

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se define a la psiquiatría como la rama de la medicina que se ocupa del estudio y tratamiento de las personas enfermas de la mente. Debe entenderse por persona enferma de la mente o enfermo mental, o si se quiere enfermo de los nervios, aquel individuo que se queja, él mismo o bien las personas que le rodean, de su conducta, de sus pensamientos o de sus sentimientos que son alterados por causas de las cuales de hablará en los presentes capítulos.

Al comenzar el estudio de un sujeto, el psiquiatra debe analizar detenidamente diversos factores: hereditarios, traumáticos, patológicos, constitucionales (estructura u organización particular), ambiente social y medio cultural en el que se desenvuelve. En diversos aspectos la psiquiatría es tanto una ciencia social como medica.

El estudio de la persona enferma de la mente culminará en un diagnostico integral que precisará las causas y la clasificación del padecimiento; la clasificación de éste nos da un medio para alcanzar un fin que es la curación y, no un fin en si.

Los fines de la psiquiatría clínica son: estudiar, mejorar, curar y prevenir los trastornos mentales. Se puede decir, que el fin primordial consiste en ayudar a la persona humana a estar en armonía con ella misma y con sus semejantes.

Hace años la psiquiatría trataba sólo aquellos enfermos que presentaban grandes trastornos de conducta. Hoy sabemos que una mayor parte de los enfermos psicóticos pueden ser mejorados y volver a la sociedad, dejando de ser una carga para ésta. Además el psiquiatra atiende a los enfermos con neurosis, dependencia a drogas, alcoholismo, etc.; es decir, no se ocupa exclusivamente de sujetos con grandes trastornos de conducta y trata de velar por los problemas psicológicos y mentales de la comunidad.

La psicología es una ciencia del hombre que tiene por objeto su vida de relación, es decir las relaciones que le ligan, en tanto que sujeto o persona, a su mundo. Es la ciencia de las funciones, operaciones, comportamientos, ideas y sentimientos, cuyo desarrollo y organización constituyen las modalidades de su adaptación al medio físico, social y cultural en el que transcurre su existencia. Se debe considerar a la psicología como la ciencia del cuerpo psíquico, como una de las bases de la medicina.

En los presentes capítulos se observaran la psicosis y los tipos mas frecuentes de la misma, sus causas, estudio clínico, diagnósticos y tratamiento.

I ETIOLOGIA

I.1 EL PROBLEMA DE LA DEFINICION

A lo largo de los siglos las contestaciones a la pregunta ¿Qué es la locura? Muestran cambios y estabilidad. Hay categorías respecto a la anormalidad psicológica grave sobre las que ha habido un cierto acuerdo general a lo largo de los siglos. Una es la del tono natural – la persona con retardo intelectual desde el nacimiento o como resultado de un trauma físico en la primera fase de la vida. Las descripciones históricas de orate o loco se refieren, a menudo, a conductas notablemente desviadas– desaliño extremo, juicio muy pobre, alucinaciones, ideas delirantes extrañas, apatía o hilaridad extremas, conductas perturbadoras, suicidas y homicidas, condiciones que hoy en día se denominarían PSICOSIS; la melancolía o la depresión crónica, la manía, la paranoia y los síndromes asociados con un daño en los sistemas endocrino y nervioso central se encuentran entre las primeras descripciones de la locura. Antes del siglo XVIII, lo que hoy en día conocemos como neurosis se consideraba como probablemente como ejemplos de infelicidad, excentricidad o conducta disparatada, más que una enfermedad o patología. Las categorías de diagnóstico del siglo XIX incluyen

conductas que en los siglos pasados se consideraban dentro de la norma de la condición humana; las conductas categorizadas hoy en día como neurosis, abuso de sustancias psicoactivas y trastornos de personalidad no atraían mucha atención. La gente con una inteligencia normal que por necesidad, orgullo, avaricia, engaño, etc., se comportaba de manera desadaptativa, no se consideraba que necesitase terapia. Afrontaba sus propios problemas o buscaba consejo en la familia, en los amigos o en los asesores religiosos.

I.II LA EPOCA PREHISTORICA

De vez en cuando leemos historias de los supuestos métodos de tratamiento empleados para vérselas con la sicopatología en épocas neolíticas. Puesto que no existen pruebas documentales, todos los escritos sobre este tema son conjeturas basadas en restos fragmentados y dispersos de huesos y herramientas. No sabemos nada sobre como se contemplaba los individuos desviados, ni si existían conceptos de desviación que fuesen similares a los nuestros. Podríamos señalar la ausencia de pruebas y seguir adelante. Sin embargo, este es el momento adecuado de describir y acabar con uno de los mitos populares que se ha creado sobre este periodo, el mito de la trepanación de los cráneos.

I.III EL MITO DE LA TREPANACIÓN DE LOS CRÁNEOS

Los arqueólogos han descubierto muchos cráneos en los que hay agujeros. Algunos son más o menos redondos y tienen bordes aislados. Esta señal de curación nos induce a concluir que la victima puede haber vivido durante cierto tiempo después de que se hiciera el agujero. A partir de estos hechos, surgió un mito. Según este mito, la sociedades anteriores a ala escritura hacían un agujero en el cráneo de una victima de la enfermedad, física o mental, para permitir que escapasen los demonio responsables de la enfermedad. El procedimiento quirúrgico de perforar un agujero en el cráneo se conoce como trepanación y tiene una larga historia en al medicina, empleándose normalmente para limpiar los fragmentos óseos derivados de una fractura por hundimiento del cráneo.

La especulación sobre la cuestión de la utilización de este procedimiento por el hombre neolítico para liberar a los demonios consta de varias suposiciones. El hombre anterior a la escritura pensaba que los demonios causaban los trastornos; que los demonios estaban atrapados en la cabeza y necesitaban un agujero para escapar de ella; que una vez hecho el agujero, el demonio se iría; que el hombre anterior a la escritura no podría haber empleado la trepanación por ninguna de las razones por las que empleamos hoy día– es decir, para extraer los fragmentos del cráneo. Además – algo igualmente curioso– estaba la suposición de que aunque el demonio necesitaba un agujero para escapar, no necesitaba ninguno para entrar en le cuerpo – o si lo hacia a través de un agujero ;no sabia como utilizar el mismo para volver a salir!

Parece que el origen de este mito se debió a Paul Broca, el neurólogo francés del siglo XIX. No podía creer que el hombre de la época anterior a la escritura pudiera tener el conocimiento y la habilidad para realizar la trepanación por razones quirúrgicas. Mac Curdi (1924) resaltaba las claras pruebas de que la trepanación se utilizaba por razones quirúrgicas y la falta total de pruebas que apoyasen la especulación relativa al demonio. Decía:

La única operación quirúrgica neolítica de la que tenemos pruebas definitivas es (la trepanación...). Los primeros casos podrían haber sido victimas de un accidente o de la violencia (...) y una vez que se ha tratado satisfactoriamente una fractura por hundimiento, se puede haber intentado una operación similar con aquellos que sufrían de delirium o convulsiones, no debidos a la violencia, pero con síntomas similares a los causados por una fractura por hundimiento.

El que este mito haya reaparecido en las dos últimas décadas puede considerarse una demostración convincente del poder del mito sobre los hechos. Es, igualmente, una demostración apropiada de la necesidad de precaución al escribir la historia de una materia tan compleja como la sicopatología.

I. IV EL PERIODO CLÁSICO

El término psique lo utilizaron primeramente los griegos para referirse a la base de la vida y no había una clara delimitación entre procesos psicológicos y fisiológicos. Según Brett (1963), el estudio de la psicología en (realidad psicofisiología) tuvo su origen en la Grecia clásica en el intento de 1) entender que significa tener vida y 2) comprender la naturaleza de la realidad. No se puede separar las preguntas sobre que es la naturaleza de la realidad de la pregunta sobre como llegamos a conocer la naturaleza de la realidad – ¿Cómo transmiten nuestros sentidos el conocimiento del mundo externo? Los intentos por contestar a estas preguntas produjeron, por una parte, una ciencia física temprana, y, por la otra, una doctrina psicofisiológica sobre las funciones vitales y los procesos psicológicos.

Se suponía que tenía que haber un sustrato material para la psique –el alma o principio de la vida– que impregna el cuerpo y proporciona los medios para que las criaturas vivientes hagan las cosas que hacen. Se desarrolló el concepto de neuma para explicar las sensaciones y la conducta dirigida hacia un fin y en los intentos de los griegos era básico relacionar los fenómenos psíquicos con algo que estuviera dentro del cuerpo vivo. Se propuso que el neuma ayudaba a todas las funciones fisiológicas y psicológicas y era esencial para la vida. Al suponerse que el neuma se extendía por el cuerpo se derivaba que el neuma era transportado por la sangre y proporcionaba el impulso a la sangre conforme circulaba por el cuerpo. Se conjeturaba que la depuración del neuma comenzaba en los órganos digestivos, donde ayudaba a la digestión, y, progresivamente, se seguía depurando en su viaje a la parte superior del cuerpo, hasta que alcanzaba el cerebro, donde finalmente se purificaba como un neuma psíquico especial, básico para las funciones psicológicas.

La teoría del neuma se incorporó a un conjunto de conceptos sobre las funciones psicofisiológicas desarrollados en la época clásica de Grecia y roma, conceptos que habían de dominar la teoría médica hasta el comienzo del siglo XIX. Las primeras formulaciones de estos conceptos se presentaron en un conjunto de documentos médicos que se han conservado del periodo 450 al 350 a.C. y conocido colectivamente como el hábeas hipocrático. Aunque a veces se han atribuido exclusivamente al médico Hipócrates, lo cierto es que pertenecen a varios autores. Galeno (129–198 d.c), un médico griego del siglo I que se encontraba en la corte del emperador romano Marco Aurelio, desarrolló aún más estas ideas en sus propios escritos. En conjunto han formado la base de la escuela galénico-hipocrático del pensamiento médico.

La perturbación del equilibrio debido a factores genéticos o a influencias externas, como una alimentación poco saludable, la polución del aire, la fatiga, las penas, etc., conducía a la enfermedad. No se otorgaba un significado especial a si estas influencias era lo que hoy en día llamamos fisiobiológicas (p. Ej., la alimentación) o psicológicas (p. Ej., las penas). Al examinar los síntomas, el médico podía inferir que componentes humorales se habían desequilibrado. Por ejemplo, se creía que el neuma. Combinado con la flema producida por el cerebro se almacenaba en los ventrículos cerebrales; de este modo la epilepsia y u otros trastornos convulsivos se atribuían al bloqueo del neuma por el exceso de flema. Otros panfletos médicos conjeturaban que la sangre, que es caliente, si lo está en exceso, podría causar un sobrecalentamiento del neuma, dando como consecuencia, síntomas caracterizados por la sobreexcitación. Lógicamente, el tratamiento del desequilibrio requería que se redujese o se aumentase la cantidad de uno o más humores. Cuando se diagnosticaban los desequilibrios humorales particulares sobre la base de los síntomas que estaban presentes, se trataban con medidas físicas, como dietas, ejercicios, masajes, extracción de sangre y drogas herbarias, que tenían propiedades sedativas, estimulantes, purgativas o eméticas. Los elementos terapéuticos de la escuela de Hipócrates continuaron hasta el siglo XIX, existiendo información sobre el sangrado de los pacientes hasta bien entrado este siglo.

I. V LA LEY Y LA SICOPATOLOGÍA

La conducta de los sujetos mentalmente enfermos ha planteado problemas no solo para la medicina, sino también para la ley. A lo largo de los siglos, los conceptos de incompetencia mental se han entremezclado con

los de enfermedad. Como los temas básicos han permanecido constantes y las respuestas sociales a ellos no han variado notablemente con el tiempo, es conveniente tratar esto como un único tema.

