceso de Motivación (estímulo afectivo-conativo), la pérdida de iniciativa puede resultar, por ejemplo, porque el paciente está deprimido. En este caso, aunque muy a menudo también hay falta de iniciativa, los síntomas de la esfera afectiva son más destacados y suficientes para considerar estos casos como pertenecientes a otro síndrome: el Síndrome Depresivo.

Hablaremos de este síndrome en el próximo tema. Sin embargo, la Afectividad puede verse comprometida no por síntomas depresivos, sino por otros trastornos. El prototipo de este tipo de deterioro de la Motivación es lo que sucede en los casos en que se presenta el síntoma de apatía. Aunque podríamos denominar apatía a cualquier deterioro afectivo que lleva a una disminución significativa de la motivación, por precisión en el uso de los términos, consideramos apatía sólo cuando este deterioro de la motivación es muy grave, generalmente causado por una condición hebefrénica. Como también veremos en su momento, las formas hebefrénicas de la esquizofrenia son aquellas en las que se produce lo que Kleist llamó devastación afectiva. El proceso morboso afecta principalmente a todos los procesos intrínsecamente afectivos, dando lugar a un gran desinterés generalizado, una apatía severa y una especie de “vacío de humor”. Así, la forma más típica de falta de iniciativa por compromiso afectivo se da en el caso de la apatía. En este caso, hablamos de un deterioro intrínsecamente afectivo, pero con repercusiones en el sistema conativo.

Existen otros procesos morbosos que pueden provocar apatía, pero seguramente serán trastornos muy graves, derivados de lesiones cerebrales, principalmente en el lóbulo frontal y demencias.

En todo caso, un cierto declive afectivo está presente en todos los estados esquizofrénicos, en unos más gravemente que en otros. En algunos, el declive aparece antes en la evolución del cuadro clínico y, en otros, se manifiesta de forma tan discreta que incluso nos cuestionamos si el paciente realmente lo tiene. En la BPRS, este síntoma se denomina

Blunt o Afecto Inapropiado y se define como “la disminución de la capacidad de sentir o expresar emociones normales, como tristeza, alegría e ira. Las emociones expresadas tanto verbalmente como no verbalmente son perceptiblemente inapropiadas para la situación o el contenido del pensamiento. Este ítem comprende, por tanto, el alejamiento emocional de otras personas. En otros textos, estos síntomas se relacionan con lo que algunos autores denominan los síntomas negativos de la esquizofrenia.

Cuando existe cierto grado de deterioro afectivo, se puede observar el Síndrome de Deficiencia de Iniciativa debido a la falta de motivación del paciente tanto por el medio externo como por sí mismo. El grado de este desinterés es variable y puede ir desde un ligero retraimiento en las relaciones interpersonales, desmotivación y anhedonia por las actividades que suelen motivar a la mayoría de las personas, hasta casos más acentuados de desinterés por uno mismo, evidenciados por la falta de cuidado con la propia higiene y alineación, y muchas veces, incluso el descuido con la propia alimentación y con los riesgos a los que puede estar expuesto el paciente.

También puede presentarse el síndrome de falta de iniciativa secundario a trastornos de la esfera intelectual. Es el caso, por ejemplo, de la falta de iniciativa que se observa en las lesiones del lóbulo frontal, donde la perplejidad resultante de la incapacidad de orientarse, muchas veces incluso en el espacio objetivo, lleva al sujeto a la incapacidad de actuar. En este caso, porque es incapaz de decidir entre una acción u otra que podría sugerirse a partir de estímulos ambientales que no pueden ser “procesados” intelectualmente. En estos casos, es el proceso intelectual-conactivo, llamado Orientación por Silveira, el que se ve afectado principalmente.

Finalmente, el Síndrome de Deficiencia de Iniciativa puede depender de trastornos intrínsecamente conativos, como ocurre, por ejemplo, en el contexto de la Catatonia Acinética, cuando el examinado se bloqueará, tendiendo a mantener posturas, llegando en ocasiones al punto que los autores denominan “flexibilidad cerea” (una situación en la que se puede moldear al paciente para que permanezca en la misma posición durante horas). Estos casos de síndrome de deficiencia de iniciativa con acinesia pueden tener diferentes etiologías. A veces aparecen en casos de confusión mental, en cuyo caso la llamamos estupor.

La falta de iniciativa también puede aparecer porque el paciente está tan absorto en las alteraciones sensorio-perceptivas que se vuelve incapaz de actuar. También existe la posibilidad de quedar bloqueado por la aparición del Síndrome de Automatismo Mental Motor Inhibidor.

Finalmente, hay situaciones de falta de iniciativa mucho más leves y selectivas. Un ejemplo de esta forma ocurre en individuos que tienen trastornos de personalidad como el psicópata asténico. En este caso, la iniciativa del examinado sólo se verá perjudicada en situaciones de relaciones interpersonales socialmente más complejas, cuando se le pida al paciente que tome decisiones, mantenga una actividad productiva constante, como situaciones laborales y cuidado de personas

dependientes de sí. En este caso, hay una desarmonía de las funciones afectivo-conativas caracterizada por una vida instintiva con poca energía y la tendencia a predominar siempre la inhibición, cuando se le solicita al paciente en las condiciones antes descritas. El resultado será la incapacidad de realizar adecuadamente los requisitos de la vida social que requiere el individuo maduro. Entonces tenderá a manipular a los demás para lograr sus deseos más egoístas, retirándose casi siempre que las situaciones le pidan acciones altruistas. La CIE-X denomina a estos trastornos de personalidad como Trastorno de la Personalidad Dependiente, aunque el diagnóstico no coincide del todo porque la CIE-X no utiliza el criterio patogénico sino únicamente el criterio descriptivo.

También pueden presentarse situaciones de falta de iniciativa de características similares a las descritas anteriormente para el Psicópata Asténico en neuróticos, cuando el excesivo agotamiento emocional provocado por la ansiedad conduce a un excesivo agotamiento energético. Freud describió condiciones de este orden que llamó neurastenia. Generalmente, la falta de iniciativa, en estos casos, conduce a la irritabilidad. A pesar de la posible similitud con la falta de iniciativa de los asténicos, el neurótico nunca es tan egoísta y manipulador como el psicópata.

2.4. Síndrome depresivo

Este es un síndrome que involucra principalmente la Esfera Afectiva, involucrando sistemas intrínsecamente afectivos relacionados con lo que llamamos Humor. Como describí en el capítulo anterior (El Examen Psíquico), el Estado de Ánimo o Humor es el resultado de la integración de todas las funciones afectivas. Es el tono afectivo general del individuo. Esta disposición afectiva de fondo que impregna toda experiencia psíquica, a pesar de oscilar, tiene, en el individuo normal, una tendencia a permanecer relativamente estable, reflejando el conjunto de impulsos, sentimientos, y está anclada en elementos tanto psíquicos como somáticos, desde la vida afectiva está íntimamente relacionada con el funcionamiento orgánico visceral, reflejando la homeostasis del organismo. Esta es la razón por la que, a veces, cuando el individuo no está bien físicamente (por ejemplo, cuando tiene gripe o una infección viral), su estado de ánimo cambia. El estado de ánimo también está influenciado por el impacto emocional de las experiencias vividas. Ciertamente es perfectamente comprensible que el estado de ánimo de una persona se incline hacia la tristeza al recibir la noticia del fallecimiento de un ser querido, por ejemplo. Pero si nuestro estado de ánimo fluctuara cada vez que alguien nos levantaba la voz, posiblemente experimentaríamos un agotamiento excesivo. Es por esto por lo que existen dinamismos psicológicos para que, si el estado de ánimo sufre algunas fluctuaciones inevitables, estas no sean demasiado intensas ni demasiado frecuentes.

En el síndrome depresivo, el tono del humor se baja al polo depresivo. Con esto, como la afectividad es el motor de toda la personalidad, habrá un abatimiento de toda la vida mental. Hablando del

síndrome depresivo, es importante considerar que este cambio de humor tiene cierta intensidad y se prolonga durante un período relativamente largo, de lo contrario no sería un síndrome depresivo, sino una mera oscilación, que puede presentarse con relativa frecuencia en algunas personas predispuestas a eso. Es decir, hay individuos cuyas dinámicas de regulación del estado de ánimo no son muy efectivas para mantener el proceso relativamente estable. Entonces, estos individuos pueden mostrar cambios de humor rápidos e intensos, en un grado que se desvía del promedio de la población. Sin embargo, tampoco es el momento de hablar de este tipo de trastornos.

¿Cuál es el conjunto de síntomas que nos permite formular el diagnóstico de Síndrome Depresivo? Podríamos dividirlos en síntomas intrínsecamente ligados a la Esfera Afectiva y aquellos con repercusión en otras esferas. Los síntomas intrínsecamente afectivos serían: estado de ánimo depresivo (que guarda cierta similitud descriptiva con el sentimiento de tristeza, pero mucho más grave que el paciente, además de no identificar claramente una causa del sentimiento –lo que ocurre en el caso de la tristeza– y muchas veces descrito como un vaciado de sentimientos), a veces (pero no en todos los casos) preocupaciones somáticas de contenido hipocondríaco (ya cierta repercusión en el plano intelectual), ansiedad (que puede o no estar presente en el síndrome), anhedonia (falta de placer en actividades que normalmente traían placer al paciente), falta de motivación para las actividades del día a día (ya un impacto en el plano conativo, lo que lleva a la falta de iniciativa), falta de interés en la realidad y, a menudo, incluso en uno mismo y sus necesidades (también una repercusión intelectual); síntomas por repercusión en el ámbito conativo pueden ser: falta de iniciativa ya veces lentitud en los gestos y síntomas por repercusión en el ámbito intelectual: ideas de ruina, culpa y sentimientos hipocondríacos, que pueden llegar al delirio; ideación suicida; y, en algunos casos, la presencia de alucinaciones con contenido acusatorio y por tanto congruentes con el estado de ánimo. El síndrome depresivo se puede clasificar según su gravedad en leve, moderado y grave. Las depresiones severas pueden ser psicóticas, es decir, se perturba profundamente el contacto con la realidad.

Cabe preguntarse si las condiciones denominadas depresión leve son realmente Síndromes Depresivos verdaderos o si debemos reservar el diagnóstico de Síndrome Depresivo sólo para los casos que hoy se consideran graves y psicóticos. Desde nuestro punto de vista, no es la presencia o ausencia de delirios o alucinaciones lo que define si una condición es psicótica o no. Por supuesto, cuando estos síntomas están presentes no hay duda de que hay psicosis. Sin embargo, una depresión severa en la que hay ideación suicida, intensa falta de iniciativa, descuido del cuidado personal y muchas veces de las funciones ligadas a la supervivencia y la higiene, son psicóticas, independientemente de que el individuo presente alucinaciones o delirios bien caracterizados, ya que el contacto con la realidad está bastante alterado, incluso sin los síntomas referidos.

Como venimos enfatizando desde el inicio de este capítulo, un diagnóstico sindrómico no implica considerar la etiología, al menos en estos diez grupos de síndromes que estamos presentando, aunque en ocasiones puede apuntar en alguna dirección relacionada con la posible noxa causal. Los síndromes depresivos presentan generalmente un curso fásico, sobre todo si van ligados a la predisposición que actualmente denominamos bipolar. Lo cierto, sin embargo, es que el actual Trastorno Bipolar no se corresponde con la antigua Psicosis maniacodepresiva, precisamente porque se trata de un diagnóstico mucho más sindrómico que nosológico.

En el caso del síndrome depresivo, la participación de componentes hereditarios parece estar mejor establecida y aceptada por la comunidad científica que en otros síndromes psiquiátricos. Tanto es así que las clasificaciones actuales han abandonado la clásica división entre depresión endógena y reactiva. Sin embargo, ¿cómo considerar una reacción de luto que ha sido más acentuada y prolongada en un individuo que nunca había tenido síntomas depresivos? También existen síndromes depresivos que parecen estar relacionados con la heterointoxicación y la autointoxicación. Las depresiones que aparecen en el curso de una infección, incluida la gripe, no son raras. La consideración que generalmente se hace de que un sujeto que ha tenido más de dos episodios depresivos nunca debe interrumpir el tratamiento farmacológico de la depresión, aunque se base en datos estadísticos que convergen con este consejo práctico, nos parece que sigue una lógica mucho más pragmática, lo que también es útil para los laboratorios, que una indicación realmente bien justificada para la terapia.

El síndrome depresivo también puede tener algunas características atípicas. Así, hay depresiones que se dan, no por falta de iniciativa, sino por inquietud. Esto es frecuente en las depresiones ansiosas. El enlentecimiento del trabajo mental, que sería de esperar en un Síndrome Depresivo puro, puede no ocurrir, y el sujeto puede presentar un pensamiento acelerado con ideas hipocondríacas, por ejemplo.