La sicopatología ha tenido, a menudo, como consecuencia, un comportamiento ilegal. Si examinamos las medidas legales establecidas para tratar a los sujetos mentalmente enfermos, podemos contemplar algo de las teorías psicológicas de la época. Se creía, en general, que el intelecto racional era la capacidad del alma que permitía a una persona conocer la diferencia entre lo correcto y lo equivocado, Entre el bien y el mal, y permitía, así, al individuo hacer juicios y escoger como actuar basándose en consideraciones racionales. Se suponía que la capacidad racional se encontraba infradesarrollada en los niños pequeños y disminuida o enferma en los sujetos mentalmente enfermos y de aquí que, puesto que no son capaces de tomar decisiones libremente, los niños y los locos no podían considerarse responsables de sus acciones. Desde los tiempos bíblicos, la ley a tenido a considerar a locos como personas sin responsabilidad y que requieren protección, por que son incapaces de protegerse así mismos. En la ley romana, el loco y el inmaduro no podían adquirir posiciones, no podían consentir y desistir legalmente, puesto que se suponía, les faltaba la capacidad para saber lo que estaban haciendo; sin este conocimiento, no podía haber intención y, por consiguiente, tampoco culpa. Los locos y los niños eran incapaces legalmente de intenciones maliciosas y, por lo tanto, no se podían plantear contra ellos acusaciones por daños.

Una piedra angular de la ley occidental es el concepto de responsabilidad. La noción que subyace a las leyes y que define la culpabilidad por actuaciones criminales, como un asunto relativo así el individuo tiene una mente sana, se basa en la doctrina de San agustín sobre el Libre Albedrío, una doctrina impopular en estos momentos en la psicología científica. Debido a que los humanos tienen libertad para escoger cuando eligen lo que esta equivocado están cometiendo un pecado. Sin embargo, puestos que la voluntad esta gobernada por el intelecto racional, el individuo sin un intelecto racional no es libre para actuar de forma responsable solo las personas que quieren actuar como lo hacen– es decir, que actúan con una intención pueden considerarse responsables por las consecuencias de sus actos.

Este concepto proporcionó mas tarde la base para la regla de McNaughten, creada en Inglaterra para manejar las disposiciones legales de los criminales declarados locos. Si una persona comete un crimen mientras esta loco se considera que no es responsable del crimen, por que carece de la facultad racional de saber la diferencia entre lo correcto y lo equivocado; aunque tienen que ser confinados, se les debería tratar por su locura y no castigarles por el crimen de la misma forma que ocurriría si una persona sana hubiera cometido el mismo acto.

I. VI DE LA EDA MEDIA HASTA EL SIGLO XVIII

I. VI. I EL TRATAMIENTO DE LOS SUJETOS MENTALMENTE ENFERMOS

Zilboorg (1935), en una declaración particularmente absurda pero ampliamente citada, alego que Europa occidental durante el milenio cristiano –los mil años desde la caída del imperio romano hasta el siglo XV– parecía un verdadero asilo de locos (lo que entrañaba que este estado de cosas era el resultado de la superstición religiosa que sustituyo al naturalismo científico de la época clásica). Es igualmente tentador concluir, a partir de materiales seleccionados, que parecía un grave carnaval de colores, con saltimbanquis, curanderos, quirománticos, astrólogos, alquimistas, exorcistas y charlatanes de todas clases ejerciendo su negocio entre una población crédula –pero no loca. La reflexión sosegada crea un panorama diferente.

Refugios, hospicios, reformatorios, hospitales y asilos.

Las instituciones religiosas. El proporcionar cuidados a los individuos perturbados apareció casi tan pronto como los misioneros cristianos se aseguraron una posición segura en la comunidad. Se imponía a la gente el practicar la caridad y, en algunos lugares, se les requería legalmente a hacerlo. Un típico punto de vista medieval sobre los pobres, los enfermos y los inválidos era que constituya una ayuda necesaria para la

salvación, proporcionando una oportunidad a los donantes para que hicieran actos de caridad. No solo se aceptaba al mendigo como un aspecto inevitable de la sociedad, sino que se le consideraba necesario en el orden social; no se perseguía al que pedía limosna por que fomentaba el dar limosna, que era buena para el alma del que la daba. Tanto dar como recibir limosna era moral, lo mismo que el pedirla. La iglesia era responsable de extender y levantar hospitales y santuarios mas allá de lo que se conocía en la época clásica. Alrededor de los siglos V o VI, estaban bien establecidos los asilos y los hospicios para los ancianos, los enfermos, los huérfanos y los indigentes. Al final del siglo XII se habían fundado hospitales unidos a los monasterios –p. Ej., en Inglaterra los de St. Albans en 794 y York en 937, en Checoslovaquia el de Praga en 929 y en Noruega en 1170, unido a la catedral de Trondheim. El loco era considerado normalmente como enfermo, muchos encontraron un lugar en esos sitios.

Los santuarios. Durante la edad media, se emplearon una serie de santuarios como centros de curación mental. Un ejemplo es un santuario a Santa Dymphna fundado en Gheel (Bélgica). Dymphna la hija de un rey irlandés fue convertida al cristianismo por Geburnus y huyo a Bélgica con él. El padre de ella les persiguió y les decapitó a los dos. A dos locos que vieron esto les afectó tanto que recuperaron la salud. Alrededor del año 1200 se alojaba a los locos cerca con el fin de que se curasen por la intercesión de santa Dymphna. Durante nueve días, acompañados por sacerdotes que oraban y cantaban, pasaban de rodillas, en la iglesia, bajo la tumba de santa Dymphna.

En hospedaje. En el siglo XIII había en Noruega un ofrecimiento de hospedaje compulsivo para los pobres y los sujetos mentalmente enfermos –se requería a la comunidad que les proporcionara cuidado, protección y supervisión. En Suecia, se promulgaron leyes para proteger y conservar la propiedad de las personas consideradas como mentalmente irresponsables, asignándoles guardianes que protegiesen sus intereses. A los trastornos mentales se les llegó a llamar enfermedades para la vigilancia en la vieja ley islandesa.

La familia. En Escocia, el Rey Roberto I –Roberto I Bruce (1274–1329) fue el responsable del estatuto de Roberto I, que estipulaba que el cuidado y la custodia de las personas de mente furiosa recaía en el familiar mas cercano o en el gobernador del condado. Las leyes Suizas del siglo XIII estipulaba que los familiares debían supervisar a los miembros de su familia que estuvieran locos y eran susceptibles de multas si el familiar a su cargo escapaba a la supervisión; estas leyes procuraban también la encarcelación de los locos que, se suponía, podían hacerse daño a si mismos o a los demás, o a la propiedad de otras personas. En 1618 un estatuto inglés estipulaba que:

... es legal que los parientes, familiares o amigos de un hombre que esta loco (que estando en libertad intente quemar una casa o cometer algún otro perjuicio o herirse a si mismo o a los demás), lo cojan y lo lleven a casa, lo aten o lo encadenen y le golpeen con una vara y hagan cualquier otro acto de fuerza para reformarle o para impedir que haga algún daño (Allderidge, 1979).

Los hospitales y los pabellones especializados. El hospital de St. Mary of Bethlehem (Sta. Maria de Belén) fundado en Londres en el 1247, y conocido mas tarde como Beldlam, tenía como objetivo acoger, entre otras, a las personas indigentes demasiado trastornadas para cuidar de si mismas o que eran consideradas peligrosas para la comunidad. En 1326, los caballeros teutones construyeron en Elbing unas cuantas celdas monásticas que sirvieran de refugio a los sujetos mentalmente enfermos; en 1375, el hospital municipal de Hamburgo estableció un pabellón con el objetivo específico del cuidado de los pacientes mentalmente enfermos, lo mismo que hizo el hospital de Erfurt en 1385. El primer asilo con el objetivo de cuidar de los sujetos mentalmente enfermos lo establecieron en Valencia en 1409 los hermanos de la misericordia. Su fundador fue el hermano Juan Gilberto Jofre. Posteriormente se crearon asilos en Zaragoza, Sevilla, Valladolid y Toledo.

El loco vagabundo. Muchos mas sujetos mentalmente enfermos considerados inofensivos existían marginalmente en la ciudad y en el campo. En Inglaterra a estos desafortunados individuos, conocidos con el nombre de Tom of Bedlam (Tomas del manicomio), se les permitidamente oficialmente mendigar cuando se consideraba poco probable que hicieran daño a los demás o a si mismos. Jhon Aubrey, escritor de la vida de

Tomas Moro (1475–1535), describió un encuentro que tubo moro con un Tom O´Bedlam que lo asaltó.

Los hospitales seculares. Los hospicios medievales empezaron a remplazarse gradualmente del siglo XVI por hospitales bajo el control municipal o del estado. En un principio, los hospicios se fundaron por los motivos religiosos de la caridad y el altruismo religioso. Los hospitales bajo control secular se fundaron por motivos sociales – para ayudar a mantener el orden social al atender las necesidades del enfermo y el necesitado a costa del erario. Los cambios de las actitudes religiosas y de las circunstancias económicas y sociales modificaron las actitudes hacia el mendigar; la condición del pobre empeoró, aumento notablemente el número de mendigos –los números están inflados por los individuos que simulaban estar enfermos. Los sujetos desamparados, estuvieran enfermos por la edad o por una condición física o mental o lo simulasen, se convirtieron en un problema social cada vez mas grave alcanzando el vagabundeo y el mendigar magnitudes sin precedentes. El pedir limosna dejó de verse como moral. El dar limosna llegó a considerarse que fomentaba un perjuicio social y por consiguiente era inmoral. Como consecuencia, tanto el mendigar como la caridad se estigmatizaron.

II PSICOSIS

Son trastornos funcionales u orgánicos del sistema nervioso, de mayor gravedad que la neurosis. Constituyen, por lo tanto, desviaciones graves de la normalidad mental. Se caracterizan por cambios profundos en la personalidad. Tanto el modo de pensar, como el de razonar, juzgar y querer, sufren radicales transformaciones; es decir, existe una desintegración transitoria o definitiva de la personalidad. En la mayoría de los casos, la realidad externa no es evaluada correctamente, y ocurren severas alteraciones del contenido del pensamiento (alucinaciones, ideas delirantes, etc.), de la afectividad y de la conducta, que por lo general están presentes en la psicosis. La autocrítica está alterada, en común, que el enfermo sicótico sea capaz de darse cuenta de que su mente se encuentra trastornada. Es frecuente también, que existan alteraciones de comportamiento y falta de orientación y que las funciones intelectuales se encuentren perturbadas. Siguiendo la clasificación de la Asociación Psiquiatría Americana (1968), diremos que la psicosis se clasifica en dos grandes grupos:

II. I Síndromes cerebrales orgánicos:

- Psicosis asociadas a síndromes cerebrales orgánicos
- Síndromes cerebrales orgánicos, no psicóticos.

II. II Psicosis no atribuibles a las alteraciones físicas señaladas en los síndromes cerebrales orgánicos.

II. I. A *Psicosis asociadas a síndromes cerebrales orgánicos*

Psicosis asociadas a síndromes cerebrales orgánicos comprenden:

Demencia senil y presenil: Demencia senil y demencia presenil

Psicosis alcohólicas: Delirium tremens, psicosis de korsakov (alcohólica), alucinaciones alcohólicas, estado paranoide alcohólico, (paranoia alcohólica), intoxicación alcohólica aguda, deterioro alcohólico, intoxicación patológica y otras psicosis alcohólicas.

Psicosis asociadas a infecciones intracraneales: parálisis general, sífilis del sistema nervioso central, encefalitis epidémica, otras encefalitis no especificadas y otras infecciones intracraneales.

Psicosis asociadas a otras afecciones cerebrales: arteriosclerosis cerebral, otros trastornos cerebro vasculares, epilepsia, neoplasma intracraneal, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, traumatismo cerebral y otras afecciones cerebrales.

Psicosis asociadas a otras afecciones somáticas: Trastornos endocrinos, trastornos nutricionales y metabólicos, intoxicación por drogas y venenos diferentes al alcohol y el parto.

II. I. B Síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos

El grupo comprende:

- Síndrome cerebral orgánico agudo: cuando es reversible, el enfermo se recupera.
- Síndrome cerebral orgánico crónico: cuando no es reversible el enfermo no se recupera (demencia). Es decir, existe un debilitamiento, progresivo y espontáneamente irreversible de todas las funciones intelectuales: orientación, memoria, atención, juicio, capacidad de razonamiento y perturbaciones de las conductas sociales.

El síndrome cerebral orgánico no psicótico se caracteriza por: a) alternaciones de la orientación. b) alteraciones de la memoria. c) alteraciones de todas las funciones intelectuales: comprensión, cálculo, conocimiento, aprendizaje. d) alteraciones del juicio y e) labilidad y debilitamiento afectivo.

Los síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos pueden ser causados por: a) infección intracraneal b) alcohol, c) otras drogas, venenos, tóxicos, d) traumatismo cerebral, e) trastorno circulatorio, f) epilepsia, g) trastornos del metabolismo, del crecimiento y la nutrición, h) enfermedades seniles y preseniles y neoplasma intracraneal, j) enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, k) otras enfermedades somáticas

II. II Psicosis no atribuibles a las alteraciones físicas señaladas previamente

Comprende:

Esquizofrenia: simple, hebefrenica, catatónica tipo excitado, catatónica tipo estuporoso, paranoide, episodio esquizofrénico agudo, latente, residual, esquizoafectiva, esquizoafectiva con excitación, esquizoafectiva con depresión, infantil, crónica indiferenciada y otras formas de esquizofrenia.

Trastornos afectivos mayores: Melancolía involutiva, psicosis maniaco depresiva tipo maniaco, psicosis maniaco depresiva tipo depresivo, psicosis maniaco depresiva tipo circular, psicosis maniaco depresiva circular tipo maniaco, psicosis maniaco depresiva circular tipo depresivo.

Estados paranoides: paranoia. Estado paranoide involutivo y otros estados paranoides.

Psicosis reactivas: reacción represiva psicótica. Excitación reactiva, confusión reactiva, reacción paranoide aguda y psicosis reactiva no especificada.

III PSICOSIS INFANTILES

Los signos reveladores serán distintos en cada etapa puesto que la patología cambia de aspecto a medida que se desarrolla la maduración funcional del cerebro. Recordemos además que en relación con el prematuro hay que tener en cuenta la edad corregida y no la edad real.

De 1 a 3 meses. Deben retenerse como sospechosos:

- La pobreza o la lentitud de adquisición en el terreno psicoafectivo.
- Los trastornos vasomotores, los signos irritativos persistentes o de reciente aparición.
- Anomalías tónicas a nivel del eje corporal (tronco rígido, cabeza colgante o pistotonos, hipotonía).

Estos 3 signos asociados son signos de alarma.

De 3 a 6 meses. El niño será sospechoso si manifiesta una persistencia total de los automatismos primarios que normalmente debería haber perdido.

- Este hecho se acompaña a menudo de una falta de progresión de las funciones inherentes a esta etapa.
- El elemento mayor de presunción de anormalidad evolutiva sigue siendo la ausencia de la transformación del tono general del que ya se ha hablado; también se deberá prestar atención a una eventual fijación de los signos patológicos observados en la etapa precedente.

De 6 a 8 meses. Parece que realmente sea esta una edad de importancia clave, pues en ella el niño puede ser afectado por una especie de reminiscencia de los trastornos presentados en el estado neonatal o por una agravación de los signos neurológicos hasta entonces solamente sospechosos. Este periodo es transitorio pero ya que puede proporcionar una impresión del porvenir remoto del niño en pleno desarrollo.

- La calidad de la pinza pulgar-índice se inicia en esta etapa y la torpeza de las manos tan frecuente en los niños inadaptados comienza a menudo manifestándose en dicha pinza que no aparece cuando le corresponde y que es de mala calidad. Del mismo modo, la ausencia de la función de aptitud estática de las manos o su aparición tardía será también muy evocadora.
- Y en esta edad comienza a aparecer un signo de gran gravedad: rigidez de los miembros inferiores (estudio de los ángulos: de los aductores, del hueco poplíteo y de la reflexión de los tobillos sobre las piernas), que se asocia a menudo a una hipotonía de los músculos del tronco.

Siguiendo esta misma línea, debería explorarse sistemáticamente una eventual asimetría entre los dos hemicuerpos y los reflejos rotulianos aquileos.

De los 8 a los 12 meses Es de importancia capital saber como ha quedado el niño tras la crisis que acaba de padecer. Los signos patológicos quizás han sido transitorios, indicándose una mejoría clara y segura; pero también puede tratarse de una acentuación de los signos neurológicos, de una aparición de movimientos anormales que pueden ser detectados sobre todo en la boca, los dedos y las muñecas. También puede suceder que se empobrezca el Interés, que las adquisiciones se detengan durante un tiempo, lo que puede hacer pensar en un esbozo de estancamiento. Sólo a partir de este periodo es cuando puede comenzar a hablarse de signos de certeza y orientar una reeducación motora y un reforzamiento del despertar psicoafectivo: obligar al niño a salirse de sí mismo y a que tome gusto por todo lo que le rodea para forzar un poco su desarrollo.

Durante el segundo año de vida los trastornos del lenguaje dominan este periodo, ya se trate de trastornos de articulación, de la fonación, de la construcción o del enriquecimiento del vocabulario que debe ser progresivo. Estos signos, por otra parte, suelen asociarse a otras anomalías neurológicas.

La destreza manual es muy reveladora y la ideación y la comprensión de las situaciones deben ser exploradas.

Como puede suponerse se debería actuar con extrema cautela en la interpretación de estos signos.

IV PSICOSIS DELIRANTES AGUDAS

Las psicosis delirantes agudas se caracterizan por la eclosión súbita de un delirio transitorio, generalmente polimorfo en sus temas y manifestaciones. Constituyen verdaderas experiencias delirantes en el sentido de que el delirio es vivenciado como un dato inmediato de la conciencia modificada, como una experiencia que se impone al sujeto (intuiciones, ilusiones, alucinaciones, sentimientos de extrañeza, de misterio, etc.). Para su designación han sido propuestas diversas denominaciones: Bouffées delirantes, delirios súbitos (o d'émblée), psicosis alucinatorias imaginativas agudas, etc.

IV. I ESTUDIO CLINICO

En un sujeto joven con frecuencia una mujer con cargada herencia psicopática más o menos desequilibrada, o con un carácter psicopático; a veces consecutivamente a una emoción, a un surmenage, etc. pero también, por lo general, sin causa aparente, irrumpe el delirio con una brusquedad sorprendente: brota violentamente con la instantaneidad de una inspiración, dice Magnan. Desde su aparición, agrega, el delirio está ya constituido, provisto de todas sus partes, rodeado desde su nacimiento de su cortejo de trastornos sensoriales, es un delirio d'emblée.

El delirio es polimorfo, es decir que sus temas son múltiples y variables: de persecución, de grandeza, de transformación sexual, de posesión, de envenenamiento, de influencia, de riqueza o de fabulosa potencia, etc. generalmente se imbrican, se mezclan y sufren metamorfosis, como en la sucesión caleidoscópica de las imágenes oníricas que estudiaremos mas adelante. Los enfermos se sienten súbitamente embrujados, espiados, envenenados, en comunicación con fuerzas sobrenaturales, martirizados por fluidos, hipnotizados, transportados al juicio fina, etc.

El enfermo presenta importantes cambios de humor y violentas oscilaciones, como oleadas de delirio. Los temas, extravagantes, absurdos, unas veces pueriles, otras poéticos y líricos, por lo general están mal hilvanados y sin sistematización. Incluso cuando el delirio se concentra sobre un tema, acaba por desbordarlo o metamorfosearlo en temas derivados o sustitutos, siendo susceptibles de cambios súbitos.

IV. II LA ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA

La lucidez (al menos aparentemente) se mantiene intacta y el enfermo continua comunicándose con los otros, suficientemente orientado, bastante bien adaptado al ambiente y con claridad en sus palabras. Y, sin embargo, existe una desestructuración de la conciencia, que el análisis clínico pone en evidencia, en forma de una especie de hipnosis o de fascinación por lo imaginario, de desdoblamiento de la experiencia actual, la cual parece como dividida entre el polo predominante del delirio y de la realidad, de donde deriva el doble carácter artificial y alucinatorio de las vivencias. Clínicamente, este estado de hipnosis delirante se reconoce por la distracción, el aire ausente, el ensimismamiento y las actitudes meditativas o de escucha, a través de las cuales el delirante manifiesta su incorporación a las peripecias del delirio que vive como el desarrollo de una experiencia de la cual es juguete, espectador y autor, y de la cual saldrá, después de su curación, como de una pesadilla o de una incomprensible fascinación.

IV. III LA ALTERACIÓN TÍMICA

El humor esta alterado de manera constante. A la actividad delirante de aparición súbita corresponden, en efecto, violentos estados afectivos. Unas veces el sujeto está exaltado y expansivo como un maniaco. Otras, por el contrario, se halla preso de gran angustia, mas o menos próxima a la experiencia melancólica, de ahí el mutismo. Las ideas de muerte o el rechazo de los alimentos que puede observarse en semejantes casos. El delirio, solidario de estos movimientos de euforia o de angustia, sigue sus fluctuaciones. De manera que el enfermo se presenta unas veces como un excitado, otras como un deprimido y la mayoría de veces como un excitado, viviendo entonces un verdadero estado mixto. Esta alternancia o esta combinación de excitación e inhibición es tan característica de estos brotes delirantes polimorfos que muchos autores, como hemos dicho, lo han situado dentro de los estados maniaco-depresivos, lo que hace que en la clínica sea a veces difícil establecer un diagnostico diferencial entre una bouffée delirante y una crisis maniaco-depresiva.

IV. IV EVOLUCION Y DIAGNOSTICO

El fin de acceso es a veces brusco, después de algunos días o con mas frecuencia de algunas semanas (excepcionalmente, algunos meses). Pero, por lo general, se produce una fase de despertar, semejante a la que Régis describió en las psicosis oníricas. La bouffée delirante, decía Magnan, no tiene consecuencias ni futuro. Por ello entendía que el delirio episódico no deja tras si secuelas o complicaciones mentales. Ésta es una regla, sin embargo, que admite numerosas excepciones.

La amenaza de recidiva pesa sobre el porvenir del enfermo. En realidad no hace sino dar testimonio de sus predisposiciones, de su aptitud constitucional a delirar. Este delirio, escribía Legrain, viene marcado por el signo de la intermitencia y por una especie de debilidad congénita. Se trata de delirios con eclipses, decía también Legrain (1910), quien destaca que las ideas delirantes desaparecen como sueños para ser reprimidas en el inconsciente en cada remisión y reaparecer en el curso de una recidiva.

El propósito de una psicosis delirante aguda viene influido por el riesgo de una evolución esquizofrénica o de un delirio crónico. Como veremos mas adelante, las psicosis esquizofrénicas (brotes esquizofrénicos) y las psicosis delirantes crónicas (periodos producidos o brotes evolutivos), evolucionan con frecuencia después de uno o varios episodios delirantes, por lo que, en presencia de una psicosis delirante o alucinatoria aguda, el clínico puede temer siempre esta eventualidad. Por este motivo, como hemos visto, muchas escuelas denominan a estas bouffées delirantes esquizofrenias agudas. Ahora bien, ya se trate de saber si una psicosis delirante aguda corre el riesgo de evolucionar mal, es decir de evolucionar hacia una esquizofrenia crónica, el problema del pronóstico es esencialmente el mismo. La importancia del automatismo mental, la sistematización de las ideas delirantes, la duración de la crisis, su resistencia a las terapéuticas son elementos de mal pronóstico. Por el contrario, la brusquedad del delirio y su riqueza imaginativa, la importancia de los trastornos de conciencia, los antecedentes neuróticos (sobre todo histéricos), la dramatización teatral de la vivencia delirante, la eficacia de una psicoterapia bajo narcosis, la brevedad de la crisis (de algunos días a varias semanas), son elementos de un buen pronóstico.

IV. V TRATAMIENTO DE LAS PSICOSIS AGUDAS DELIRANTES

En los casos en que se ponga en evidencia un factor etiológico o, si se quiere, para no olvidar la noción capital de terreno, un factor de precipitación, deberá emprenderse, naturalmente, el tratamiento de la afección causal. Ahora bien, independientemente de este tratamiento etiológico por lo general difícil de determinar, el enfermo será tratado como un confuso o como un maniaco-depresivo, según que el cuadro clínico se aproxime a uno u otro de los estados.

Así, pues, la hospitalización en un servicio especializado será la regla. Si se tiene en cuenta la brevedad de la evolución de estos estados, que tienen efectivamente una tendencia natural a resolver con bastante facilidad, podrá evitarse el internamiento en algunos casos.

No insistiremos en lo dicho a propósito del tratamiento de las otras psicosis agudas acerca de los cuidados generales. Sin embargo, por otra parte, son esenciales: aislamiento sin contención en habitación particular, asistencia por cuidadores vigilantes y competentes, control y restablecimiento de los metabolismos: rehidratación, vitaminoterapia, etc. Eventualmente, se practicará una terapéutica antiinfecciosa y desintoxicante.