Generalmente, el Síndrome Depresivo tiende a presentar un curso fásico, es decir, que se trata de una condición homónima (según Kleist), es decir, cuyas manifestaciones psicopatológicas son similares a aspectos que se encuentran en la vida psíquica normal (como el sentimiento de tristeza) y, por lo general, tampoco hay una ruptura muy marcada en el cuadro con respecto a las características de personalidad del sujeto que lo presenta. Los estados fásicos suelen tener tendencia a reaparecer, normalmente en la misma época del año, pueden tener correlación con determinadas estaciones del año, y los síntomas, en este tipo de síndrome, tienden a aparecer de forma gradual, presentan un crescendo y también remitir gradualmente.

2.5. Síndrome de excitación psíquica

El síndrome de excitación psíquica es un síndrome que involucra la Esfera Afectiva debido a una exaltación afectiva general o parcial. Se

presenta con los siguientes síntomas: sensación de bienestar; fuerza de la iniciativa; atención dispersa pero objetiva, es decir, enfocada en el medio externo; el pensamiento puede ser acelerado o con huida de ideas; puede aparecer inconsistencia, pero debido a la aceleración ideacional; sentimientos e ideas de grandeza, poder y logro. Cuando están restringidos, los individuos en estado de excitación psíquica pueden exhibir irritabilidad y reacciones agresivas.

La duración de los síndromes de excitación psíquica puede ser episódica o fásica. Hay un predominio de manifestaciones expresivas y motoras, principalmente en las formas atípicas. El individuo puede exteriorizar concepciones delirantes congruentes con el estado de ánimo, es decir, los delirios son de grandeza, poder, inspiración, reforma, etc. Este síndrome suele estar relacionado con condiciones ligadas a la Psicosis Maniacodepresiva y las Psicosis Fásicas de Kleist (psicosis diatéticas y psicosis afectivas atípicas). La aparición de este síndrome también es frecuente en las Psicosis Infecciosas y Heterotóxicas.

Mientras que las formas episódicas pueden estar vinculadas a la Epilepsia o intoxicaciones. Suelen tener un inicio agudo. Como ya hemos dicho, la Esfera afectada es la Afectiva con una exaltación que puede ser general o parcial y, a partir de ahí, las repercusiones en otras esferas explicarían el conjunto de manifestaciones sintomáticas. Generalmente, el sueño se altera, la sociabilidad aumenta, pero es inconsistente.

Puede encontrarse en la hipertimia, situaciones en las que el entusiasmo es habitual o periódico, pero excesivo, en las que hay dispersión y expansividad; en las denominadas formas de hipomanía, caracterizadas por excitación leve a moderada, pensamiento acelerado y pérdida de la autocrítica. En este caso, no padecen ideas delirantes o incoherencias. Son formas episódicas o periódicas. Este síndrome también se presenta en casos de Manía, en la fase maniaca del trastorno bipolar (Psicosis Maniacodepresiva) o en formas puras de Manía. En estos casos, la excitación psíquica cursa con júbilo, es decir, todas las funciones de la personalidad se exaltan debido a la euforia. En este caso, el individuo es siempre psicótico, aun cuando el paciente no presente delirios claros, porque la intensa exaltación afectiva le hace perder el contacto con la realidad, superponiéndose a ella sus deseos e impulsos. En este punto, no estamos de acuerdo con la existencia de manía no psicótica.

También existen síndromes de excitación psíquica en los que predominan las hipercinesias (expresivas y gestuales), a veces con paracinesias, trastornos alucinatorios (que nunca se dan en las formas maniacas puras) y, en estos casos, el estado de ánimo tiende a ser más disfórico y el sujeto se encuentra agitado.

2.6. Síndrome de Deficiencia Mental

El Síndrome de Deficiencia Mental se caracteriza por una evolución deficiente principalmente de las funciones intelectuales. El deterioro de las funciones intelectuales puede ser leve, moderado o profundo. Inicialmente, el prof. Aníbal Silveira también incluyó en este

gran grupo lo que luego desmembramos como Síndrome de Demencia. El criterio es comprensible, ya que, en el síndrome de deficiencia psíquica, a pesar de caracterizarse principalmente por una afectación y limitación de las funciones intelectuales, también existe una afectación de otras funciones de la personalidad, lo que caracterizaría al síndrome como una afectación de todas las funciones psíquicas, incluso de las diferentes grados y formas según los distintos casos. En la demencia, el deterioro de las funciones psíquicas es global y progresivo. Debido a esta diferente evolución, optamos por separar el Síndrome de Demencia del Síndrome de Deficiencia Mental.

El síndrome de deficiencia mental se encuentra tanto en casos de Oligofrenia como en aquellos en los que la evolución deficiente es dependiente de encefalopatías. En este síndrome, los principales síntomas son los siguientes: deterioro de las funciones intelectuales, principalmente la capacidad de abstracción y elaboración deductiva. Sin embargo, todas las funciones se ven afectadas hasta cierto punto. El trabajo mental se vuelve muy concreto y dependiendo del grado de deterioro, la función de expresión también se verá perjudicada. En los casos de este síndrome, el momento de aparición del síndrome es muy importante. Puede ser principalmente intelectual, ligado a una evolución deficiente. Esto es lo que se observa en condiciones oligofrénicas y encefalopatías. Los síndromes de aparición tardía pueden estar relacionados con la esclerosis desmielinizante centrolobar de Schilder (una enfermedad neurológica) o la enfermedad de Jakob. Así, cuando un individuo presenta este síndrome, es importante investigar si son síndromes innatos o adquiridos. Es fundamental caracterizar la etapa evolutiva alcanzada para poder identificar el grado de deterioro. Aunque la afectación más evidente es la de las funciones intelectuales, el síndrome también cursa con inmadurez afectiva global, más o menos acentuada. También existen formas atenuadas del síndrome caracterizadas principalmente por la inmadurez afectivo-emocional (denominada Puerilismo), formas en las que el deterioro intelectual se da casi exclusivamente en las funciones más abstractas ligadas a la noción de la posición del individuo en el medio social (Déficit de Autocrítica, casos que Honorio Delgado llamó Idiotas de Sala) e, incluso, las formas en que no hay déficit, sino sólo una insuficiencia mental general. Todo síndrome de Deficiencia Mental se acompaña también de trastornos de la Esfera Conativa que se pueden dividir en dos grupos: uno caracterizado por un enlentecimiento global del trabajo mental, tendencia a la terquedad y perseverancia, y otro caracterizado por una mayor impulsividad, fácil irritabilidad y tendencia a episodios de excitación psíquica leve.

El síndrome de deficiencia mental se presenta en condiciones permanentes que, sin embargo, se observan durante el proceso evolutivo del individuo, cuando se comprueba que existe un paro en el desarrollo, principalmente intelectual, en determinadas fases evolutivas, de ahí la importancia de realizar pruebas específicas para caracterizar el estadio evolutivo alcanzado y planificar actividades psicopedagógicas para minimizar las pérdidas adaptativas del sujeto.

2.7. Síndrome de perversión instintiva

El Síndrome de Perversión Instintiva es un síndrome en la cual el resultado de la conducta del sujeto es sumamente perjudicial en cuanto a las relaciones interpersonales y la vida social. Afecta fundamentalmente a la Esfera Afectiva en sus funciones más básicas. La perversión instintiva es un trastorno de personalidad específico caracterizado por la perversidad de carácter. El individuo que lo presenta es afectivamente insensible, frío y cruel. Es indiferente a los sentimientos de los demás, es astuto y manipulador. Tiene propensión al crimen (violencia, sadismo, violación, chantaje y dominación, crímenes fútiles y atroces). El trastorno se caracteriza patogenéticamente por una no integración afectivo-instintiva, es decir, al existir una maduración psicológica, el sujeto no integra sus impulsos, especialmente los agresivos, y no desarrolla la capacidad de empatía, al no lograr subordinar estos impulsos a los sentimientos sociales.

La autoimagen del individuo con síndrome de perversión instintiva está fragmentada con elementos de grandiosidad. Es un síndrome que puede depender de sus probables causas: la primera sería la etiopatogenia por una tendencia innata, genéticamente determinada, y la otra posibilidad es que sea una secuela de una encefalitis epidémica ocurrida durante la infancia. En ambas situaciones, se puede desarrollar el síndrome de perversión instintiva. Las manifestaciones conductuales de este profundo trastorno de la integración de la personalidad pueden manifestarse en la conducta o permanecer en estado latente y ser desencadenadas por conflictos ambientales, generalmente vinculados a las relaciones interpersonales. También puede presentarse una incapacidad de autocontrol, por impulsividad mórbida, más frecuente en los casos postencefalíticos. El elemento básico para el diagnóstico diferencial es la exploración neurooftalmológica que, en los casos postencefalíticos, revela una disociación entre los reflejos consensual y fotomotor, estando presente únicamente el segundo.

En el caso del trastorno innato, el diagnóstico nosológico es el de Personalidad Psicopática Perversa, que correspondería aproximadamente al definido como Trastorno Antisocial de la Personalidad, aunque, en el segundo caso, el diagnóstico es más descriptivo, basado en descripciones conductuales, sin formulación de la patogénesis de la condición. Ambas formas de este síndrome son prácticamente inaccesibles al tratamiento. La forma resultante de las secuelas postencefalíticas podría responder a una intervención psicoterapéutica muy incisiva y profunda, según el Prof. Aníbal Silveira. Sin embargo, la inversión de tiempo y dedicación que requiere este tipo de psicoterapia hace prácticamente inviable el proceso.

2.8. Síndrome convulsivo

El síndrome convulsivo, o más conocido como síndrome de acceso por convulsiones (si queremos englobar en este síndrome las distintas manifestaciones de acceso) es un síndrome que se encuentra en el límite entre el campo de actuación de la Neurología y la Psiquiatría. La Esfera principalmente afectada es la Esfera Conactiva. Consideramos este síndrome en los casos que evolucionan por crisis o ataques, que pueden ser convulsivos o no. Las convulsiones pueden ser parciales o complejas. La conciencia puede o no ocurrir durante las crisis. Aníbal Silveira aceptó el uso del nombre Epilepsia sólo para aquellas manifestaciones que, en general, los autores denominan Epilepsia Esencial o Idiopática. En los casos en que las crisis tenían una etiología orgánica definida (tumor, procesos vasculares o tóxicos, eclampsia, disturbios metabólicos y otras causas orgánicas) las denominaba “crisis sintomáticas”, nunca epilepsia. Esto porque quiso reservar el término Epilepsia para aquella condición endógena, constitucional, por tendencia hereditaria. Por lo tanto, en el síndrome convulsivo es fundamental evaluar la carga genética, a través de la anamnesis heredológica y también la investigación de factores etiológicos orgánico-cerebrales.

2.9. Síndrome de deterioro parcial de la personalidad

Este síndrome tiene como patogenia la Esfera Afectiva, pero involucra el Proceso Emocional y, por tanto, el sistema intelectual. Es, al igual que el Síndrome de Disgregación Psíquico, un Síndrome que engloba numerosas manifestaciones con dinámicas bastante complejas, pero donde el aspecto central está relacionado con los llamados procesos emocionales.

Es un síndrome que puede presentarse en condiciones que nosográficamente estarían incluidas entre las Neurosis, ya sean Neurosis Actuales, Histeria o Reacciones Neuróticas. Todas estas condiciones están asociadas con el Síndrome de Deterioro Parcial de la Personalidad. Los cuadros que Aníbal Silveira denominó Rasgos Anormales de Carácter también se caracterizan por este síndrome que involucra procesos emocionales, aunque de manera un tanto diferente. Podemos considerar que el deterioro es parcial a diferencia del Síndrome de Perversión Instintiva donde el deterioro de la personalidad es global, deformando completamente el carácter. Ejemplifiquemos para aclarar la patogenia de este síndrome.

Primero, hablemos un poco sobre la dinámica que se da en los casos de carácter neurótico. Cuando hablamos de personalidad, consideramos tres esferas, como se discutió anteriormente. La esfera afectiva es el sector primario de la personalidad y en ella se pueden distinguir dos sectores: los impulsos o motores afectivos (individualidad) y los sentimientos (altruismo o sociabilidad). Conación e Inteligencia son los sectores de contacto con el entorno.