V PSICOSIS DELIRANTES CRÓNICAS

Son psicosis caracterizadas por ideas delirantes permanentes que constituyen lo esencial del cuadro clínico. Por ideas delirantes debe entenderse no sólo las creencias y las concepciones a través de las cuales se expresan los temas de la ficción delirante (persecución, grandezas, etc.), sino también todo el desfile de fenómenos ideoafectivos en que el Delirio toma cuerpo (intuiciones, ilusiones, interpretaciones, alucinaciones, exaltación imaginativa y pasional, etc.). En efecto, no se podría hablar de estas ideas delirantes como si se tratará de simples errores de juicio.

Los delirios crónicos son en cierto modo mas completos que las experiencias delirantes, puesto que el delirio no es tan solo pasivo y accidental – como una especie de sueño o de trastornos del humor y de las percepciones a que da lugar una intoxicación, por ejemplo –, sino que está activamente prendido en las relaciones permanentes que unen la persona a su mundo. Es decir que el Delirio está incorporado a la personalidad del delirante, los Delirios crónicos son en este sentido enfermedades de la personalidad,

modalidades delirantes del Yo alienado. Estos enfermos delirantes son, en efecto, los alienados en el sentido mas completo del término, ya que se conducen y piensan en función de su concepción delirante en vez de obedecer a la verdad y a la realidad comunes. Pero el delirio crónico, no sólo por la diversidad de sus temas, sino sobre todo por las modalidades propias de su elaboración (trabajo delirante mediante procedimientos discursivos de la construcción verbal y del pensamiento reflexivo) no es siempre igual a si mismo. Veremos que puede sistematizarse en una especie de ficción notablemente coherente, o, por el contrario, disgregarse en un pensamiento irreal. De tal manera que, si en los casos mas puros consiste en una especie de intelectualización abstracta o en un sistema de creencias bien articuladas (paranoia), en otros casos, o en ciertas fases de su evolución, estos delirios se acercan al sueño y a las experiencias delirantes agudas por su aspecto caótico o fantástico. Es el caso de las psicosis esquizofrénicas en las cuales el autismo es secundario a una disociación psíquica. Dicho de otro modo, el conjunto del género de los Delirios crónicos –definido por la alineación del Yo, y la transformación delirante del Yo y su mundo –abarca modalidades estructurales de especies diferentes.

V. I EL GRUPO DE LOS DELIRIOS CRÓNICOS SISTEMATIZADOS

V. I. I PSICOSIS PARANOICAS

Estos Delirios son llamados sistematizados y que: 1.º, están prendidos en el carácter y la construcción misma de la personalidad del delirante; 2.º, se desarrollan con orden, coherencia y claridad (Kraepelin).

Están caracterizados por su construcción, en cierta manera lógica, a partir de elementos falsos, de errores o de ilusiones, que son como los postulados (de Clérambault) de la fábula delirante. Realizan una polarización de todas las fuerzas afectivas en el sentido de una construcción delirante que subordina toda la actividad psíquica a sus fines.

Los síntomas de este delirio (interpretaciones, ilusiones, percepciones, delirantes, actividades alucinatorias, fabulaciones, intuiciones) son todos reductibles a una patología de las creencias, ya que las ideas delirantes envuelven en su convicción dogmática todos los fenómenos que forman, a través del pensamiento reflexivo del delirante, la edificación del sistema de su mundo.

Estos delirios corresponden a los antiguos conceptos de Monomanía o de Paranoia sistemática. A veces se les llama paranoicos por esta razón y también porque el carácter llamado paranoico (desconfianza, orgullo, agresividad, falsedad del juicio, psicorrigidez) constituye un aspecto fundamental de la personalidad de muchos de estos enfermos.

Estos Delirios son relativamente coherentes por su forma sistemática, es decir que se presentan al observador (personas que le rodean, médico, jueces) como relativamente plausibles. De ahí su poder de convicción o de contaminación (delirio de dos o delirio colectivo, en el que el delirante inductor hace participar activamente en su delirio, a título de delirante inducido, a otros, con frecuencia a familiares).

Hablamos aquí de psicosis delirantes y no de simples caracteres paranoicos, término del que se ha llegado a hacer tanto abuso que se hace necesario exigir un análisis clínico profundo para justificar su empleo en fisiopatología.

V. I. II LOS DELIRIOS PASIONALES Y DE REINVIDICACIÓN

Estos delirios han sido admirablemente descritos por G de Clérambault. Están caracterizados: 1.º por la exaltación (exuberancia, hiperestesia); 2.º por la idea prevalente, que subordina todos los fenómenos psíquicos y todas las conductas a un postulado fundamental, el de una convicción incommovible; 3.º por su desarrollo en sector, en el sentido de que el delirio constituye un sistema parcial que penetra como una cuña en la realidad.

El más conocido de estos delirios es el llamado de reinvidicación. Se trata de sujetos con temperamento vivo y de carácter difícil, receloso y susceptible. Son rencorosos y vengativos, a menudo apasionados idealistas (Dide y Guiraud), fanáticos de la política, de la religión o de la reforma social. Gobernados por un Super-Yo in flexible, son íntegros y sin compromisos.

Es sobre este fondo de disposiciones caracterológicas, llamadas constitución paranoica (orgullo, desconfianza, psicorrigidez y falsedad de juicio), donde se desarrolla el delirio, lo más a menudo insidiosamente, y a veces a raíz de un fracaso o de un conflicto (desacuerdo con los vecinos, despido del empleo, rivalidad, un daño sufrido, discusiones familiares, conflicto con la administración, etc.).

1.º Delirios de reinvidicación. Debemos señalar tres tipos de esta reinvidicación delirante:

- Los querellantes. Se arruinan en procesos para hacer triunfar una reinvidicación a veces irrisoria. Persiguen la defensa de su honor o de sus derechos o de su propiedad con menoscabo de sus intereses más evidentes. Acumulan sentimiento de odio y de venganza sin desviarse jamás de la convicción de que son traicionados, juzgados injustamente, y de que son víctimas de un ensanchamiento tan implacable como el suyo propio. A veces estos sujetos, verdaderos perseguidos-perseguidores, rodeados de enemigos y exasperados, hacen justicia y llegan hasta el crimen contra sus enemigos.
- Los inventores. Guardan el secreto de sus experimentos, de sus cálculos o de sus descubrimientos, y se quejan de ser desposeídos de sus derechos o de la patente del invento. Se trata de un perfeccionamiento de una técnica modesta, del hallazgo de un nuevo carburante o de una revolución en la industria pesada o incluso de un ingenio interplanetario, poco importa la importancia del invento; lo que es capital es la exclusiva de su propiedad, el monopolio absoluto y la indiscutible prioridad que reinvidican. Las gestiones y las demandas, las precauciones defensivas y ofensivas para desbaratar las conspiraciones y las intrigas, absorben toda su actividad.
- Los apasionados idealistas (Dide y Guiraud). Ya sueñen con nuevos sistemas políticos, de paz universal o de filantropía, están animados de una feroz y agresiva voluntad de lucha y de combate. Los panfletos, los atentados individuales contra hombres políticos o contra las instituciones sociales, las campañas en la prensa, etc., son las armas habituales que ellos ponen al servicio de su inagotable deseo de reforma y de justicia.

Todos estos paranoicos reinvidicativos deliran, pues, en el sentido de un ideal de si mismo imaginario. En efecto, los complejos de frustración o de inferioridad inconscientes constituyen un profundo núcleo de angustia sobrecompensada por la disposición caracterológica de un Yo que se pretende agresivo y omnipotente. Aquí se encuentra ya, en germen, el binomio persecución-megalomanía que el delirio tiende a desarrollar como un combate destinado a satisfacer un insaciable deseo...

2.º Delirios pasionales. Generalmente implican el mismo núcleo afectivo (carácter paranoico y complejo de aidez y de frustración).

El delirio pasional, ya se trate de la celotipia (delirio de infidelidad y de rivalidad) o de erotomanía (ilusión delirante de ser amado), plantea en relación a las pasiones normales, un difícil problema de diagnóstico.

- El delirio celotípico. Consiste en transformar la situación de la relación amorosa de la pareja en una situación triangular. El tercero introducido entre la pareja es un rival, y sobre su imagen se proyectan resentimiento y odio, acumulados por las frustraciones que ha sufrido, o que sufre, el delirante celoso. Éste se siente trágicamente burlado y abandonado. La historia delirante labra todas sus peripecias (mentiras, ardides) en torno a este tema fundamental, y el delirante contraataca con la ayuda de todos los medios o de todas las estratagemas que le inspira la clarividencia que abre sus ojos. Esta perspicacia morbosa polariza su vigilancia, le hace sondear los sentimientos, descubrir las intenciones, desbaratar las artimañas. A través de un trabajo de encuesta y de reflexión, el delirante #esclarece el misterio y llega a una verdad, para él absoluta. Cuando el delirio celotípico se ha formado, se sistematiza en un haz de pruebas, de

seudocomprobaciones, de falsos recuerdos. De interpretaciones delirantes, de ilusiones de la percepción y de la memoria (falsos reconocimientos, ilusión de Fregoli, etc.).

Las experiencias oníricas confusionales y las escenas de pesadillas (particularmente en los delirios celotípicos de los alcohólicos) alimentan la pasión celosa. Esta figuración imaginaria de los celos permite a menudo descifrar su complejo estructural (homosexualidad, odio de la pareja del sexo opuesto, fijación edipiana, etc.), como ha sido bien mostrado por Lagache (1947).

- El delirio erotomaniaco. La ilusión delirante de ser amado constituye en psiquiatría la erotomanía (el Liebewahn en alemán).

Ningún psiquiatra lo ha estudiado mejor, en su descripción clínica, que G. De Clérembault. Con una genial perspectiva y justa expresión, cosa no común, ha puesto de manifiesto, en la estructura típica del delirio pasional sistematizado, los postulados fundamentales de esta pasión amorosa delirante y los temas derivados, cuyo conocimiento esclarece todo el comportamiento de estos enfermos a lo largo de las tres fases de la evolución de la psicosis (estadio de esperanza, estadio de despecho, estadio de rencor).

Los sentimientos generadores del postulado fundamental son: el orgullo, el deseo y la esperanza. El mismo postulado fundamental se formula así: es el Objeto (la persona por quien el paciente se cree amado y que pertenece por lo general a un rango más elevado que el Sujeto) quien ha empezado a declararse; es el quien ama más o el único que ama. Los temas derivados no siempre se deducen del postulado, o al menos no todos; pero emergen típicamente del desarrollo de la historia delirante; estos temas derivados son los siguientes: el objeto no puede ser feliz sin el pretendiente. El objeto no puede poseer el valor completo sin el pretendiente. El objeto es libre, su matrimonio está roto o no es válido. Además, el erotómano está convencido de un cierto número de temas que él demuestra: vigilancia continua por parte del objeto, conversaciones indirectas con el objeto, continua protección del sujeto por el objeto, intentos de acercamiento por parte del objeto, simpatía casi universal que suscita el curso de su romance, conducta paradójica y contradictoria del objeto, fenomenales recursos de que dispone el objeto.

Además, la erotomanía delirante se desarrolla en un sistema fatal. Termina, en la fase de rencor, con reacciones agresivas hacia el objeto que van hasta el drama pasional de la ruptura y de la venganza.

Pero bajo estas formulas lógicas de la pasión delirante, hace falta darse clara cuenta de que el motor del sistema no es el amor, sino el odio. Como vio Freud claramente, la formula de la erotomanía no es la que se afirma en la pasión del sujeto (el me ama yo le amo) sino más bien la que, inconscientemente, le lleva a ensañarse con el objeto (no le amo, le odio).

VI PSICOSIS ALUCINATORIAS CRÓNICAS

Este grupo de Delirios crónicos viene caracterizado clínicamente por la considerable importancia los fenómenos psicosensores (alucinaciones, pseudo alucinatorios,

síndrome de automatismo mental) y fue llamado antiguamente locura sensorial, paranoia alucinatoria. etc. Habiéndose reunido dentro del grupo de los Delirios

sistematizados no alucinatorios gran parte de los casos clínicos que formaban el "Delirio crónico de persecución y habiendo sido otra parte de ellos absorbidos por las formas paranoides de la esquizofrenia, la escuela francesa ha mantenido, sin embargo, esta especie de Delirio, caracterizado sobre todo por temas de influencia (Seglas), de desposesión, de acción exterior, y le ha dado el nombre de PSICOSIS

Con G de Clérambault, se puede definir este tipo de Delirio crónico cuyo parentela con los otros tipos es tan evidente que a veces resulta muy difícil hacer un

diagnostico preciso –como una Psicosis delirante crónica basada en el síndrome de

automatismo mental, que constituye el núcleo, y cuya superestructura delirante constituye una ideación sobreañadida-. Tal es en efecto este Delirio, desde el punto de

vista clínico, puesto que el sujeto afirma dogmáticamente que esta basado en percepciones irrecusables y el observador lo considera como basado exclusivamente en

percepciones sin objetos (alucinaciones). Este Delirio se desarrolla a menudo

(G. de Clérambault decía que siempre) fuera de toda predisposición caracterológica

o afectiva de tipo paranoico.

VII PSICOSIS PUERPERALES

VII. I PATOLOGÍA PSIQUIATRICA DE LA MATERNIDAD

Básicamente se describen con este nombre todos los accidentes psiquiátricos del embarazo del puerperio y del aborto. Estos accidentes revisten los más diversos aspectos: de la reacción neurótica ligera a la psicosis de largo curso. En su determinismo debe tenerse en cuenta, aparte de los factores genéticos, hormonales y toxiinfecciosos, la situación actual, es decir la maternidad con todos sus aspectos biológicos y psicosociales, y las relaciones entre esta situación actual y la personalidad. Lo que equivale a decir que el puerperio constituye la ocasión para verificar, de una manera acaso más clara que en los otros casos, el aspecto multidimensional de la etiología de las afecciones psiquiátricas y la ausencia de especificidad de las respuestas clínicas a una situación patógena compleja, como en su estado psicopuerperal.

VII. II FACTORES ETIOPATOGÉNICOS

Los datos clásicos sobre la frecuencia son inutilizables, ya que están muy lejos de llegar a concluir, variando entre una frecuencia de un caos por cada 80 partos (Barker) y la de 1 por 2000 (Rigden); pero la disminución considerable del número de casos durante el decenio de 1950 a 1960 ha llegado a tal punto que puede considerarse que las psicosis puerperales son muy raras en la actualidad. Entre las causas de esta disminución cabe señalar:

- Una mejoría de las condiciones de la maternidad: la preparación para el parto y la para la maternidad, la planificación de los nacimientos, una disminución del temor al parto y una mejoría correlativa de las relaciones entre la madre y el hijo.
- La administración de medicamentos activos contra la depresión, la ansiedad y las primeras manifestaciones delirantes, en cuanto aparecen los síntomas iniciales.

VII. III FACTORES ETIOLÓGICOS

- Factores hereditarios y constitucionales. La no especificidad de los accidentes ha llevado a ciertos autores de finales del siglo XIX a insistir sobre el papel del terreno (degeneración mental): los accidentes puerperales serían revelados solamente en los casos de mujeres portadoras de una tara siquiátrica latente (Magnan, 1877; Toulouse; 1893; Gilbert-Ballet, 1911); en efecto, a menudo ocurre que una psicosis puerperal no es mas que un episodio de una evolución psicótica intermitente o crónica.
- Factores psicosociales. El embarazo como acontecimiento representa un factor Psicosocial de gran importancia, que modifica todas las condiciones y las perspectivas de la vida de la mujer (Hélène Deutsch). De ahí las protecciones múltiples que entonces lo rodean, unas de orden social otras de orden psicológico, mágico o racional.

- Factores endocrinos. El acontecimiento biológico a que el embarazo da lugar es también de gran importancia: todos los metabolismos se modifican durante el embarazo como también el volumen sanguíneo y la tasa del hierro, calcio, fósforo, etc. Peor sobre todo son las modificaciones endocrinas las que están en correlación con los trastornos mentales (hipófisis, suprarrenales, tiroides).
- Papel de la infección. El factor infeccioso, que no es despreciable en ciertos casos, ha podido ser valorado exactamente desde los antibióticos, que han reducido su importancia. Desempeña un papel fundamental en ciertas psicosis que aparecen en las evoluciones sépticas puerperales, pero no es mas que un factor coadyuvante en los otros casos e, incluso, se trata de una eventualidad bastante rara.

VII. IV DESCRIPCION CLÍNICA

De manera esquemática podemos decir que la mayoría de los accidentes neuróticos y accidentes neuropsíquicos se ven durante el embarazo, mientras que la mayoría de los accidentes psicóticos se observan después del parto.

Accidentes Gravídicos. Son esencialmente, reactivaciones de la angustia de forma neurótica o psicósomática.

1.º Los vómitos. Se admite que son fisiológicos hasta el 3er mes. Sin embargo, su significación psicósomática es constante. Se agrupan entre los incidentes menores que acompañan al trastorno a la vez biológico y Psicosocial que supone el embarazo. Después del 3er mes, la perturbación psicósomática se convierte en un verdadero problema que puede ser planteado al psiquiatra. He aquí una estadística de Gladstone Roberts (1946) mostrando que, sobre 100 mujeres estudiadas después del 3er mes, 57 presentaban vómitos y 43 no los presentaban.

2.º Manifestaciones de histeria. Pueden aparecer con el polimorfismo habitual de esta neurosis. Señalemos la negación histérica de embarazo, imagen simétrica e inversa del embarazo nervioso o histérico.

3.º Las manifestaciones ansiosas son muy frecuentes. Se presentan bajo el aspecto de síntomas aislados (algias diversas, angustia, palpitaciones) o bajo el de la neurosis de angustia subaguda (estado depresivo con fuerte carga ansiosa, que puede ir hasta los confines de la melancolía), o incluso, ya sea bajo el aspecto de fobias, forma especializada de la angustia, que se fija sobre un objeto maléfico (miedo de la calle, miedo de la soledad, etc.), ya sea en forma de obsesiones-impulsiones (obsesión del suicidio o impulsiones de actos absurdos).

VII. V PSICOSIS PUERPERAL DEL POSPARTO

Tiene lugar en los días que siguen al alumbramiento.

El comienzo es brutal, de los dos a los diez días después del parto (bastante a menudo hacia el 15º o el 20º días). La confusión aparece súbitamente, sin periodo premonitorio, con ausencia de todo cortejo infeccioso.

El estado confusional puede ser discreto (simple obnubilación) o grave y confinar al estupor. Generalmente, se trata de un estado confusional de tonalidad ansiosa.

La enferma vive una serie de escenas no encadenadas, que se sucedan como secuencias inacabadas. Por lo general tristes, fúnebres, incluso terroríficas, estas escenas expresan un estado de ansiedad que, como la confusión, es de una profundidad variable: de la perplejidad al terror. Confusión y onirismo parecen independientes el uno del otro al observador, es decir existen estados confusionales profundos con una experiencia oniroide, e inversamente, estados oníricos muy ricos, con poca desorientación temporospacial.

Este estado realiza una desorganización completa de la experiencia actual en la que la angustia y la confusión se mezclan al onirismo para dar lugar a un cuadro muy polimorfo: puede verse como se asocian o se suceden

por fases aspectos melancólicos, maníacos, incluso catatónicos... La riqueza y el polimorfismo de este estado confusional son, por lo demás, bastante característicos de todas las psicosis confusionales puerperales.

El examen general en esta forma no descubre síndrome infeccioso. Si existe fiebre,, se debe a la deshidratación, la agitación y las perturbaciones centrales.

Aunque los tratamientos consiguen, en la mayoría de los casos, la desaparición del trastorno de la conciencia, es necesario tener en cuenta la indudable tendencia de las psicosis puerperales a las recaídas, lo que obliga a mantener la terapéutica neuroléptica, sedante o antidepresiva durante algún tiempo tras la desaparición de la sintomatología. En la actualidad, el pronóstico a largo plazo es favorable.

VIII PSICOSIS CONFUSIONALES

Las psicosis confusionales (o confusiones mentales) se caracterizan por: a) la obnubilación de la conciencia, que puede ir desde el simple embotamiento hasta un estado de estupor próximo al coma; b) la desorientación temporospacial en diversos grados; c) el delirio onírico, modalidad de experiencia psíquica vecina a la de los sueños.

Como veremos, tales estados pueden ser engendrados por numerosas causas.

Sin embargo, desde Régis, se consideran como factor preponderante las causas toxiinfecciosas. En efecto, este nivel profundo de desestructuración de la conciencia

parece ser la reacción de predilección a las agresiones masivas y agudas del sistema nervioso por un agente "exógeno". Sin que, naturalmente, pueda olvidarse el umbral

de reactividad o la predisposición del terreno. En todo caso, en los estados confusionales es donde los factores exógenos parecen más evidentes y más activos.

VIII. I HISTORIA

Los alienistas franceses del siglo XIX aislaron laboriosamente la noción de confusión mental de entre la masa de las psicosis agudas: estados de manía y de melancolía,

"bouffées" delirantes, etc. La interesante historia de la confusión mental fue muy bien resumida por Régis en su Compendio de Psiquiatría (6.a edición, pág. 343); puede encontrarse también en los Estudios psiquiátricos (tomo III, pág. 326).

Recordemos tan sólo que Georget (1820) describió este síndrome con el nombre de estúpido: y que Delasiauve (1851), que hizo una magistral descripción del cuadro, fue el primero en darle el nombre de confusión mental. En 1895. Chaslin constituyó como entidad la confusión mental primitiva para designar los estados en que la

confusión se presenta como una psicosis aguda típica, cualquiera que sea su etiología.

Ulteriormente. Régis y la Escuela de Burdeos (1895–1911) completaron la descripción del contenido de esta nueva "entidad", precisando que el síndrome es casi siempre de origen infeccioso o tóxico y poniendo en relación la confusión con el delirio onírico u onirismo, al cual consideraron como característico de todas las intoxicaciones o infecciones.

Por lo general, fuera de Francia se recurre menos a este diagnóstico: en Alemania, especialmente, la noción de confusión (Verwirrtheit) ha gozado de poca aceptación, siendo desplazada por la de "reacciones exógenas" de Bonhoeffer (1907).

VIII. II ESTUDIO CLÍNICO

Para la descripción tomaremos como modelo la psicosis confusional onírica simple, descrita por Chaslin con el nombre de confusión mental primitiva.

A. –MODO DE INICIO

La confusión puede aparecer en todas las edades, afectando indiferentemente a los dos sexos. Los factores exógenos (infecciones, intoxicaciones, traumatismos, emociones) sin ser constantes, desempeñan, repitámoslo, un papel muy importante.

El inicio es generalmente progresivo en varios días; viene caracterizado por el insomnio, inapetencia, una cefalea sobre la cual insistió mucho Régis, así como también lo hizo sobre las modificaciones del humor y del carácter.

A veces, no obstante, el comienzo es brusco y caracterizado por un acceso de onirismo terrorífico, una profunda obnubilación de la conciencia o una profunda desorientación.

De manera progresiva o no, el paciente va entrando en un estado confusional

confirmado, a veces después de pasar por estados de desestructuración intermediaria de la conciencia: estados más o menos maniacodepresivos o alucinatorios (depresión, excitación psíquica, ideas de persecución, automatismo mental). Las modalidades de esta degradación, su rapidez, su profundidad, la duración de sus niveles sucesivos, constituyen los aspectos clínicos de este período de invasión.

B. – PERÍODO DE ESTADO

El enfermo se halla sumergido en un trastorno general y profundo de su conciencia, que caracteriza el

ESTADO CONFUSIONAL: alteración de la síntesis mental (obnubilación, desorientación, amnesia, etc.) y experiencia onírica.

1.º **Presentación**, La máscara de la confusión es tan característica que constituye un síntoma capital del cuadro clínico: el confuso da la impresión de embotamiento y extravió, especialmente por su mirada adusta, vacía y lejana. Se tiene la

impresión de que esta ausente de la situación actual. Su fisonomía permanece rígida.

sus rasgos descompuestos y su mímica inadaptada.

El comportamiento general psicomotor verbal y también los gestos expresan esta

confusión. Unas veces los movimientos son lentos, torpes, vacilantes, inseguros, la

palabra es cuchicheada, mal articulada; durante algunos periodos puede existir un

mutismo total (mutismo estuporoso); el paciente no tiene iniciativa y requiere ser

asistido en sus actos más elementales: alimentación, aseo, levantarse, etc. Otras veces

es ruidoso, presa de una agitación desordenada y estéril: sus impulsos, sus deambulaciones, sus tendencias a la violencia o a la fuga, exigen una estrecha vigilancia.