Según Fenichel, la neurosis es una condición en la que “la forma racional y normal de responder a las solicitudes del mundo exterior,

así como a los impulsos internos, es reemplazada por algún fenómeno irracional que le parece extraño al individuo mismo y que no puede ser dominado voluntariamente”. El rasgo común de todas las neurosis, independientemente de su posición en la clasificación, es “la regresión de las reacciones afectivo-emocionales a niveles inmaduros -propios de la fase infantil-, debido a la escasa integración entre los motivos de individualidad y sociabilidad. Su génesis es emocional, es decir, el proceso psíquico, especialmente en las neurosis, en las reacciones neuróticas y hasta en la histeria, es el proceso emocional.

Reservamos un capítulo en el próximo volumen para discutir con mayor profundidad los dinamismos encontrados en estos cuadros. En este punto, es importante entender por qué estas condiciones ocurren con un síndrome de deterioro parcial de la personalidad. Ahora bien, en las neurosis, como ya se discutió en el Capítulo I, no hay menoscabo en el contacto con la realidad y los síntomas del paciente le son extraños, aunque no puede controlarlos. La ansiedad es la emoción más importante en estas situaciones y sus consecuencias o formas en que el individuo trata de controlarla. Así, la afectación es la de la dinámica de la personalidad por conflictos emocionales, que hacen que imágenes mentales sincréticas, cargadas de sentimientos inmaduros, interfieran no con la noción de realidad sino con las reacciones emocionales desencadenadas en diversas situaciones de la relación interpersonal, provocando el surgimiento de algún fenómeno irracional inmaduro que no se puede controlar (fobias, actos compulsivos, ideas obsesivas, reacciones de conversión y disociación, crisis de angustia generalizada y otros).

Es esta patogenia, ligada a procesos emocionales, la que está presente en todos los casos de este tipo, independientemente de que sean más profundos o superficiales y reactivos.

Asimismo, cuando el individuo presente algún rasgo anormal de carácter, su personalidad se reorganizará para tratar, en la medida de lo posible, de evitar sentimientos ligados a la ansiedad, la irritabilidad, la impulsividad, es decir, la afectación de la personalidad, en estos casos también es parcial.

Es claro que la discusión sobre los diferentes procesos emocionales que ocurren en las distintas condiciones neuróticas e incluso en los rasgos anormales del carácter es bastante compleja. Todo el psicoanálisis se construyó sobre estos procesos emocionales y sería imposible presentarlos, ni siquiera sucintamente, en este capítulo. Sólo nos gustaría explicar por qué podemos reunir todos estos cuadros bajo la misma rúbrica genérica del síndrome de deterioro parcial de la personalidad, un diagnóstico sindrómico y por tanto necesariamente impreciso y genérico, pero que representa un primer momento en el razonamiento clínico.

2.10. Síndrome demencial

El Síndrome de Demencia es un síndrome que desdoblamos del Síndrome de Deficiencia Mental. Es un síndrome que inicialmente afecta

principalmente a la Esfera Intelectual pero que progresivamente se extiende a otras Esferas, llegando a comprometer toda la vida mental. Es un síndrome que tiene un inicio insidioso, caracterizado en su inicio principalmente por trastornos de la atención y la memoria. Este síntoma también se acompaña de astenia intelectual y trastornos emocionales y afectivos. Sin embargo, lo que la caracteriza es el deterioro progresivo e irreversible de las funciones cognitivas y, paulatinamente, el deterioro global de la actividad psíquica. Aparece en su evolución la falta de iniciativa, la decadencia de los sentimientos. Puede, según la forma, presentarse en ocasiones con un trasfondo ansioso, disfórico u hostil, pero poco a poco emerge la indiferencia y el distanciamiento progresivo. La evolución es progresiva, pero hay algunas formas que evolucionan a borbotones, dejando una secuela cada vez mayor después de cada brote.

El Síndrome de Demencia ocurre en algunas enfermedades desmielinizantes en la juventud, como la de Schilder; en las denominadas Demencias preseniles (Enfermedad de Pick y Alzheimer), y en las denominadas formas tardías, ya sea de origen isquémico, con infartos múltiples, o la forma de Demencia Senil (que actualmente se denomina Alzheimer tardío). Este síndrome también puede presentarse por etiología infecciosa o tumoral (metástasis o neoplasias invasivas). Puede ocurrir en el corea de Huntington, más raramente en la enfermedad de Parkinson, en el alcoholismo crónico y en otras formas heterotóxicas.

3. Síndromes de localización

Como puede verse en la descripción de este grupo de diez síndromes psiquiátricos, el diagnóstico sindrómico es un tipo de diagnóstico inicial algo impreciso. Esto no significa que no importe. Es una de las etapas del raciocinio clínico y trae consigo una indicación de la patogenia, que habrá que investigar mejor más adelante, especialmente en lo que se refiere al criterio etiopatogénico.

Es porque consideramos importante esta etapa del razonamiento clínico que criticamos el uso de la palabra síndrome, no en el sentido correcto, cuando subyace en él una patogenia conocida relacionada con la Esfera de la Personalidad y los diferentes procesos y sistemas psíquicos. involucrado; pero con un significado vago e impreciso que indica sólo una ligera analogía entre síntomas muy generales. Esto es lo que sucede cuando un profesional utiliza términos como Síndrome esquizofreniforme o Síndrome maniaco.

En mi opinión, son este tipo de malas conductas por parte de algunos profesionales las que hacen pensar al profano que cuando el médico habla de un síndrome es porque no ha podido formular un diagnóstico preciso y utiliza esta palabra en el sentido de una condición de causa desconocida, como pude observar a menudo en los comentarios de los pacientes y sus familias (principalmente en hospitales clínicos).

Para profundizar en el diagnóstico más allá del diagnóstico sindrómico, se utilizarán datos más precisos y profundos de la anamnesis, así como la recurrencia de pruebas complementarias, tal vez necesarias.

Esto permitirá formular un diagnóstico nosológico (diagnóstico de la enfermedad) cuyo fin es señalar un pronóstico y definir algunas de las vías terapéuticas. Sin embargo, la planificación de esta Terapéutica que incluye, dependiendo de cada caso específico, medicación, conducta psicoterapéutica, e incluso orientación psicoagógica a los familiares e intervenciones sociales, ya que el objetivo principal de la intervención psiquiátrica es la reinserción del individuo a la comunidad; no se restringirá ni siquiera al diagnóstico nosológico.

Después de todo, no tratamos enfermedades, sino pacientes. No tratamos abstracciones, sino personas concretas, seres humanos que sufren. Cuando hablamos del Cuadro Clínico de un paciente específico, nos estamos refiriendo a una visión más holística, donde miramos a este ser humano, considerando no solo su diagnóstico, sino a él como un todo, con sus características de personalidad, como miembro de determinada familia, comunidad, etc.

Precisamente porque el diagnóstico sindrómico refleja ese conjunto de síntomas y signos que van de la mano, indicando una posible patogenia, es que también podríamos formular otros diagnósticos sindrómicos, como, por ejemplo, cuando reunimos un conjunto de signos y síntomas que se dan en determinadas condiciones lesionales de ciertas áreas del cerebro.

En rigor, en estas situaciones, la denominación más correcta es Complejo Sintomático y no Síndrome (como lo consideraba Kleist), ya que este conjunto de signos no tiene una patogenia específica que indique algún proceso psíquico preciso, sino sólo el conjunto de síntomas que sugieren una lesión en un área determinada. Después de todo, las áreas cercanas pueden reunir sistemas cerebrales con funciones muy diferentes, no necesariamente relacionadas.

Prof. Aníbal Silveira, durante la década de 1940, realizó un estudio muy profundo con una serie de muchos casos que siguió clínicamente durante varios años y formuló cuadros de complejos sintomáticos que relacionó con ciertos sectores del cerebro. A continuación, pues, presentaremos nuestras conclusiones al respecto:

3.1. Síndrome del lóbulo frontal

Analizando observaciones personales y de la literatura mundial, Aníbal Silveira divide el Síndrome del Lóbulo Frontal²⁸ en varios grupos clínicos, que corresponden a diferencias en la localización de las lesiones: (a) es más rara la sintomatología puramente intelectual, que puede presentar aspectos parciales: desorientación alopsíquica (funciones rudimentarias), desorientación autopsíquica más apatía (funciones superiores), trastornos de expresión y, finalmente, apariencias demente (todas funciones del intelecto); (b) trastornos de la actividad (irritabilidad, turbulencia, impulsividad, timidez); y (c) afectividad. Además, el cuadro

²⁸ Aníbal Silveira – Funciones del lóbulo frontal. Comunicación en resumen con presentación de pacientes, en una reunión de neuropsiquiatría en el Hospital de Juquery, São Paulo, en noviembre de 1933. Publicado posteriormente en la Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo

psíquico también puede presentar (d) trastornos neurológicos concomitantes: pérdida del equilibrio, ataxia, parálisis, parestesias, ataques epileptiformes.

3.2. Manifestaciones clínicas de las lesiones del lóbulo parietotemporal

Cuando Aníbal Silveira presenta su esquema relacionado con las Manifestaciones Clínicas de la zona parieto-temporal²⁹, presenta los síntomas patológicos, relacionándolos con el plano fisiológico involucrado. Enumeraré los síntomas que se enumeran en su condición, colocando entre paréntesis, a continuación, el proceso psicofisiológico que fue perturbado por la lesión: Onirismo (coordinación de la vigilia); Delirio, con la noción de un estado morboso, persecutorio, o de grandeza o expansión (regencia de elaboración mental); Labilidad de atención con prolijidad (regencia del esfuerzo intelectual); Logorrea, Parafasia, Iteración verbal, Liberación verbal. Automatismo verbal-motor (Regencia de la expresión verbal); falta de iniciativa, perseverancia, liberación motriz y automatismo mental motor (dirección de emprendimiento); apraxia segmentaria (regencia, acción somatotópica); automatismo mental verbal-auditivo, alucinaciones auditivas (audición); afasia de comprensión, afasia de repetición o de conducción (comprensión de oraciones); amusia (comprensión de frases musicales); Agnosia táctil e ilusión somatotópica: “miembro fantasma” (reconocimiento por el tacto). A nivel neurológico enumera: parestesias de tipo central y acinesia de tipo catatónico (sensibilidad propioceptiva; pérdida del esquema corporal (orientación sobre el propio cuerpo) y desorientación respecto a derecha e izquierda (noción bidimensional del espacio).

3.3. Manifestaciones clínicas de las lesiones parietooccipitales³⁰

Similar al conjunto de manifestaciones del lóbulo parieto-temporal, presentaré las que Aníbal Silveira enumera como relacionadas con el lóbulo parieto-occipital: Temas delirantes místicos y celos (regencia afectiva de elaboración); coleccionismo y destructividad ; la apraxia de la construcción de Kleist (Constructividad); Apraxia ideomotora (acción motora coordinada); Desorientación en el espacio objetivo (Noción tridimensional del espacio); Alexia (Lectura); Agraphia (Escritura), Acalculia (Cálculo); Agnosia visual de formas y colores (Noción de relieve y colores). En cuanto a los síntomas neurológicos presenta los siguientes: Parestesias y disestesias segmentarias (discriminación táctil); Incapacidad para dirigir la mirada (orientación de la mirada); aura visual y escotomas (visión).

²⁹ Estudio en 100 pacientes, con exploración neumoencefalográfica a ciegas. Abril 1945. Revisión el 31/03/1975.

³⁰ Estudio de 100 pacientes con estudio neumoencefalográfico ciego – abril de 1945 (ampliado en 1951 a 200 pacientes, bajo los mismos criterios. Revisión el 31/03/1975).

3.4. Síntomas del lóbulo frontal como rebote³¹

Con respecto a los síntomas del lóbulo frontal, que surgen como resultado de otras regiones, el Prof. Aníbal Silveira lo mismo, correlacionándolos con la zona principalmente afectada: (a) Zona parieto-temporal: elaboración delirante, principalmente por perturbaciones perceptivas; fabulación, independiente de la amnesia; el automatismo mental de Clérambault, verbal-auditivo y verbal-motor; alucinaciones auditivas; trastornos verbales, del ritmo o de la estructura; hiperactividad, alternando con inhibición de la iniciativa. (b) Zona parieto-occipital: elaboración delirante, principalmente interpretativa; delirio de dinamismo expansivo; el automatismo mental de Clérambault, abstracto; agresividad delirante orientada al tema; acaparamiento, delirante o intencional; ecolalia (c) Zona cerebelosa: pérdida paroxística del tono en la posición vertical; ataxia en actitud erguida, sin concurrencia de perturbaciones intelectuales frontales; nistagmo. d) Zona laberíntica: vértigo recurrente, sin otros componentes del tipo de Menière y sin signos cerebelosos permanentes.

Con los recursos de imagen actuales como la TCC y la Resonancia Magnética funcional, podríamos repetir los exámenes en pacientes con síntomas similares y testear de forma mucho más precisa estas conclusiones a las que llegó Aníbal Silveira con el uso de un examen mucho más crudo: la neumoencefalografía. Lamentablemente, no tuvimos acceso a los dispositivos que realizan estas pruebas para desarrollar esta investigación.

4. Otros síndromes psiquiátricos

Todavía hay dos síndromes psiquiátricos descritos clásicamente que creo que deben mencionarse. El primero es el llamado Síndrome de Korsakoff y el segundo es el Síndrome de Automatismo Mental de De Clérambault.

- 4.1. El Síndrome de Korsakoff es una condición caracterizada por amnesia anterógrada (dificultad para crear nuevos recuerdos), aunque también puede presentarse con amnesia retrógrada, lo que conllevará dificultad para acceder a recuerdos pasados (memoria autobiográfica). Los vacíos de memoria tienden a llenarse con confabulaciones, situaciones imaginarias del pasado. También se manifiestan importantes dificultades de aprendizaje.

Este síndrome o psicosis de Korsakoff es una de las manifestaciones de la enfermedad de Wernicke que tiende a desarrollarse, por lo general, a medida que desaparecen los síntomas encefalopáticos de la enfermedad de Wernicke. Es raro que este síndrome se presente sin

³¹ Estudio en 100 pacientes, con exploración neumoencefalográfica a ciegas. Abril de 1945 (revisado en 1948)

estar acompañado de síntomas neurológicos. Una pequeña minoría todavía termina desarrollando el *delirium tremens*.

Esta condición está relacionada con el abuso del alcohol que, como consecuencia, provoca una deficiencia de múltiples vitaminas y minerales. Sin embargo, la vitamina más relacionada con el desencadenamiento de esta condición es la Tiamina (Vitamina B1). Aunque es posible, este síndrome desencadenado por una etiología diferente al abuso de alcohol es bastante raro.

- 4.2. El Síndrome de Automatismo Mental de De Clérambault es un síndrome complejo relacionado con automatismos mentales complejos, ya sean sensoriales, motores, abstractos, afectivos o inhibitorios. Su presencia provoca lo que anteriormente hemos descrito como Síndrome de Disgregación Psíquico. En nuestra orientación, valoramos mucho la investigación de estos fenómenos en el Examen Psíquico. Debido a su importancia para comprender la patogenia de muchos fenómenos psicopatológicos, pretendemos dedicar un capítulo del próximo volumen de este trabajo específicamente a este fenómeno y, por tanto, no nos detendremos aquí para discutir este fenómeno con mayor profundidad.

5. Complexos sintomáticos descritos por Kleist

Finalmente, optamos por presentar también aquí una clasificación elaborada por Kleist de lo que él llamó Complejos Sintomáticos. Estos complejos sintomáticos se encuentran a medio camino entre el síndrome (un diagnóstico más genérico) y los diagnósticos nosológicos (que son los diagnósticos de la enfermedad que, como ya hemos presentado, también tienen en cuenta el criterio etiopatogénico). Esta clasificación de los complejos de síntomas hecha por Kleist y presentada por el Prof. Aníbal Silveira durante una clase impartida en la Residencia Médica de Psiquiatría durante los años setenta es bastante interesante porque podemos ver que representan una síntesis de las concepciones de ese autor sobre la patogenia de diferentes estados mórbidos mentales relacionados con disfunciones funcionales relacionadas con diferentes niveles de integración entre el tronco cerebral y la corteza cerebral. Kleist divide estos complejos de síntomas en homónimos, heterónimos e intermediarios según la mayor o menor similitud entre el colorido sintomático y la vida psíquica normal. Ya hemos presentado anteriormente, en el cuadro número 19, al final del capítulo II, una síntesis de estos diferentes niveles de integración de las funciones psíquicas y los niveles cada vez más complejos de integración desde la médula hasta la corteza, pasando por el mesencéfalo, el hipotálamo y diencefalo. Evidentemente, esto se hizo de manera muy sucinta, ya que este punto de explicación no cabía en una mayor profundidad del tema, que se reserva para un segundo volumen de esta obra. Sin embargo, si el lector compara la tabla mencionada

anteriormente, puede tener una mejor comprensión de estas diversas tablas que se mencionan a continuación:

- I. Complejos de síntomas homónimos
 - síndromes melancólicos y maníacos
 - Síndromes disfórico, hipocondríaco y eufórico
 - Síndromes de ansiedad y beatitud
 - Síndromes paranoides de desconfianza y afecto (Zutrauen³²): egoísta-persecutorio y altruista

- II. Complejos de síntomas intermedios
 - Síndromes de confusión y estupor
 - Síndromes de hipercinesia y acinesia
 - Estados de movilización de tendencias (Strebungen) con negativismo, o de sumisión (Entgegenkommen), con autismo o prosexia, estereotipia o iteración.
 - Estados impulsivos, compulsivos y obsesivos
 - Estados sugestivos-histéricos, con fijación mental, represión o falsificación de representaciones
 - Estados de debilidad irritable
 - Síndrome de alucinosis
 - Emoción fabuladora o fantástica
 - Estados de influencia e inspiración
 - Estados con una impresión de referencia a uno mismo o de extrañeza, perplejidad o familiaridad

- III. Complejos de síntomas heterónimos
 - Pérdida de conciencia, ausencia.
 - Somnolencia, estado narcoléptico
 - Estado crepuscular - con dificultad para comprender y con perseverancia
 - Síndrome delirante
 - Estado amnésico
 - Estado de empobrecimiento afectivo (Verödung)
 - Estados de demencia, generales o circunscritos
 - Estados de desintegración de conceptos y expresión verbal, con trastornos paralógico-parafásicos
 - Estados de falta de iniciativa, con trastornos alógico-gramaticales
 - Estado de deficiencias caracterológicas

6. Conclusiones

Con este capítulo concluimos este primer volumen de esta obra que pretendemos que sea un Manual de Psicopatología General según los criterios patogénicos de Aníbal Silveira.

³² *Zutrauen* se puede traducir del alemán como confianza, *Strebungen* como esfuerzo o tendencias; *Entgegekommen* – confianza; y *Verödung* – desolación.

Este primer volumen estuvo dedicado a los principios generales de la Psicopatología, a la presentación del criterio patogenético de Aníbal Silveira, cuando discutimos brevemente las concepciones de Karl Kleist, el principal antecesor de Silveira en la institución del criterio patogenético y la forma en que Silveira amplió considerablemente este criterio, construyendo una obra monumental sobre todo el saber psiquiátrico, organizado sistemáticamente a partir de la teoría de la personalidad y los principios filosóficos del Positivismo de Augusto Comte. A continuación, discutimos las modalidades de diagnóstico en psiquiatría y también presentamos una descripción general de las condiciones mórbidas. En el cuarto capítulo iniciamos la caracterización del Método Clínico y la metodización de sus diversas etapas, discutiendo la Anamnesis Psiquiátrica y en el capítulo siguiente el Examen Psíquico o Subjetivo. Finalmente, concluimos el volumen con la presentación de los Síndromes Psiquiátricos.

A continuación, formulamos un glosario con términos inusuales que se utilizaron en el texto de este volumen.

En el próximo volumen nos concentraremos en cada uno de los procesos psíquicos, analizando sus trastornos según su patogenia. Los siguientes son los temas que se abordarán en este segundo volumen: (I) Sueño y Vigilia. Hipnosis. La conciencia y sus trastornos; (II) Trastornos del Estado Crepuscular, Estado Segundo, Despersonalización y Orientación; (III) Afectividad y vida afectiva. Trastornos relacionados: cómo evaluarlos. (IV) Conación: capacidad de iniciativa y emprendimiento. Actividad explícita. Motilidad. Trastornos relacionados (V) trastornos del estado de ánimo y sentimientos corporales; (VI) trastornos de los impulsos, instintos y voluntad; (VII) los trastornos de la vida emocional. Dinamismos en enfermedades psicosomáticas y neurosis; (VIII) alteraciones de la percepción sensorial y síndrome de Automatismo Mental de Clérambault; (IX) Síndrome de Automatismo Mental de De Clérambault; (X) trastornos de elaboración intelectual y simbolización. Trastornos alógicos y paralógicos, fabulaciones, concepciones delirantes. (XI) trastornos de la comunicación. (XII) clasificaciones psiquiátricas.

Glosario

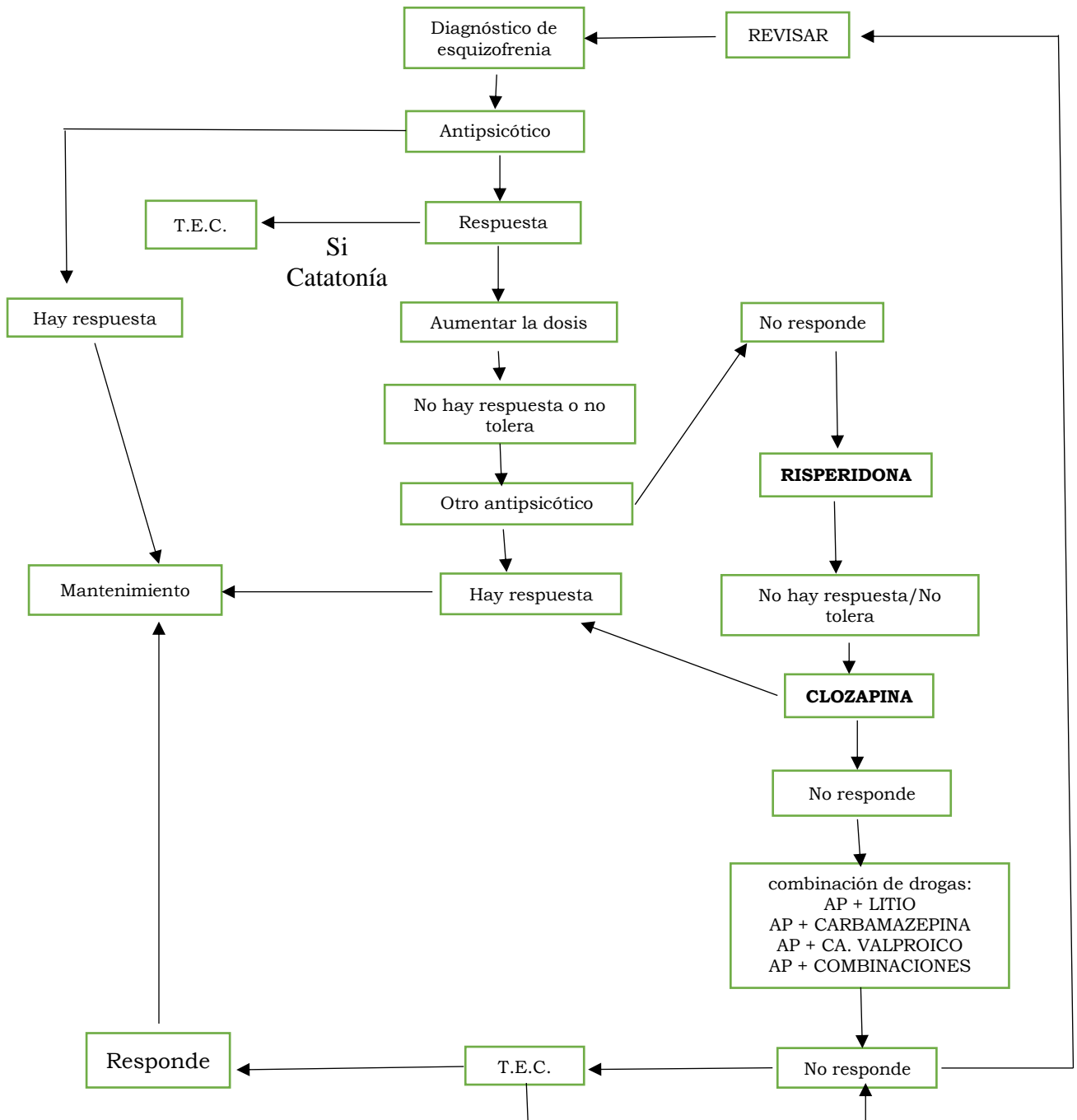
Presentamos a continuación un glosario donde incluimos los términos que aparecían en el texto, que consideramos menos comunes y que podrían suscitar algunas dudas. Proporcionamos una definición de estos términos y ampliamos un poco la discusión de algunos aspectos más de la psicopatología que encontramos interesantes.