A pesar de este torpor o de esta agitación estéril, el enfermo parece hacer esfuerzos, al menos en algunos momentos, para darse cuenta de lo que ocurre a su alrededor. Así, puede manifestarse su perplejidad a través de expresiones como la siguiente: "¿Qué es lo que ocurre? No lo comprendo, explíquemelo..."

2º **Confusión**. El síntoma esencial consiste en la incapacidad para efectuar

una síntesis y una diferenciación suficientes de los contenidos psíquicos los cuales

se confunden y se aglutinan. De ahí la falta de lucidez y de claridad del campo de la

conciencia. La actividad perceptiva es deficiente: el paciente identifica mal el mundo

exterior, no reconoce a sus parientes, a los que le cuidan; los objetos que le rodean

le parecen extraños, etc. A veces es la percepción del propio cuerpo la que está afectada y el enfermo sufre entonces un sentimiento de despersonalización, trastornos

cenestopáticos, etc.

La desorientación temporoespacial es uno de los síntomas más característicos del

estado confusional. Es evidente en todos los casos. El paciente comete errores en

cuanto a la fecha, ignora la estación, la duración de su enfermedad. Se sitúa mal en el

espacio, se cree en su casa cuando se halla en el hospital, se extravía o no reconoce

los lugares o su medio habitual.

Los trastornos de la memoria están también en el centro del cuadro clínico. Las

percepciones son vagas, se desvanecen pronto sin fijarse suficientemente en la

memoria. Así, el enfermo no sabe si ha comido o no, si ha recibido o no una visita

aquella misma mañana, etc. La evocación de los recuerdos es igualmente muy laboriosa y, si bien el enfermo es capaz de comprender una situación simple, la mayoría de las veces responde: "No lo sé; no me acuerdo". Los falsos reconocimientos, que

representan una especie de test clínico de la confusión, se añaden a estos trastornos

de la memoria: el paciente toma a una persona por otra, mezcla las situaciones y las

identidades.

Estos trastornos mnésicos persisten durante el periodo posconfusional. La insuficiente fijación se manifiesta, en especial, por el hecho de que el enfermo haya olvidado prácticamente todos los acontecimientos que se desarrollan en el curso de su

enfermedad; es la amnesia lacunar de la confusión mental. A veces, por el contrario,

sobrevive durante algún tiempo un sistema de recuerdos oníricos, más o menos vivaces, que dan lugar a un delirio de evocación postonírico.

Como hemos visto por su mímica, el enfermo hace visibles esfuerzos para salir de

su torpor. Su perplejidad ansiosa, sus intentos de poner orden en la confusión de sus pensamientos constituyen un síntoma importante del estado confusional. Busca

reconstruir su síntesis mental deficitaria. No da jamás respuestas inmediatas y

absurdas. El paciente pregunta: "¿Qué sucede? ¿Quién soy yo?", lo que traduce la

existencia de una penosa conciencia de enfermedad.

Estos diversos síntomas: trastornos de la síntesis psíquica y de la conciencia.

trastornos de la percepción, desorientación, amnesias y falsos reconocimientos y perplejidad, son los síntomas mayores de la confusión mental. A continuación veremos el tipo de pensamiento que acompaña generalmente a este "estado confusional".

3° **Delirio onírico.** Del mismo modo que la obnubilación de la confusión

puede ser comparada al sueño en sus diversos grados de profundidad, el delirio de la

confusión recuerda el ensueño: es el delirio confusoonirico o simplemente onirismo.

Éste constituye la experiencia delirante y alucinatoria típica de los estados confusionales.

Después de haber sido objeto de las famosas descripciones de Lasègue (1869)

y de Magnan (1874) en la intoxicación alcohólica, el delirio confusional fue designado, cuidadosamente descrito y relacionado con la confusión mental por Regis

(1901).

El onirismo se caracteriza por:

a) Una sucesión de alucinaciones visuales que constituyen una serie de imágenes

discontinuas o, lo que es más frecuente, un encadenamiento escénico (visiones

de temas místicos, eróticos, profesionales, etc.).

b) No obstante, el onirismo puede también implicar otros componentes sensoriales: auditivo, cinestésicos, sensibilidad cutánea e interoceptiva (voces, amenazas,

sensación de electricidad, atormentadora impresión de persecución, acción maléfica

sobre el cuerpo).

c) El enfermo, en cierta medida, permanece capaz de percibir la realidad exterior, pero esta percepción está muy alterada, sobre todo, en lo que respecta a las referencias temporospaciales (ilusiones, interpretaciones que tienden a dramatizar el ambiente).

d) Uno de los caracteres más importantes del onirismo es la adhesión del confuso a su delirio. El delirio es vivido y el sujeto se enfrasca vivamente en él: Llamando a sus compañeros, luchando contra sus enemigos, huyendo de los peligros. Él "ejecuta" su ensueño en lugar de ser un espectador inmóvil y pasivo como el individuo que sueña.

e) Las imágenes del onirismo son móviles, caleidoscópicas y, a veces, rápidas

y caóticas como las de un filme incoherente.

f) Los temas fundamentales del ensueño onírico son muy diversos. Es frecuente

el delirio de preocupación profesional. El enfermo vive entonces una escena de su

ambiente de trabajo en la que se encuentra con grandes dificultades de ejecución

(recordemos el ejemplo clásico del carretero que intenta, por medio de grandes esfuerzos, librar su yunta atascada). La escena puede ser relatada o, simplemente, acompañada de gestos; o bien realmente representada en la habitación. Es también frecuente que las escenas oníricas sean terroríficas y estén constituidas por experiencias alucinatorias visuales en las que se suceden espantosas peripecias, en que aparecen caras sangrantes de monstruos, bestias feroces o repugnantes (zoopsias), llamas, etc. En

el curso de estos accesos de onirismo terrorífico, el enfermo puede presentar peligrosas reacciones (agresión o huida, defenestración, etc.). A veces, por el contrario, el

delirio onírico tiene una tonalidad afectiva agradable y exaltante (onirismo eufórico

de tema místico o erótico).

Clínicamente, como síntoma, el onirismo se observa a través del comportamiento del enfermo aterrorizado o fascinado por sus visiones. Se le ve mirar y permanecer atento al desarrollo de las escenas imaginarias (desfile de marionetas o de sombras chinescas, procesiones de insectos, zarabanda de brujas, apariciones o escenarios eróticos, etc.). Ahora bien, embelesado u horrorizado por esta experiencia, el enfermo no siempre confía a los demás el contenido temático: no obstante, con frecuencia describe y comenta lo que ve, pero, por lo general, no hace un relato completo hasta mas tarde. Es muy raro que la experiencia onírica sea continua, más bien se presenta en oleadas y frecuentemente en las proximidades de la noche y del sueño (remplazado a menudo por fases hipnagógicas ansiosas y atormentadoras).

4° Examen físico. En la confusión mental el examen clínico revela casi siempre signos de sufrimiento orgánico. Los trastornos del estado general son frecuentes:

adinamia, desnutrición, deshidratación, oliguria, fiebre, estado saburral de las vías digestivas, anorexia, constipación.

Por medio de un examen cuidadoso y sistemático pueden observarse a veces trastornos neurológicos mas precisos (trastornos de los reflejos, del tono), que permiten.

con la ayuda de exámenes paraclínicos, poner de manifiesto la existencia de una

afectación cerebral o de alteraciones neurovegetativas. En estos casos, no debe evitarse ninguna exploración, en especial las usuales exploraciones de las funciones hepáticas y renales, de la sangre y del líquido cefalorraquídeo.

VIII. III EVOLUCION

Habitualmente la evolución tiende a la curación sin secuelas. Cuando así ocurre,

se observa una mejoría concordante del estado físico y del estado mental (recuperación de la calma, del sueño y del apetito, desaparición de la inestabilidad térmica, velocidad de sedimentación y fórmula leucocitaria normales). De ordinario la mejoría se presenta de forma progresiva, si bien la astenia psíquica puede persistir durante un

tiempo más o menos largo después del retorno de la lucidez. A veces la resolución es

brusca y, en unas horas, el enfermo parece salir de sus crisis confusooníricas como si

lo hiciera de un sueño poblado de pesadillas.

En las formas de onirismo intenso puede asistirse igualmente a un despertar

brusco, aunque lo más frecuente es que, durante varios días, el paciente permanezca

suspendido entre su ficción delirante y la realidad. No es sino de manera progresiva y en forma penosa, por medio de esfuerzos, de indagaciones, de preguntas y a través de vacilaciones, de regresos a la convicción delirante con posterior rectificación, como el enfermo acaba por asentarse en la realidad. Es la fase del despertar del delirio onírico de Régis (1911).

A veces, no obstante, después de la desaparición de los trastornos confusionales y el gran delirio confusoonírico, el paciente puede permanecer durante largo tiempo bajo la influencia de su experiencia onírica y más o menos convencido de la realidad de ciertas escenas vividas en el curso de su confusión. Estas convicciones fueron denominadas por Régis ideas fijas postoníricas. Por lo general, desaparecen al cabo de algunos días. Sin embargo, en ciertas condiciones, no desaparecen y, en forma insensible, puede establecerse entonces un verdadero síndrome delirante crónico (A Delmas. P. Neveu, etc.) a base de ideas permanentes postoníricas, especie de delirio de evocación de la experiencia confusoonírica.

En ciertos casos puede observarse en el enfermo curado la presentación de recaídas provocadas por diferentes factores etiológicos (estado infeccioso, emociones, paño, insolación, etc.). A propósito de estas formas, se ha hablado de confusiones cíclicas "recidivantes" o "intermitentes", habiéndose discutido su posible pertenencia al grupo de psicosis periódicas maníaco depresivas, con las cuales, efectivamente, es a veces muy difícil establecer un diagnóstico.

Régis insistió también mucho quizás en exceso sobre la evolución desfavorable que se caracteriza por una confusión mental crónica. Este pasaje a la cronicidad puede preverse, según dicho autor, cuando se produce una mejoría del estado físico (recuperación del estado general, restauración de las reglas) sin mejoría mental concomitante. El paciente se instala insensiblemente en un estado de confusión

mental crónica simple con torpor, indiferencia, embotamiento, trastornos de la actividad sintética. Régis veía, en algunas de estas formas, un tipo de demencia precoz

postoxiinfeciosa, que oponía a las formas de demencia precoz degenerativa.

La evolución hacia la muerte es excepcional en las formas medias que describimos aquí. Puede producirse cuando la confusión y la agitación se hacen muy intensas (Delirio agudo) o cuando el síndrome confusional es sintomático de una afección general grave.

VIII. IV FORMAS CLÍNICAS

Según predominen los trastornos propiamente confusionales o el delirio onírico, se describe:

- a) Una forma estuporosa caracterizada por la acinesia, la obnubilación de la conciencia, la inercia y el mutismo. Se acompaña asimismo de trastornos funcionales graves (rechazo de alimentos, sitiofobia, incontinencia, etc.). A veces, esta forma acinéctica adquiere el aspecto de un síndrome catatoniforme (Garant, 1931) con conservación de las actitudes (catalepsia, rigidez muscular, etc.).
- b) Una forma alucinatoria en la que, como sucede en las psicosis alcohólicas que estudiaremos más adelante, el delirio onírico y la agitación concomitante se hallan en primer plano. Excepcionalmente, se trata de un onirismo con predominio a las alucinaciones acusticoverbales y cenestésicas.
- c) Una forma de onirismo puro, descrita por R. Charpentier y Achille-Delmas (1919). La actividad alucinatoria es muy viva mientras que el estado confusional apenas está insinuado (se trata de estados que deben más bien localizarse dentro del grupo de las psicosis delirantes agudas de forma oniroide).
- Ahora bien, las dos formas verdaderamente originales de confusión mental que merecen descripción aparte son el síndrome de Korsakoff y el Delirio agudo

IX SÍNDROME DE KORSAKOFF

Se denomina así un síndrome confusional en el que predominan la amnesia de fijación, la fabulación y los falsos reconocimientos y al cual se asocia una polineuritis. Se trata de un estado mental tan particular que, con frecuencia (fuera de Francia), se considera como suficiente para caracterizar el síndrome, incluso con exclusión de la polineuritis. Korsakoff describió esta psicopolineuritis entre los años 1880 y 1890 con el nombre de "Cerebropatía psíquica toxémica".