Afasia, afemia, apraxia y agnosia: la afasia es la pérdida del lenguaje causada por daños en el sistema nervioso central (que afecta con mayor frecuencia al hemisferio izquierdo del cerebro). Son muy variadas, van desde la dificultad para articular palabras hasta la pérdida total del lenguaje o pérdidas parciales. Kleist utiliza el término Afemia para designar ciertas formas de afasia, más concretamente la afasia motora, un tipo de afasia en la que el paciente sabe lo que quiere decir, pero no puede expresarlo con palabras. Kleist también menciona la Afemia nominal, que vendría a ser una Afasia nominal, en la que la dificultad está relacionada con la capacidad de recordar específicamente sustantivos que designan cosas y personas. En el caso de la Afemia de oraciones, la dificultad radica en la correcta construcción de las oraciones, perdiendo el paciente la capacidad de organizar sintácticamente las oraciones. El término Apraxia se utiliza para designar un trastorno neurológico caracterizado por la pérdida de la capacidad para realizar movimientos y gestos precisos que conduzcan a un objetivo determinado, a pesar de que el paciente tenga la voluntad y la capacidad física para realizarlos. También hay numerosas formas de apraxias. Finalmente, la Agnosia es la pérdida o el deterioro de la capacidad de reconocer o identificar objetos o rostros a pesar de que las funciones sensoriales (visión, oído y tacto) están intactas. También hay varios tipos de agnosias. Actualmente, este conjunto de trastornos (afasias, apraxias y agnosias), si bien se encuentran en el límite del campo de estudio entre la Neurología y la Psiquiatría, son estudiados por una especialidad específica: la Neuropsicología.

Algoritmo: una secuencia finita de instrucciones bien definidas e inequívocas, cada una de las cuales debe ejecutarse mecánica o electrónicamente en un intervalo de tiempo finito y con una cantidad finita de esfuerzo. El concepto de algoritmo a menudo se ilustra con el ejemplo de una receta de cocina, aunque muchos algoritmos son más complejos. Pueden repetir pasos (hacer iteraciones) o requerir decisiones (como comparaciones o lógicas) hasta que se complete la tarea. Un algoritmo ejecutado correctamente no resolverá un problema si se implementa incorrectamente o si no es apropiado para el problema. Un algoritmo no representa necesariamente un programa de computadora, sino los pasos necesarios para realizar una tarea.

A continuación, se presenta un ejemplo de algoritmo utilizado en la práctica clínica, como sugerencia para orientar el tratamiento de la esquizofrenia:

Esquema n.º 16: Ejemplo de algoritmo: Tratamiento de la esquizofrenia (reproducido de las Pautas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Referencia rápida)



Echemos un vistazo a este algoritmo, propuesto para guiar el tratamiento de la esquizofrenia. Al analizarlo, es fácil ver su característica muy pragmática. Partiendo del diagnóstico de Esquizofrenia, inicialmente no se hace referencia a las características de las diferentes formas, a excepción de la catatonía. No tiene en cuenta las características de cada

paciente (el cuadro clínico concreto) que podrían dar alguna indicación sobre la elección más concreta de neuroléptico o incluso la combinación de un neuroléptico y otro fármaco. La secuencia de elección de fármacos se basa en la respuesta o no a la terapia propuesta y, nos parece que, en las últimas etapas, cuando no hay resultado de la terapia propuesta, se empiezan a proponer una serie de asociaciones en las que la razón no se percibe, como cuando se asocia con estabilizadores del estado de ánimo. Es posible que el razonamiento involucrado se relacione con la hipótesis de forma esquizoafectivo, pero esto no se menciona en dicho algoritmo. Finalmente, lo que lleva a la revisión del diagnóstico no son las características clínicas del cuadro sino la respuesta terapéutica. Por tanto, la imprecisión de los conceptos es evidente, pero da una apariencia de objetividad, ya que hay un diagrama de flujo bien definido. Es posible que este algoritmo pueda ayudar de forma eficaz a la orientación terapéutica en un gran número de casos. Sin embargo, si el profesional acepta acríticamente esta propuesta, tendrá grandes dificultades para comprender los casos en los que el algoritmo no produce resultados efectivos. También podemos ver a través de él cuán diferentes son los criterios utilizados del muy preciso que buscaba Aníbal Silveira, por ejemplo, cuando ya en 1940 propuso indicaciones definitivas para elegir entre las diversas terapias biológicas, las únicas disponibles en ese momento. En este criterio pragmático, tenemos la impresión de utilizar el ensayo y error: inicialmente se indica una terapia más tradicional, con neurolépticos más conocidos y, por tanto, de menor riesgo y, al no haber respuesta, ascendiendo a más agresiva o por asociaciones de fármacos. Sin embargo, no se especifica ninguna hipótesis explicativa para la indicación de terapias (al menos inicialmente). El criterio es eminentemente pragmático: el tratamiento responde o no responde, el paciente tolera o no los efectos secundarios. En este razonamiento, hay casi una ojeriza de teorías. El único criterio que aquí parece más preciso y comprensible es la indicación de TEC en casos de catatonía.

Alógeno, somatógeno y neurogénico: términos creados por Kleist para ampliar la concepción de Kraepelin que clasificaba las enfermedades mentales en endógenas y exógenas. Para Kraepelin, las enfermedades exógenas serían aquellas que tienen una causa externa (una infección, una intoxicación, un trauma), mientras que las enfermedades endógenas dependerían de una causa constitucional interna, y por tanto genéticamente determinadas. Esta clasificación se ha vuelto clásica, siendo aceptada por la mayoría de los psiquiatras. Kleist, sin embargo, amplía esta clasificación, creando una división ternaria. Las condiciones alogénicas son aquellas cuyas causas serían externas: lesiones físicas, enfermedades por lesiones químicas, las debidas a infecciones, virus o parásitos, lesiones por deficiencia. En el apartado de cuadros somatógenos estarían las enfermedades de causa metabólica, disglándular, de generación e involución, las de origen hemático, las de carácter cardíaco, circulatorio y vascular, las psicosis postoperatorias, las enfermedades ligadas a afecciones esqueléticas. La tercera subdivisión, que en psiquiatría es la más relevante, acabaría con los

casos de causa genética, hereditaria. Kleist los clasificó en seis grupos: enfermedades progresivas (incluidas las enfermedades neurológicas), trastornos temporales en la constitución neurovegetativa defectuosa, enfermedades temporales con oscilaciones autógenas, constituciones defectuosas con reacciones psicógenas y constituciones defectuosas con averías ergogénicas. En este tercer grupo estarían ciertamente la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva.

Aufklärung – Palabra alemana que significa: iluminación, explicación, iluminación.

Recursos mnémicos: este es el conjunto de recuerdos, las imágenes almacenadas en la memoria.

Carácter - es el conjunto de características y rasgos relacionados con la forma de actuar y reaccionar de un individuo o un grupo. Lo que importa en psicopatología es la aplicación del concepto al individuo y no al grupo, un estudio de psicología social. Para Silveira, el carácter engloba fundamentalmente afectividad y conciencia, es el estilo propio del individuo exteriorizar sus disposiciones afectivas básicas en el comportamiento interpersonal, permitiendo reconocer una modalidad específica. En general, en la definición más popular, el carácter tiene una connotación moral. Carácter sería el conjunto de cualidades y defectos de una persona que determinarían su conducta y moralidad. De ahí las expresiones populares como: mal carácter o firmeza de carácter. En las definiciones científicas debemos evitar los matices morales en nuestras definiciones. Sin embargo, no se puede negar que son los diferentes tipos de carácter los que se expresan en conductas como la firmeza, la pusilanimidad, la crueldad y la mezquindad en las relaciones interpersonales además de otras.

Catamnesis - catamnesis es un término utilizado en Medicina para indicar la historia de un paciente desde que fue dado de alta después de la hospitalización. Puede referirse a su historia desde el final del tratamiento o el alta del hospital hasta el momento de su muerte, o simplemente la llamada historia de “seguimiento”. Este seguimiento de la evolución del paciente puede tener una duración muy variable. El término fue utilizado por Kleist y, posteriormente, por Silveira, en el seguimiento de casos de Esquizofrenia que ya habían sido estudiados por los citados autores en un momento determinado y, que posteriormente fueron revisados, reexaminados y recopilados en su historia evolutiva por ellos mismos. o por sus colegas colaboradores. Esto se hacía a menudo varios años después del examen inicial. El objetivo de este procedimiento realizado por Kleist era establecer la evolución natural de las diversas formas de esquizofrenia descritas por él.

Ciclo circadiano – El ciclo circadiano (del latín circa cerca de + diem día) designa el período de unas 24 horas en el que se basa el ciclo biológico de casi todos los seres vivos, siendo influenciado principalmente por la

variación de la luz, temperatura, vientos, mareas, que cambian entre el día y la noche. Muchas funciones biológicas están reguladas en parte por estas variaciones, incluidos los ritmos psicológicos del cuerpo humano. Influye sobre la digestión, sobre el estado de alternancia sueño-vigilia, sobre la renovación celular y sobre la variación (aunque sea estrecha) de la temperatura del organismo. El hipotálamo es la región del cerebro principalmente responsable de controlar el ciclo circadiano. La influencia de estos factores climáticos se comprende mejor en unas especies que en otras. Se sabe, por ejemplo, que en los animales migratorios hay influencia de la astronomía, la geología y la ecología: las mareas, el ciclo lunar y también la dinámica climática de la Tierra, a través del viento y las corrientes marinas interfieren en las funciones biológicas de estos animales. Hay una especie de “reloj” biológico. En el caso humano, podemos citar los cambios más observados, por ejemplo, en las psicosis fásicas, muchas veces relacionadas con las estaciones. Hay referencias, aunque poco comprendidas, a la influencia de ciertos “vientos” en la exacerbación de síntomas psicóticos en determinados esquizofrénicos. Más recientemente se ha descrito la influencia de la hormona melanotrópica sobre la depresión, e incluso han aparecido fármacos antidepresivos, derivados de esta hormona poco conocida, como la agomelatina.

Déjà vu – Jamais vu – déjà vu es un término para designar una sensación desencadenada por un hecho presente que hace que quien la padece parezca extrañamente haber presenciado ya esa situación específica, cuando en realidad no había sucedido. Se trata de una alteración que no tiene necesariamente una connotación patológica, siendo más frecuente en algunas personas, aunque también puede darse con mayor frecuencia en determinadas situaciones, como por ejemplo en la epilepsia del lóbulo temporal. El fenómeno es una alteración momentánea de la memoria, en el proceso de proyección cronológica, de modo que el hecho presente se proyecta en el pasado, provocando una sensación de familiaridad que provoca extrañeza. El fenómeno del jamais vu, en cambio, es menos frecuente en la población. Tampoco tiene necesariamente una connotación psicopatológica, aunque su rareza hace que sea más frecuente en los trastornos psicopatológicos que el fenómeno del déjà vu. En el jamais vu ocurre exactamente lo contrario, es decir, una situación familiar es sentida por el sujeto que presenta el fenómeno, como extraña. Explicando mejor: el individuo, por ejemplo, entra a su casa y ve a sus familiares sentados en la sala. Se da cuenta de que son su familia, pero tiene la sensación de que no lo son, que todo es extraño y diferente. No reconoce momentáneamente la situación familiar como tal. El sentimiento de extrañeza provoca entonces perplejidad. El fenómeno, sin embargo, también es transitorio. Este último fenómeno, cuando es persistente, puede ser indicativo de una psicosis. Existe una forma de psicosis aguda reversible (psicosis diatética según Silveira) descrita por Kleist donde se pierde la categoría de familiaridad y el individuo se siente perplejo por la extrañeza que siente. A menudo, formula concepciones delirantes para explicar el fenómeno y su sensación, y pueden surgir lo

que algunos autores denominan delirios de dobles (Síndrome de Capgras). Kleist llamó a esta forma específica de psicosis Psicosis aguda de extrañeza.

Eclecticismo - término filosófico relacionado con una directriz teórica originaria de la antigüedad griega, y ocasionalmente revisada en la historia del pensamiento, que se caracteriza por la yuxtaposición de tesis y argumentos de diversas doctrinas filosóficas, formando una cosmovisión pluralista y multifacética. El eclecticismo es un método científico o filosófico que busca conciliar diferentes teorías.

Júbilo - En su definición profana, el júbilo correspondería a la característica o particularidad del altivo, del arrogante. También puede significar el estado de ser de magnitud; que es sublime, elevado. En Psiquiatría se utilizó el término con un significado mucho más preciso. Es un estado en el que el estado de ánimo está bastante exaltado, todas las funciones afectivas están exageradas y expandidas, llevando al sujeto a presentar euforia, inquietud y pensamiento acelerado.

Enuresis nocturna - Denominación dada al hábito involuntario de orinar durante el sueño, conocido popularmente como “mojar la cama”. A partir de los 5 años para las niñas y los 6 años para los niños, se considera anormal que la enuresis se presente más de dos veces al mes. La enuresis nocturna afecta principalmente a niños, en algunos casos a adolescentes e incluso a adultos jóvenes. Se estima que del 2% al 3% de los jóvenes pueden sufrir de enuresis nocturna.

Espectro - Espectro es un concepto que se ha aplicado más recientemente en Psiquiatría para definir diferentes entidades nosológicas, pero con presentaciones sintomatológicas similares, que ocurren dentro de un cierto continuo. Según otros, el concepto de espectro engloba matices que podrían escapar a una categoría diagnóstica estática. Aún hay otros autores que señalan que el espectro es un conjunto de aspectos y peculiaridades mal definidos, que se postulan como expresiones fenotípicas alternativas o parciales del genotipo que permea, por ejemplo, la esquizofrenia. Aunque este concepto ha ido generando controversia entre quienes lo defienden y quienes lo consideran demasiado impreciso, creemos que representa un verdadero avance hacia una mejor comprensión de la patogenia de las afecciones relacionadas. Sin embargo, el concepto de Ciclo Heredológico de Aníbal Silveira, si bien tiene similitudes con el concepto de Espectro, a nuestro juicio, es mucho más preciso, categorizando los diferentes marcos no sólo como relacionados sino también mostrando aquellos que son centrales, constitucionales y aquellos que son efectos secundarios, revelando diferentes grados de atenuación de la carga genética relacionados con los diferentes grupos nosológicos.

Estado Crepuscular: habrá un capítulo dedicado tanto al Estado Crepuscular como al Estado Segundo y la Despersonalización en el

próximo volumen de este manual, por lo que solo daremos una definición muy sucinta. Hay trastornos que involucran más específicamente los procesos de atención, memoria y conciencia. El estado crepuscular perjudica más directamente la atención. Se produce lo que los fenomenólogos llaman "estrechamiento del campo de la conciencia". El sujeto en estado crepuscular presenta un contacto más eferente con el medio, generalmente caracterizado por la intensa liberación de agresividad. Sin embargo, no está fijando lo que percibe, su captura está fragmentada y, tras su remisión, comprobaremos que no hubo fijación del período. El sujeto, por lo tanto, presenta una brecha mnésica. Es una condición ligada a la epilepsia, que puede presentarse como equivalente (ya que es "equivalente" a la crisis) o desencadenada por factores externos (intoxicación alcohólica, cuando se denomina intolerancia al alcohol o embriaguez patológica; intoxicación por otras drogas, traumatismos, y otras noxas).

Factor cronogénico – Cuando usamos este término en psicopatología y, principalmente, en la manifestación de enfermedades mentales relacionadas con la edad común en que se manifiestan, nos referimos a un aspecto muy complejo y aún poco comprendido de la expresividad de ciertas tendencias hereditarias. Se observa empíricamente que los estados esquizofrénicos (pero no sólo éstos, aunque en estos casos este aspecto es mucho más claro) tienen un cierto tiempo para estallar. Aunque todos los autores mencionan que, con mucha frecuencia, los pacientes que desarrollan una forma procesal esquizofrénica progresiva presentan una personalidad premórbida, generalmente caracterizada por excesiva timidez, excentricidad, dificultades en las relaciones interpersonales, razonamiento inusual, presentan un período en el que su desarrollo es relativamente normal. Además, a pesar de que se describe la personalidad premórbida antes mencionada, su comprobación se realiza a posteriori, es decir, tras el estallido de los síntomas psicóticos, ya que antes de ello, la comprobación de estos rasgos de personalidad no permite realizar un diagnóstico, ni siquiera aproximado, que el individuo desarrollará efectivamente una condición esquizofrénica dentro de unos pocos años. El factor cronogénico, entonces, sería este aspecto relacionado con ciertas enfermedades hereditarias que estaría relacionado con el tiempo de desarrollo en el que se manifestaría la enfermedad, es decir, la constatación de que existe un período de tiempo específico para que esa tendencia hereditaria venga a expresarse. En el caso de la esquizofrenia hebefrénica, en la adolescencia tardía, generalmente entre los 16 y los 21 años, en el caso de la catatonía, a principios de la tercera década, en el caso de la esquizofrenia paranoide, a mediados de la tercera década, y en el caso de parafrenias, en la adolescencia tardía, tercera e inicio de la cuarta década de la vida. Este es un factor aún poco conocido que puede estar relacionado con la interacción de la tendencia hereditaria con factores ambientales que aparecerían con mayor frecuencia en el momento del brote de las enfermedades, o quizás, la manifestación de un "reloj" biológico relacionado con los genes.

Fenómenos hipnoagógicos e hipnopómpicos: son fenómenos psicológicos que ocurren durante la transición entre el sueño y la vigilia. Suelen describirse como experiencias alucinatorias o pseudoalucinatorias que ocurren cuando el individuo está somnoliento, pero aún no completamente dormido (hipnagógico) o cuando se está despertando, pero aún no ha alcanzado la lucidez total (hipnopómpico).

Huida de ideas – denominación atribuida a la situación en que el individuo, debido a una intensa aceleración del curso del pensamiento, no puede concluir sus pensamientos, saltando de una idea a otra de forma tan brusca que pierde la línea de razonamiento, tornándose el resultado de su trabajo mental bastante desorganizado. Hay, en la descripción del síndrome de excitación psíquica, síntomas paulatinamente más acentuados que involucran la organización y el curso del pensamiento, desde la aceleración del curso del pensamiento, pasando por el llamado “pensamiento salticante”, llegando posiblemente a la “huida de ideas”.

Homeostasis – es la propiedad de un sistema abierto, especialmente de los seres vivos, de regular su ambiente interno, con el fin de mantener una condición estable a través de múltiples ajustes de equilibrio dinámico, controlados por mecanismos reguladores interrelacionados. El término fue acuñado por Walter Bradford Cannon. Se compone de los términos griegos: homeo - "similar, igual", y estasis - "estático". El término se usa con mayor frecuencia cuando se refiere a la homeostasis biológica. Los seres vivos multicelulares necesitan, para mantenerse con vida, una integración equilibrada de las diversas funciones realizadas por diferentes órganos y sistemas complejos. Hay un medio interno que, aunque presenta variaciones, requiere que estas sean muy estrechas: por ejemplo, el pH de la sangre, la cantidad disponible de glucosa y grasa, la dosis de sodio y potasio, la cantidad de hormonas, y otros aspectos metabólicos. De esta forma, existen mecanismos para que las posibles variaciones se equilibren y la condición de este medio se mantenga estable. Los mecanismos para mantener esta estabilidad son múltiples y el equilibrio es dinámico. Además, los sistemas homeostáticos también deben tener la capacidad de adaptarse al entorno externo e interno. El medio externo es mucho más variable que el interno y el organismo necesita hacer uso de estos mecanismos para mantener el equilibrio dinámico interno. Cuando estos recursos dinámicos no son suficientes para mantener este equilibrio, el organismo colapsa y, si no hay un factor que modifique esta situación, morirá. Los sistemas homeostáticos tienen algunas propiedades, a saber: son extremadamente estables; su extensión y organización, interna, estructural y funcional, contribuye al mantenimiento del equilibrio; son impredecibles (el resultado de una determinada acción puede incluso ser el contrario al esperado). Algunos ejemplos de homeostasis en mamíferos son: la regulación de la cantidad de agua y minerales en el cuerpo (osmorregulación), que depende principalmente de los riñones; la eliminación de desechos metabólicos, conocida como excreción, que tiene lugar en órganos excretores como los

riñones y los pulmones; la regulación de la temperatura corporal, realizada principalmente por la piel y la circulación. Según Aníbal Silveira, para que el organismo mantenga su consenso (para que realmente exprese la máxima hipocrática de que en el organismo humano todo es solidario, todo compite, todo conspira y todo consiente; es necesario diseñar un órgano (que pueda estar compuesto por varias áreas cerebrales) que realiza esta función de regencia metabólica. Sería el órgano del instinto de autoconservación o instinto nutricional. Algunos biólogos han intentado ampliar el concepto de homeostasis al equilibrio que existe entre los organismos vivos y su entorno, es decir, intentó extender el concepto a la Ecología, pero esta concepción sigue siendo controvertida, aunque interesante y casi defendible desde un punto de vista ético.

Horme – término acuñado por von Monakow en su teoría de la personalidad. La palabra griega 'Ορμη significa impulso, deseo. Según Monakow, el horme sería un instinto básico, fundamental, formativo. A partir de él, la mente, en contacto con el ambiente externo, crearía los “hormetérios” (derivados del horme en su contacto con el ambiente externo) y de estos los nou-hormetérios que serían responsables de los actos conscientes, de las reacciones objetivas para pensamientos y por las disposiciones. De esta manera, el horme sería un instinto formativo ciego, sin dirección. Hormeterio serían instintos personales, tendencias, sentimientos de fuerza, y actuaría sobre el medio externo. Y, los nouhormeterios representarían la adaptación a la realidad, el motor y la orientación consciente, la integración en el ámbito religioso, en la sociedad y en el cosmos. El término horme también fue utilizado por MacDougall, quien calificó su teoría como hórmica, que en esta teoría indica a calidad intencional de las acciones humanas. Este concepto es más conocido que el utilizado por von Monakow.

Logorrea – En psicopatología, este término indica la imposición interna y compulsiva de hablar; es una verbosidad excesiva, una locuacidad anormalmente aumentada.

Neguentropía: este es un concepto complejo si queremos definirlo con precisión. Es la entropía que exporta un sistema vivo para mantener baja su entropía (tendencia a la desorganización). Se encuentra en la intersección de la entropía y la vida. Para compensar el proceso de degradación sistémica a lo largo del tiempo, algunos sistemas abiertos (como los sistemas vivos) logran compensar su entropía natural con aportes de los subsistemas con los que se relacionan. Si en un sistema cerrado el proceso entrópico no puede detenerse por sí solo, en un sistema abierto la neguentropía sería una resistencia sostenida en subsistemas enlazados que reequilibran el sistema entrópico. En el texto, usamos el término en un sentido más llano, analógico, es decir, con él nos referimos a las características que tienen los seres vivos para mantenerse organizados (al menos por un período de tiempo) a través de los intercambios que realizan con el medio ambiente. Esta tendencia a

mantenerse, sin embargo, es siempre por un período de tiempo, ya que una característica de los seres vivos es también la muerte. Las funciones para mantener el sistema orgánico también se deterioran con el tiempo hasta que la acumulación de alteraciones que se producen se vuelven incompatibles con la vida, dando como resultado la muerte y la desorganización del sistema.

Noxa: este término designa un agente, sustancia, acto o influencia que es perjudicial o perniciosos para el cuerpo o la salud. Así, se denomina noxa a todo lo que penetra en el organismo vivo y le causa daño, ya sea biológico, social o psicológico. Así, la noxa está relacionada con lo que llamamos etiología. La etiología estudia cómo interactúan múltiples factores para formar el objeto específico que se estudia. En el caso de la patología, la etiología está relacionada con el estudio de las causas de las enfermedades, lo que, a nuestro juicio, está siempre en la interacción de la constitución del organismo con los factores ambientales. Cuando hablamos de noxas, por ejemplo, en enfermedades infecciosas, se refieren al germen o parásito implicado en causar la enfermedad. En el caso de las enfermedades mentales, las noxas son siempre mucho más complejas. Así, podemos hablar de las más variadas noxas, especialmente cuando se trata de psicopatología. Las noxas serían los factores causales derivados del medio y relacionados con los trastornos estudiados.

Pensamiento salticante: término que indica uno de los síntomas del síndrome de excitación psíquica. En este síndrome, el curso del pensamiento puede ser tan acelerado que el sujeto que lo presenta puede, durante una conversación, no ser capaz de concluir sus ideas, saltando de un pensamiento a otro, volviéndose dispersivo. Este es el significado de este término. Cuando el curso del pensamiento se acelera aún más, puede surgir lo que llamamos una huida de ideas. En este caso, la aceleración es de tal magnitud que es casi imposible entender lo que el individuo está tratando de expresar, su discurso puede ser entonces aparentemente incoherente.