IX. I DESCRIPCION CLINICA

La fase de comienzo se asemeja a la de todo estado confusional: cefaleas, insomnio, trastornos del humor. Se añaden, en este caso, trastornos de la marcha, algias y parestesias en los miembros inferiores.

En el periodo de estado el síndrome psíquico está constituido por un estado

confusional generalmente discreto. La primera manifestación de la debilitación de la

síntesis psíquica es un déficit de la atención. El paciente está distraído, sigue difícilmente el interrogatorio, obliga al médico a repetir sus preguntas. Algunas veces,

este estado de dispersión mental apenas es perceptible y sólo se hace evidente a

través de la fatiga de un interrogatorio un poco prolongado. El enfermo adquiere entonces conciencia de sus trastornos y muestra signos de impaciencia o de mal humor.

La actividad perceptiva apenas parece alterada clínicamente. El trastorno de la percepción se sitúa, en efecto, en el nivel en que la misma se integra a la conciencia del

tiempo, es decir donde la experiencia actual se incorpora al tiempo vivenciado para

convertirse ulteriormente en un recuerdo.

Es, pues, la temporalización de la percepción la que está alterada selectivamente.

Al nivel de disolución psíquica propio del síndrome de Korsakoff el enfermo es incapaz de fijar un recuerdo, siendo esta amnesia de fijación el síntoma fundamental del

síndrome: el enfermo no reconoce al médico que le visita cada día, a los enfermeros

que reemprenden el servicio en cada turno, etc. Es el "olvido a medida", a veces total.

Por el contrario, la rememoración o memoria de evocación de hechos antiguos, operación más estable y automática, puede persistir intacta o ser alterada tan sólo por

la imbricación de tabulaciones y falsos recuerdos. El reconocimiento de los recuerdos

puede estar asimismo insuficientemente integrado en la serie cronológica. Esta evocación incompleta, que afecta tan sólo a ciertos elementos afectivos, confiere a las

percepciones actuales y nuevas un sentimiento de familiaridad. Son los sentimientos

de déjà vu y los falsos reconocimientos. A veces la disolución de la memoria es

mucho más completa: se trata entonces de una amnesia retroantrógrada más o menos completa.

De una manera casi constante se observa una desorientación en el espacio, análoga a la observada en cuanto al tiempo. Con frecuencia la perturbación no afecta más que al espacio geométrico abstracto; así, el paciente no puede dibujar un triángulo, describir un itinerario, seguir un trayecto sobre un plano, etc. A veces, sin embargo, la desorganización de la representación espacial es más profunda y alcanza

a su forma concreta; el enfermo no sabe encontrar su cama, se pierde por el servicio,

etcétera.

Los trastornos de la síntesis mental (confusión y desorientación) que acabamos

de estudiar favorecen una modalidad de pensamiento, de tendencia automática y

asociativa, denominada tabulación. Esta modalidad de pensamiento se aproxima

al delirio onírico, el cual, efectivamente, tiende a constituirse por agravación de la

confusión y de la desorientación. Si, por ejemplo, se pregunta a un enfermo, que lleva ya varios días de hospitalización, lo que hizo en el café la noche anterior, se lanza inmediatamente, con seguridad, a una descripción circunstancial de la velada, da detalles "precisos" sobre las personas que encontró, las conversaciones que sostuvo, etc. La exposición fabulatoria está constituida por fragmentos reunidos sin orden ni concierto y de diversas procedencias: acontecimientos y personas reales, recuerdos de lecturas, rememoración de escenas recientes o al contrario muy antiguas, de conversaciones, películas, etc. Esta tabulación es móvil (como el delirio onírico), fósil de modificar, plausible (es un modo de pensar poco alejado de la fantasía normal) y parece ser compensadora de la amnesia. La mayoría de las veces requiere ser provocada por medio de preguntas o de sugerencias, que inducen al sujeto a tabular.

El estado afectivo, por lo general, corresponde a una especie de puerilidad eufórica y de indolente distanciamiento.

El estado general es la mayoría de las veces poco satisfactorio: adelgazamiento, astenia, insuficiencia hepática.

Pero la característica somática más importante del síndrome de Korsakoff

la polineuritis de los miembros inferiores (algias espontáneas y a la presión de las

masas musculares de las pantorrillas, parestesias, atrofia muscular, impotencia

funcional en forma de "steppage", disminución o abolición de los reflejos rotulianos

y aquíleos). La afectación de los nervios de los miembros superiores o de los nervios

craneales es excepcional.

IX. II PSICOMETRIA

El examen psicométrico es con frecuencia impracticable en razón de la profundidad de la confusión y del deterioro. La característica esencial es un déficit mnésico que afecta a los hechos recientes evidenciado por el subtest de información del W.-B. Queda también afectada la evocación de los recuerdos. Igualmente se ha señalado la presencia de sinestesias en cantidad notable en el test de Rorschach. Este deterioro mental orgánico puede regresar, como hemos visto; en otro caso, el deterioro se extiende y alcanza el campo general de la expresión de la inteligencia y se convierte en demencia.

IX. III EVOLUCIÓN

El síndrome de Korsakoff puede ser el primer estadio de una caquexia fatal. Puede evolucionar rápidamente

en 2 o 3 semanas. A veces, la confusión mental aguda, con síntomas generales graves y neuraxitis masiva de progresión ascendente, tiene una evolución mortal. Mas frecuentemente, la evolución es crónica y la polineuritis se detiene en grados variables, si bien existe casi siempre un deterioro mental más o menos importante. Finalmente, si las lesiones neuraxíticas no son demasiado graves y si el tratamiento es precoz e intenso, se observa a menudo una mejoría progresiva y la curación.

IX. IV ETIOLOGÍA

La causa más frecuente del síndrome de Korsakoff es una causa nutricional, en el curso del alcoholismo crónico, que actúa esencialmente por una carencia de tiamina, sobre todo en la mujer. A continuación hay que destacar la tuberculosis y las otras infecciones, el embarazo, los tumores cerebrales (sobre todo de la base y del tronco cerebral), los traumatismos craneanos (cualquiera que sea su localización), las intoxicaciones (especialmente por el óxido de carbono)

IX. V PROBLEMA ANATÓMICO Y PATOGENICO

Se han efectuado numerosos estudios sobre la anatomía patológica del síndrome de Korsakoff. Sin embargo, no se ha llegado a un completo acuerdo acerca de la correlación entre la topografía de las lesiones y las características del síndrome.

Para unos autores (Marchand y Courtois, 1934; Cardona, 1937; Stevenson, Alien y McGowan, 1939; Lereboullet, Pluvinaud y Levillain, 1959) el examen histológico demuestra la existencia de alteraciones difusas extendidas a todos los elementos constituyentes del sistema nervioso: meninges, vasos, neuroglia, células ganglionares y mielina, y todas las partes del neuroeje: córtex, contorno de los ventrículos, tronco cerebral y cerebelo.

Según la opinión de otros autores, por lo general más antiguos (Ballet y Faure, 1898; Meyer, 1912; Marcus, 1937, etc.) las lesiones responsables de los trastornos psíquicos del síndrome estarían localizadas en el córtex y, más particularmente, a nivel del polo frontal.

Para un tercer grupo de observadores, las alteraciones de las estructuras nerviosas estarían situadas, de manera predominante, alrededor de las paredes del III y del IV ventrículos, y afectarían en forma mas electiva a los tubérculos mamilares.

Entre los sustentadores de esta opinión, fue Gamper (1928) quien presentó el primer trabajo importante que demostraba cómo los cuerpos mamilares están afectados en todos los casos, cualquiera que sea la extensión del resto de las lesiones. Numerosos autores sostienen una opinión análoga. Citemos entre otros: Bender y Schiller (1933), Kant (1933), Benedek y Juba (1944). Delay. Brion y Elissalde (Presse Méd..1958. 66, números 83 y 88). Estos últimos autores, sobre todo a partir de un estudio minucioso de 8 casos de síndrome de Korsakoff de origen alcohólico, observan la

afectación masiva y constante de los cuerpos mamilares (lesiones de atrofia, proliferación vascular, hiperplasia glial, neuronas con picnosis), en contraste con la integridad del córtex cerebral. Lo cual les lleva a afirmar que las lesiones del cuerpo mamilar son las responsables de los trastornos mnésicos observados en el síndrome.

Como proponen Hecaen y De Ajuriaguerra (Rev. Neurol.. 1956. 94. numero 5), el estado actual de esta discusión patogénica parece centrarse no en la búsqueda de una localización demasiado estricta, sino en situarla dentro de un sistema funcional mas amplio, puesto en evidencia por los estudios anatómicos y electrofisiológicos, y compuesto por el siguiente circuito; cuerno de Ammon. fórnix. Hipotálamo, cuerpo mamilar, fascículo mamilotalámico y, tal vez, talamocortical. Las lesiones responsables del síndrome de Korsakoff pueden asentar en un punto cualquiera de este circuito, pero su "centro de gravedad" se situará a

nivel del cuerpo mamilar o del hipotálamo vecino. No obstante esta discusión continúa todavía vigente.

X DELIRIO AGUDO

Se trata de un síndrome confusional maligno, de sintomatología y evolución sobreagudas, generalmente mortal; se caracteriza: a) desde el punto de vista psíquico, por una confusión profunda o un delirio onírico intenso con agitación muy violenta; b) desde el punto de vista somático, por una grave afectación del estado general, con hipertermia, deshidratación e hiperazoemia.

Los trabajos de los clínicos franceses del siglo XIX y, muy en primer lugar, los de Calmeil (1859) separaron el cuadro clínico particular del "delirio agudo idiopático" de la masa de lo que se llamaba confusamente los estados de estupidez de las manías agitadas, de las parálisis generales agudas y de los delirios toxiinfecciosos.

A pesar de todo, los límites del síndrome han seguido siendo durante largo tiempo oscuros hasta las investigaciones a la vez anatómicas, biológicas y clínicas de Marchand, Courtois y Toulouse acerca de la encefalitis psicótica aguda azoémica (1929). La originalidad de la concepción de Marchand es de considerar el delirio agudo (la encefalitis psicótica aguda azoémica) como un modo de reacción unívoco del sistema nervioso (particularmente vulnerable en ciertos sujetos) a la acción de agentes etiológicos variados. En la aparición del delirio agudo sería, pues, menos importante el agente agresor (infección o intoxicación) que el terreno sobre el que aparece.

Las observaciones más recientes atraen sobre todo la atención hacia las perturbaciones metabólicas e hidroeléctricas (Delay y Deniker, 1954; Giudicelli y Knebelmann, 1961; Michon y cois., 1961; Cossa, 1964). Si estas observaciones poseen un interés terapéutico evidente, no parecen, sin embargo, aportar aún grandes aclaraciones acerca de la etiopatogenia, todavía oscura, del delirio agudo.

X. I ESTUDIO CLÍNICO

En la descripción tomaremos como modelo la encefalitis psicótica aguda primitiva azoémica o delirio agudo idiopático de Calmeil (*delirium acutum*).

Es una afección relativamente rara que sobreviene brutalmente, sin causas apreciables, de ordinario en sujetos adultos (tres veces más frecuente en la mujer) entre los 20 y los 50 años, con apariencia de buena salud, pero cuyo sistema nervioso dio muestras de fragilidad (trastornos mentales anteriores, trastornos neuropsíquicos, etc.) y con antecedentes hereditarios psicopatológicos.

Los pródromos, que pueden no durar más que unas horas, son los propios de un estado confusional ordinario (trastornos del humor, modificación del carácter, insomnio, pesadillas nocturnas, cefaleas).

Rápidamente aparece un síndrome de confusión mental (desorientación, onirismo alucinatorio) con reacciones ansiosas y viva excitación psicomotriz; la temperatura se eleva.

En el periodo de estado, la agitación motriz es intensa y desordenada. La mirada expresa espanto y terror. El paciente se defiende violentamente contra todos los que se le aproximan. Si se le sujeta, acaba agotado en su lucha contra los medios de contención.