Pitiatismo – palabra derivada del griego *peítho*, que significa “persuadir, convencer” e *iatós*, que significa lo que cura. Así, pitiatismo significa “aquello que se cura por sugestión, por persuasión”. Es un término que fue creado por el neurólogo francés J. F. Felix Babinsky, quien vivió de 1857 a 1932, para designar un conjunto de trastornos nerviosos y psíquicos que pueden surgir por persuasión o sugestión y que también se curan a través de esta. Babinsky, al igual que Freud, fueron alumnos de Charcot que estudiaron a los pacientes pitiáticos e histéricos y el uso de la hipnosis en su tratamiento. Posteriormente, este conjunto de trastornos se asoció con la Histeria, principalmente a través de los trabajos de Freud y el psicoanálisis. Sin embargo, Aníbal Silveira consideró que la histeria y el pitiatismo eran situaciones diferentes. En el caso del pitiatismo, el cuadro sería un trastorno permanente, caracterizado fundamentalmente por la superficialidad de los afectos y la tendencia a la sugestionabilidad. Este cuadro no tendría la patogenia

emocional por conflictos profundos ocurridos en la infancia, que se encuentra en los casos de Histeria, tratándose de características innatas de la personalidad.

Pratorrea – significa actividad excesiva, ocupaciones. Del griego praktos que significa ocupación y reia que significa liberación. Actividades evidentemente desorganizadas e inacabadas, que se producen por la excesiva vuelta al medio dada por la hipervigilancia y cierta excitación psíquica. Precisamente por esto, se presenta concomitantemente con la logorrea (liberación del lenguaje).

Pseudo-alucinación – término utilizado por algunos autores fenomenológicos para describir un fenómeno en el que, según dicen, la actividad de la imaginación es estimulada tan intensamente que, como resultado, las imágenes imaginadas pueden adquirir un aspecto de percepción real. Se diferencia de las alucinaciones porque el sujeto que las presenta es algo crítico con su realidad. El término en realidad no es muy preciso. En ocasiones, su descripción sugiere ciertos tipos de automatismo mental sensorial de tipo verbal-auditivo, cuando las “voces” son introyectadas, es decir, cuando el individuo las escucha “dentro de su cabeza”. Para nosotros, sin embargo, no es sólo la introyección lo que diferencia la verdadera alucinación del automatismo mental sensorial verbal-auditivo. Es claro que, si se introyectan “las voces”, siempre se tratará de un automatismo mental y no de una verdadera alucinación; pero existen fenómenos “extrayectables” de automatismo mental, es decir, proyectados al medio ambiente. Lo que diferencia el automatismo mental de la alucinación es la sensación de que “las voces” son extrañas y el individuo nunca las confunde con la percepción verdadera, aunque crea en la existencia de las mismas.

Psicoagogia – Término utilizado por Aníbal Silveira para referirse a la intervención realizada por el psicólogo o psiquiatra con el paciente, visando tanto orientarlo como su tratamiento; y el uso, incluso en las entrevistas iniciales o de seguimiento, de técnicas psicológicas derivadas de las técnicas de la psicoterapia, que pretenden paliar los conflictos emocionales más superficiales, a menudo fácilmente accesibles a estas técnicas incluso en unas pocas entrevistas. Aun cuando las entrevistas tengan por objeto recoger anamnesis o seguimiento clínico, el psiquiatra nunca debe dejar de utilizar técnicas de intervención psicológica para aliviar el sufrimiento de su paciente e incluso para orientar a sus familiares, visando la prevención.

Psicógeno – término utilizado para referirse a los trastornos mentales cuya causa se debe a profundos conflictos emocionales ocurridos en la infancia. Diferenciamos estas situaciones de las que llamamos reactivas, porque en estas últimas, aunque la causa también es emocional, los conflictos son más superficiales y actuales.

Reflejo de orientación: término acuñado por Pavlov para indicar la reacción que ocurre cada vez que sentimos un cambio repentino en el mundo, especialmente un movimiento repentino. Con cada nuevo estímulo ambiental, el organismo (animal u hombre) reacciona con una respuesta de orientación. Esta respuesta se extingue por repetición, en ausencia de reforzadores. Es un reflejo incondicional, esto es innato.

Reliquat: en francés, la palabra reliquat significa lo que subsiste a algo, o lo que queda después de un ajuste de cuentas. En psicopatología, el término se ha utilizado para indicar un defecto, una deficiencia que permanece después de la remisión de un episodio psicótico, un defecto que se vuelve permanente.

Sincretismo – palabra compuesta por el prefijo griego “syn”, que puede traducirse como “con”, el término “kriti”, que es sinónimo de “cretense” y, el sufijo “-ismo”, que se usa para referirse a un doctrina o sistema. La conciliación de diferentes doctrinas o posiciones se conoce como sincretismo. De esta forma, implica la fusión de diferentes elementos en uniones, lo que en ocasiones conduce a un resultado que carece de coherencia interna. Así, el sincretismo significa la fusión de varios elementos en un resultado que no siempre es organizado y coherente. Es un término que se utiliza en muchas situaciones, como, por ejemplo, cuando se habla de sincretismo religioso, en el que se juntan diferentes doctrinas religiosas, muchas veces incongruentes entre sí. También se puede utilizar en filosofía. Cuando usamos el término en nuestro texto, se refiere a lo que llamamos imagen sincrética. En este caso concreto queremos referirnos a imágenes mnémicas que aparecen fusionadas por el predominio de nexos afectivos primarios. Son imágenes que no fueron suficientemente separadas y organizadas por el pensamiento lógico, siguiendo una lógica afectiva. Son imágenes que se fijaron por conflictos emocionales en la infancia. Pero, aun cuando hablamos del proceso emocional en un individuo normal, debemos considerar que en toda noción hay también un componente accesorio dado por las repercusiones emocionales. Esta repercusión emocional moviliza el material mnéstico y, estas imágenes son sincréticas, el trabajo intelectual, sin embargo, se encargará de separarlas y ordenarlas. Sin embargo, el resultado consciente es solo una parte de este complejo proceso, que en su mayor parte no es consciente.

Síndrome del automatismo mental de De Clérambault – No tiene sentido dedicarnos con mucho detalle a explicar este síndrome, que será objeto de un capítulo en el próximo volumen de este Manual. Por lo tanto, solo importa que expliquemos de una manera más general de qué se trata este síndrome. El automatismo mental es un conjunto de síntomas que fueron descritos por primera vez en 1920 por el psiquiatra francés Gaëtan Gatian de Clérambault. Se caracteriza por alucinaciones, generalmente acompañadas de sentimientos de estar poseído por otra persona o fuerzas extrañas. La mayoría de los autores hablan de automatismo mental menor cuando el fenómeno se limita a la sensación de no poder controlar

recuerdos o pensamientos. El llamado automatismo mental mayor, en cambio, se acompaña de fenómenos que la mayoría de los autores consideran alucinaciones que involucran todos los sentidos. Aníbal Silveira, sin embargo, diferencia con precisión el síndrome de automatismo mental sensorial de las alucinaciones “verdaderas”, ya que ambas tienen patogenia que involucra diferentes aspectos de los mismos sistemas cerebrales. En el caso de las alucinaciones “verdaderas”, la patogenia es afectiva, comprometiendo intrínsecamente los órganos intelectuales de observación. Como resultado, en las verdaderas alucinaciones, el sujeto es incapaz de distinguir el fenómeno alucinatorio de la percepción real. En el caso del automatismo mental, la patogénesis es conativa, involucrando los núcleos sensoriales talámicos. Así, aunque el sujeto tenga efectivamente la percepción de objetos que no son reales, es decir, “alucina” según la definición más genérica de alucinación; tiene un sentimiento de extrañeza ante el fenómeno que le hace tener una relativa crítica del mismo, mostrando reticencias o incluso buscando explicaciones delirantes al fenómeno que le parece extraño. En cualquier caso, las diversas modalidades del automatismo mental son bastante complejas y amplias, no restringidas al automatismo mental de tipo sensorial. Hay automatismos mentales abstractos, motores, afectivos, además de sensoriales.

Trance – La palabra trance, derivada del latín *transire* que designaba el hecho de pasar, en la época medieval se relacionaba con la agonía (paso del moribundo de un mundo a otro). También se aplicaba a la pasión de Cristo y por tanto también tenía una connotación ligada a las creencias religiosas ligadas a los ritos. El sustantivo ha conservado este doble sentido, siendo utilizado para designar los llamados estados “segundos” tanto en la dimensión psicológica como social. Más recientemente, se ha utilizado para designar estados modificados de conciencia, algunos socialmente organizados, como en trances “mediúmnicos”, “extáticos” o “inducidos por drogas” vinculados a rituales religiosos. También se puede utilizar para estados psicológicos poco frecuentes como el “trance hipnótico”.

Referencias bibliográficas

- ALEXANDER, FRANZ. *Medicina psicossomática: seus princípios e aplicações*. Tradução de Cêia Beatriz Fischmann. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, FRANCISCO. *Fundamentos de la Psiquiatría Actual*. 4.^a ed. Madrid: Paz Montalvo, 1979. 2 v.
- ASTRUP, CHRISTIAN. *Psiquiatria Pavloviana: a reflexologia atual na prática psiquiátrica*. Tradução de Gilberto Lourenço Gomes. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979.
- AUDIFFRENT, GEORGES. *Du cerveau et de l'innervation*. Paris: Dunod, 1869.
- BUENO, FRANCISCO DA SILVEIRA. *Dicionário Escolar da Língua Portuguesa*. 11.^a ed. Rio de Janeiro: Fename, 1979.
- CASEY, PATRICIA; KELLY, BRENDAN. *Fish's clinical psychopathology: signs and symptoms in psychiatry*. 3.^a ed. Londres: Gaskell, 2014.
- CERTCOV, DANIEL. *Psicopatología general dialéctica*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1985.
- CHOWDARI, K. V. & NIMGAONKAR, V. L. *Esquizofrenia*. Rev. Psiquiatr. Clín., vol 21 s.2, págs. 52-56, São Paulo, 1999.
- COELHO, LUCIA. *Dinâmica psíquica e atividade cerebral. Teoria de personalidade: a construção de um modelo teórico de personalidade*. São Paulo: Terceira Margem, 2014. 1.^o vol.
- COELHO, LUCIA. *Epilepsia e personalidade: psicodiagnóstico de Rorschach, entrevistas e anamnese hereditária em 102 examinandos*. 2.^a ed. rev. e aum. São Paulo: Ática, 1980.
- COELHO, LUCIA. *Fundamentos epistemológicos de uma psicologia positiva*. Tradução de Zakie Yazigi Rizkallah. São Paulo: Ática, 1982.
- COOMORASWAMY, ANANDA. *Buddha y el evangelio del budismo*. Tradução de Enrique A. Franchi. 2.^a ed. Barcelona: Paidós Orientalia, 1994.
- DALERY, JEAN; D'AMATO, THIERRY. *A Esquizofrenia: investigações atuais e perspectivas*. Tradução de José Nunes de Almeida. Lisboa: Climepsi, 2001.
- DIAS NETO, EMMANUEL. *Genoma, genética e psiquiatria (Editorial)*. Rev. Psiquiatr. Clín., vol.31, n.º1, São Paulo, 2004.
- FAZZANI NETO, ROBERTO. *Comportamento violento: aspectos teóricos*. Análise da apreensão e representação de imagens em protocolos de Rorschach de examinandos violentos. 1994. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994. 147 f.
- FAZZANI NETO, ROBERTO. *Considerações a respeito dos processos de atenção, memória e consciência, segundo as concepções de Aníbal Silveira e Aleksandr Romanovitch Luria: correlações entre as duas visões*. Boletim da Sociedade Rorschach de São Paulo. São Paulo, vol. IV, n.º1, p. 8-29, jan./dez. 1985.
- FAZZANI NETO, ROBERTO. *Contribuição ao estudo da perversidade: o método de Rorschach como exame complementar: um caso clínico*. Arq. Coord. Saúde Mental. São Paulo, XLV, p. 173-196), 1985.

- FRIDMAN, CINTIA; GREGÓRIO, SHEILA P.; DIAS NETO, EMMANUEL & OJOPI, ÉLIDA P. BENQUIQUE. *Alterações genéticas na doença de Alzheimer*. Rev. Psiquiatr. Clín., vol.31, n.º1, págs. 16-24, São Paulo, 2004.
- FUENTE, RAMÓN DE LA. *Nuevos caminos de la Psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica, 1990.
- GALVÁN, GABRIELA. *O conceito de regressão em Freud e Winnicott: algumas diferenças e suas implicações na compreensão do adoecimento psíquico*. Winnicott e-prints vol.7 no.2 São Paulo 2012.
- GOLDAR, JUAN CARLOS. *Anatomía de la mente: ensayo sobre los fundamentos neurobiológicos de la psiquiatría*. Buenos Aires: Salerno, 1993.
- GOLDAR, JUAN CARLOS; ROJAS, DARÍO; OUTES, MARIANO. *Introducción al diagnóstico de las psicosis*. Buenos Aires: Salerno, 1994.
- GONZALES, CHRISTINA HAJAJ. *Transtorno obsessivo-compulsivo*. Rev. Psiquiatr. Clín., vol. 21 s.2, págs. 68-74, São Paulo, Oct. 1999.
- HIGA, OSCAR; FASOLINO, GERARDO HUGO. *Catatonía: propuesta de reubicación nosológica del cuadro de Kahlbaum*. Buenos Aires: Salerno, 1993.
- HUME, DAVID. *Ensaio sobre o entendimento humano*. Versão eletrônica do livro 'Investigação acerca do Entendimento Humano'. Trad. Anoar Aiex. Créditos da digitalização: membros do grupo de discussão Acrópolis (Filosofia).
<https://pt.slideshare.net/francismonteirodarocha/david-hume-ensaio-sobre-o-entendimento-humano>
- JASPERS, KARL. *Psicopatologia Geral: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*. Tradução de Samuel Penna Reis. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979. 2 v.
- KAPLAN, HAROLD I; SADOCK, BENJAMIN J. *Tratado de Psiquiatria*. Tradução de Andrea Callef et al. Porto Alegre: Artmed, 1999. 3 v.
- KLEIST, KARL. *Progressos da Psiquiatria*. Tradução de Dora Martinic Morales. [S.l., s.n.] [1960?]
- KRAPF, EDUARDO ENRIQUE. *La patología cerebral segun Karl Kleist*. Revista Latinoamericana de analisis bibliograficos de Neurología y Psiquiatría, vol. 1 – n.º1, julio de 1938, págs. 1-44.
- KRAPF, EDUARDO ENRIQUE. *Psiquiatria: tomo I*. Buenos Aires: Paidós, 1959.
- KRETSCHMER, ERNST. *Paranoia et sensibilité: contribution au problème de la paranoia et à la théorie psychiatrique du caractère*. Tradução de S. Horinson. Brionne: Gérard Monfort, 1963.
- KURCGANT, DANIELA; PEREIRA, MARIO EDUARDO COSTA. *A teoria de John Hughlings Jackson sobre a evolução e dissolução do sistema nervoso: observações clínicas, influências e repercussões*. Rev. Latinoam. Psicop. Fund., VI, 1, p. 148-143, mar/2003.
- LAPASSADE, GEORGES. *La transe*. Paris: Presses Universitaires de France, 1990.

- LARA, DIOGO. *Temperamento forte e bipolaridade: dominando os altos e baixos do humor*. Porto Alegre: Diogo Lara, 2004.
- LEONHARD, KARL. *Le Psicosi Endogene*. Tradução de Adolfo Bovi. Milão: Feltrinelli, 1968.
- LIMA, IVANOR VELLOSO MEIRA; SOUGEY, EVERTON BOTELHO & VALLADA FILHO, HOMERO PINTO. *Genética dos transtornos afetivos*. Rev. Psiquiatr. Clín., vol. 31, n.º1, págs 10-16. São Paulo, 2004.
- LIMA, IVANOR VELLOSO MEIRA; SOUGEY, EVERTON BOTELHO; VALLADA FILHO, HOMERO PINTO. *Farmacogenética do tratamento da depressão: busca de marcadores moleculares de boa resposta aos antidepressivos*. Rev. Psiquiatr. Clín., vol. 31, n.º1, págs. 31-35, São Paulo, 2004.
- LIMA, IVANOR VELLOSO MEIRA. *Repetições CAG: candidatos na gênese das psicoses funcionais*. Rev. Bras. Psiquiatr., vol 21 s.2, pág. 46-51, São Paulo, 1999.
- LOPES, EDWARD. *Fundamentos da lingüística contemporânea*. São Paulo: Cultrix, 1995.
- LURIA, ALEXANDR ROMANOVICH. *El cerebro humano y los Procesos Psíquicos*. Barcelona: Fontanella, 1979.
- MACHADO, ANGELO. *Neuroanatomia funcional*. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, 1977.
- MARTIN, ALDA. *Transtorno bipolar*. Rev. Psiquiatr. Clín., vol. 21 s.2, 56-61, São Paulo, oct. 1999.
- MENDES FILHO, RUY B. *Sobre instinto: análise de teorias contemporâneas baseada na concepção de Aníbal Silveira*. 1984. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Instituto Metodista de Ensino Superior, São Bernardo do Campo, 1984. 202 f.
- MESSAS, GUILHERME PERES. *A participação da genética nas dependências químicas*. Rev. Psiquiatr. Clín., vol 21 s2, págs. 37-46, São Paulo, 1999.
- MUCCHIELLI, ROGER. *A entrevista não-diretiva*. Tradução de Silvia Magaldi. São Paulo: Martins Fontes, 1978.
- MUCCHIELLI, ROGER. *Introdução à Psicologia Estrutural I e II*. Lisboa: Presença, 1974. 2 v.
- NICOLINI, HUMBERTO. *Perspectivas futuras da genética psiquiátrica (Editorial)*. Rev. Psiquiatr. Clín., vol. 21 s.2, São Paulo Oct. 1999.
- OJOPI, ELIDA P. BENQUIQUE; GREGORIO, SHEILA PASSOS; GUIMARÃES, PEDRO EDSON MOREIRA; FRIDMAN, CINTIA; DIAS NETO, EMMANUEL. *O genoma humano e as perspectivas para o estudo da esquizofrenia*. Rev. Psiquiatr. Clín. Vol.31, n.º1, págs. 2-10, São Paulo, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Tradução e Prefácio à Ed. brasileira de Dorgival Caetano, colaboração de Maria Lucia Domingues e Marco Antonio Marcolin. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- PALLADINI, PAULO. *Patogênese: uma introdução ao pensamento de Aníbal Silveira*. São Paulo: Terceira Margem, 2010.

- PAVLOV, IVAN PETROVIČ. *Psicopatologia e Psichiatria*. Aos cuidados de E. Popov e L. Rochilin. Tradução de Francesco Ferrazzi. Roma: Riuniti, 1969.
- PIRES, NELSON. *Fisiologia e terapêutica neurovegetativa em Clínica Psicossomática*. Rio de Janeiro: Olímpica, 1966.
- PIRES, NELSON. *La psicossomática hoy*. Madrid: Paz Montalvo, 1976.
- RAMOS JUNIOR, JOSÉ. *Semiotécnica da observação clínica: síndromes clínico-propedêuticas*. 5.^a ed. São Paulo: Sarvier, 1976. 2 v.
- Referência rápida às diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos: compêndio 2004/* American Psychiatric Association; trad. Cristina Monteiro – Porto Alegre: Artmed, 2005.
- ROF CARBALLO, JUAN. *Patología psicossomática*. Madrid: Diana, 1949.
- SHIRAKAWA, ITIRO; CHAVES, ANA CRISTINA; MARI, JAIR. *O desafio da esquizofrenia*. São Paulo: Lemos, 2001.
- SILVEIRA, ANÍBAL. *A classificação nacional das doenças mentais: sugestões para a revisão*. Anteprojeto para a nova classificação das doenças mentais, do Centro de Estudos “Franco da Rocha”. Arq. Assist. Psicopatas São Paulo, 9: 73-106; 1944 (60). In: VIZZOTTO SPARTACO (Org.). *Sistema Nervoso*. p. 223-257. São Paulo: Terceira Margem, 2006.
- SILVEIRA, ANÍBAL. *Acepção de semiologia no domínio das doenças mentais*. Aula ministrada aos residentes de psiquiatria do Hospital do Juqueri. [S.l., s.n.], [1970?]
- SILVEIRA, ANÍBAL. *Aplicação da genética humana à Higiene Mental: revisão de 300 matrículas do Centro de Saúde de Santana*. Arq. Neuropsiq. São Paulo, p. 117-135, n.º 14, São Paulo, 1956.
- SILVEIRA, ANÍBAL. *As funções do lobo frontal*. Rev. de Neurol. e Psiquiatria de São Paulo, 1, p. 196-228, São Paulo, 1935.
- SILVEIRA, ANÍBAL. *Campos arquetônicos do lobo frontal e Funções da Inteligência*. Rev. de Neurol. e Psiquiatria de São Paulo, vol. III, n.º3, p. 131-161, São Paulo, 1937.
- SILVEIRA, ANÍBAL. *Caracterização da patologia cerebral, da psicopatologia e da hereditologia psiquiátrica na doutrina de Kleist*. Arq. de Neuro-psiquiatria, vol. 17, n.º 2, p. 102-142, São Paulo, 1959. In: VIZZOTTO SPARTACO (Org.). *Sistema Nervoso*. p. 95-155. São Paulo: Terceira Margem, 2006.
- SILVEIRA, ANÍBAL. *Das leis estáticas e dinâmicas da inteligência. Aplicação à patologia mental*. Arq. da Assist. Psicopatas do Estado de São Paulo, 2, p. 571-582, São Paulo, 1937. In: VIZZOTTO SPARTACO (Org.). *Sistema Nervoso*. p. 83-94. São Paulo: Terceira Margem, 2006.
- SILVEIRA, ANÍBAL. *Genetics of Psychoses*. Discussão baseada no relatório do Dr. Franz J. Kallmann ao Congresso Internacional de Psiquiatria, Seção VI: Genética e Eugenia, em Sessão Plenária, Paris: 27 de setembro de 1950. *Eugenical News*, p. 27-29, [S.l.], [1950?].
- SILVEIRA, ANÍBAL. *Human genetics as an approach to the classification of mental diseases*. Comunicação ao Congresso Internacional de Psiquiatria. Paris: setembro/1950. [S.l., s.n.].

- SILVEIRA, ANÍBAL. *Lesões casuais e lesões sistemáticas do cérebro nas doenças mentais*. Arq. da Assist. ao Psicopata do Estado de São Paulo, 2, p. 191-217, São Paulo, 1937.
- SILVEIRA, ANÍBAL. *O exame médico pré-nupcial pelo prisma da Eugenia*. Comunicação ao Primeiro Congresso Médico-Social Brasileiro. São Paulo: 14 de março de 1945.
- SILVEIRA, ANÍBAL. *O problema das psicoses infecciosas em tempo de guerra*. Imprensa Médica, n.º 381. Recife, 1945.
- SILVEIRA, ANÍBAL. *Psicologia Fisiológica*. Capítulo III, In: O. KLINEBERG – *Psicologia Moderna* – pgs. 73-199 – Agir: São Paulo; 1953 (2.ª ed, n.º168). In: VIZZOTTO SPARTACO (Org.). *Sistema Nervoso*. p. 9-82. São Paulo: Terceira Margem, 2006.
- SNESHNEVSKI, A. *Manual de Psiquiatria*. Moscou: Mir, 1987.
- SULLIVAN, HARRY STACK. *Estudios clínicos de psiquiatria*. Tradução de Aníbal Leal. Buenos Aires: Psique, 1974.
- SULLIVAN, HARRY STACK. *La entrevista psiquiátrica*. Tradução de Federico López Cruz. Buenos Aires: Psique, 1974.
- SULLIVAN, HARRY STACK. *La Teoría interpersonal de la Psiquiatria*. Compilação de Hellen Swick Perry e Mary Laded Gawel. Tradução de Federico López Cruz. Buenos Aires: Psique, 1974.
- TISKI, SERGIO. *Introdução à questão da filosofia primeira em Comte*. Acta Scientiarum. Human and Social Sciences. Maringá, v. 32, p. 217-222, 2010.
- TURECKI, GUSTAVO. *O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo*. Rev. Psiquiatr. Clín., vol. 21 s.2, págs. 61-68, São Paulo, Oct. 1999.
- VALLADA FILHO, HOMERO PINTO. *Psicofarmacogenética: uma nova abordagem terapêutica*. Rev. Psiquiatr. Clín., vol. 21 s.2, pág. 79, São Paulo, Oct. 1999.
- VIETA, E. *Transtornos bipolares: avances clínicos y terapéuticos*. Madrid: Médica Panamericana, 2001.
- VIGOTSKI, L. S. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- VON MONAKOW, C. & MOURGUE, R. *Introduction Biologique à l'étude de la Neurologie et de la Psychologia : Intégration et Desintégration de la Fonction*. Paris, France : Alcan : 1928.
- VON MONAKOW, CONSTANTÍN. *The Emotions, Morality and the Brains Nervous and Mental Disease*. New York: Publishing Company, 1925.
- WALLON, HENRI. *Del acto al pensamiento*. Buenos Aires: Psique, 1987.
- XAVIER, AGLIBERTO. *Funções do Cérebro*. Rio de Janeiro: Livraria São José, 1962.