El estado general está gravemente afectado, el paciente rechaza de manera absoluta toda alimentación (sitiofobia). La deshidratación es intensa, la lengua tostada indurada y recubierta, al igual que los labios y las encías, de fuliginosidades negruzcas. Los trastornos neurovegetativos son importantes (taquicardia, que pasa bruscamente de 100 a 140 pulsaciones; tensión arterial baja pero con bruscas oscilaciones; taquipnea, sudoración generalizada).

La temperatura, elevada desde el comienzo de la afección, alcanza los 40 ° y a veces los 41°. Se trata de una fiebre por afectación directa de los centros de regulación térmica. Sin embargo, a veces es clínicamente difícil descartar la posibilidad de que la fiebre sea debida a una infección primaria o sobreañadida.

La oliguria es siempre importante, a veces anterior al rechazo de la bebida. Al parecer se trata igualmente de un trastorno del metabolismo hídrico por disregulación hipotálamohipofisaria.

El examen neurológico no muestra más que signos discretos (exageración de los reflejos osteotendinosos, hipertonia, trastornos esfinterianos). A veces existen sacudidas mioclónicas o crisis epileptiformes. Guiraud ha descrito una tremulación no visible aunque perceptible a la palpación y auscultación de las masas musculares escapulares.

El laboratorio pone en evidencia un signo capital: una hiperazoemia superior a un gramo. Se trata de un síntoma constante y precoz; en ausencia de tratamiento, la uremia aumenta progresivamente hasta la muerte. La hiperazoemia del delirio agudo parece derivar, como veremos más adelante, de múltiples factores (deshidratación, afectación directa hipotálamica, afectación renal de origen nervioso, trastorno del metabolismo celular). La deshidratación siempre intensa es a la vez intracelular y extracelular (descenso del triángulo crioscópico de los líquidos plasmáticos, elevación del hematocrito). El potasio plasmático está descendido (Cossa, 1964) por debajo de 3,5 mEq/l. El hemocultivo es negativo. La fórmula sanguínea muestra una hiperleucocitosis con predominio de neutrófilos. El líquido cefalorraquídeo es en general hipotenso con una ligera elevación de la glucosa.

X. II EVOLUCIÓN

Sin tratamiento, el delirio agudo evoluciona indefectiblemente hacia la muerte, con un cuadro de hipertermia y de coma hiperazotémico, después de una falsa remisión que sobreviene, por lo general, hacia el quinto día. Sin embargo, con la utilización de las terapéuticas actuales, el delirio puede curar.

X. III ETIOLOGÍA

Como hemos dicho, el delirio agudo es un síndrome o mejor una modalidad reaccional frente a diversos factores etiológicos.

Por lo general, se distinguen tres modalidades etiológicas principales:

- a) La encefalitis psicótica aguda azotémica "primitiva": Es la que hemos tomado como objeto de nuestra descripción: irrumpe y evoluciona con independencia de un contexto clínico que pudiera permitir relacionarla con un proceso toxiinfeccioso o metabólico determinado.
- b) La encefalitis psicótica aguda azotémica, que aparece en el curso de una evolución psicótica, sobre todo en el curso de los estados maniacos.
- c) La encefalitis psicótica aguda azotémica secundaria. Es el delirio agudo que se observa en el acmé o en el transcurso de las mas diversas afecciones (intervención quirúrgica, puerperio, afecciones ginecológicas, gripe, tifoidea, erisipela, etc.).

No obstante, la mayoría de estos delirios agudos no parecen de naturaleza infecciosa. Debe admitirse, como hemos dicho ya, una desmesurada reacción nerviosa, quizá de naturaleza alérgica. Asimismo todos los autores están de acuerdo sobre la importancia del terreno (alcoholismo, antecedentes psicopáticos) sobre el que irrumpen estos delirios agudos meta infecciosos. Deltiel y cols. (1970) hacen hincapié en que no solo hay que tener en cuenta las características del terreno biológico, sino que también hay que valorar la forma de estructurarse el Yo y la calidad de sus mecanismos de defensa; para estos autores, el delirio agudo es un "tipo

de alteración mental que muestra con evidencia hasta qué punto se hallan estrechamente imbricados los procesos biológicos y la vivencia psicológica".

X. IV DIAGNOSTICO

Los dos elementos fundamentales en que se apoya el diagnóstico de delirio agudo son: la hipertermia y la hiperazoemia.

Estos dos signos permiten diferenciar con facilidad el delirio agudo de los grandes síndromes delirantes con agitación, tales como el acceso de manía aguda o la epilepsia excitomotriz. Por el contrario, el diagnóstico diferencial con ciertas formas graves de confusión mental puede ser más difícil; en efecto, en estos casos no se trata más que de una cuestión de grado y de gravedad.

X. V ANATOMÍA Y PATOLOGÍA

El delirio agudo tiene como substrato anatómico una encefalitis, caracterizada por lesiones difusas agudas (Marchand, 1940), unas de tipo degenerativo, que interesan a las células nerviosas (neurólisis), y otras inflamatorias, que pueden ser de dos tipos: a) lesiones de neurofagia. Ciertas células, sobre todo las células de la última capa cortical, con acentuado predominio en las regiones frontales y temporales, están rodeadas de elementos de fagocitosis (satelitis); b) los nódulos inflamatorios linfocitarios perivasculares que interesan especialmente a los vasos de la sustancia blanca subconical, de la capa óptica y del bulbo.

X. VI PATOGENIA

Pueden oponerse dos concepciones patogénicas del delirio agudo. Una de ellas es la que hemos citado al definir el síndrome, según la cual se trataría de una reacción catastrófica del organismo enfermo. Según la otra concepción consistiría en una toxiinfección de forma cerebral y evolución sobreaguda. Especialmente y según esta última concepción. Guiraud (1938) supuso que una toxina o un virus filtrable actuaría electivamente sobre los centros vegetativos del hipotálamo, lo cual explicaría gran número de síntomas del delirio agudo.

Sin embargo, las concepciones que parecen suscitar en la actualidad mayor interés son aquellas que ven en el delirio agudo una modalidad de reacción somatoencefálica a una agresión. Marchand (1940), como ya hemos visto, ha rechazado el origen toxiinfeccioso del delirio agudo y considera que se trata de una forma de reacción de "intolerancia nerviosa" individual a una causa y que, aunque pueda descubrirse la existencia de una toxiinfección, no puede considerársela, sin embargo, enteramente responsable del síndrome. Es así que el acento se hace recaer sobre la predisposición individual y el modo reaccional de tipo univoco del organismo a los diversos agentes stressantes. Del mismo modo, diversos autores (Auhin, Loo, Lmgjaerde, Chiaramonti, etc.) han sugerido comparar el delirio agudo con cuadros tales como el delirium tremens y las neurotoxicosis del láctame, que pueden esclarecerse por medio de la fisiopatogenia del síndrome de irritación (Reilly), del síndrome maligno (Reilly, Marquety, Ladet) o del síndrome de adaptación (H. Selve).

La patógena de la azoemia ha provocado numerosas discusiones. Y ha sido explicada por la proteólisis tisular (Bouvet, 1939); por el mecanismo de una azoemia extrarrenal de origen nervioso (Richet y Dublineau, 1931, Cournou, 1933); por un mecanismo renal (Lemière, Delay y Tardieu, 1941), por una sideración renal (Deniker y Fourment, 1953), tal como se presenta en los procesos de deshidratación extracelular, etc. Lo más verosímil, como estos mismos autores reconocen, es que la patógena de esta azoemia sea compleja y está todavía por precisar.

XI DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ETIOLÓGICO

DE LOS ESTADOS CONFUSIONALES

El diagnóstico positivo de una psicosis confusional es, por lo general, fácil. Las dudas en el diagnóstico diferencial provienen de la frecuente imbricación entre todas las psicosis agudas que aquí exponemos. En efecto, entre los estados manícodepresivos más o menos confusionales y estuporosos, las psicosis delirantes agudas más o menos oníricas y el síndrome confusional propiamente dicho, el diagnóstico resulta incierto. No obstante, la profundidad de los trastornos de conciencia y la experiencia onírica con sus escenas de ensueño y sus pesadillas, intensa y activamente vivenciadas, son síntomas bastante netos para ser reconocidos fácilmente.

El diagnóstico diferencial. Es de un gran interés práctico en lo que respecta a la diferenciación entre las formas confusionales estuporosas y más o menos catatoniformes, de los brotes agudos y crisis de catatonía de las psicosis esquizofrénicas. Hablará en favor del estupor confusional, la importancia de los factores tóxicos, el estado de confusión con desorientación muy acentuada, la ausencia de antecedentes esquizoideos o preesquizofrénicos y la ausencia de negativismo y de autismo. Sin embargo, con frecuencia, sin una gran experiencia clínica y un profundo análisis de los síntomas, es difícil pronunciarse. Asimismo, en caso de duda, conviene no asentar con excesiva facilidad el diagnóstico y el pronóstico de psicosis esquizofrénica.

El diagnóstico etiológico es capital en estos casos. Ante un cuadro de confusión mental, deben tomarse todas las medidas necesarias para descubrir su origen tóxico o infeccioso. En este lugar nos contentaremos con enumerar las causas más frecuentes

XI. I. CAUSAS INFECCIOSAS. En la práctica clínica diaria son tal vez las más frecuentes. En efecto, el estado confusional puede sobrevenir tanto en la fase prodrómica como en la fase de hipertermia o en el periodo de defervescencia o, incluso, en la convalecencia de una enfermedad infecciosa aguda (delirios febriles de la fiebre tifoidea, de la neumonía, etc.). Sin embargo, hay ocasiones en que se trata de una infección tóxica o latente (colibacilosis, infección urinaria crónica, tuberculosis, etc.).

XI. II. CAUSAS TOXICAS. Entre las causas tóxicas, la más frecuente es, con mucho, el alcohol. El síndrome confusional se presenta también en las intoxicaciones en el transcurso de las toxicomanías por el cáñamo indico: hachís, o marihuana; los alucinógenos: L. S. D. 25, mezcalina, psilocibina; el opio y sus derivados, la heroína especialmente, la cocaína, el éter, etc.; las intoxicaciones alimentarias (las setas, sobre todo, en el síndrome muscarínico); y, especialmente, las intoxicaciones medicamentosas: barbitúricos (recordemos el onirismo de la supresión), las solanáceas (atropina, belladona, hiosciamina), los salicilatos, los antiamebianos, los antipalúdicos, las sales de oro, la estreptomina, la kanamicina, la cortisona, la A.C.T.H., la isoniácida, el cloramfenicol, la cicloserina, la hemineurina, la L-Dopa, etcétera. Deben mencionarse asimismo, además de los barbitúricos ya citados, otros fármacos utilizados a menudo a dosis excesivas por los toxicómanos: tranquilizantes, anfetaminas, productos adelgazantes, etc. Las intoxicaciones profesionales o accidentales: el óxido de carbono (son frecuentes las secuelas posconfusionales amnésicas y demenciales); el plomo y el mercurio y sus compuestos, el arsénico, el benzol, el cloruro de metilo, el bromuro de metilo (extintores de incendios), el tetracloruro de carbono, el tetracloroetano, el sulfuro de carbono (industrias de seda artificial, de caucho, de resinas); los insecticidas organofosfóricos.

Puede tratarse también de un estado de autointoxicación secundaria a un disfuncionamiento gastrointestinal, hepático, renal, endocrino, etc.

Es interesante observar que, con mucha frecuencia, los trastornos psíquicos confusionales observados en las intoxicaciones o autointoxicaciones poseen una patología compleja. Especialmente Richet y Vachon (Presse Méd., 1966, 74, n.º 23) han observado que los trastornos psíquicos (delirio, alucinaciones, agitación, crisis convulsivas, estupor o coma), observados en la uremia crónica no podían ser referidos solamente a la retención de nitrógeno, sino también en gran parte a la hipertensión arterial (edema cerebromeningeo), a los trastornos hidroelectrolíticos (hiponatremia con hiperhidratación celular), a las intoxicaciones medicamentosas (susceptibilidad muy grande del sistema nervioso central del insuficiente renal a los agentes terapéuticos), y

finalmente, a la descompensación sin causa desencadenante evidente de funciones cerebrales lentamente deterioradas por una antigua insuficiencia renal.

XI. III. PUERPERIO. Las psicosis del posparto se manifiestan muy frecuentemente por una confusión mental que irrumpe entre los días segundo y quinceavo después del paño

XI. IV. AFECCIONES CEREBRALES. La confusión mental puede ser secundaria a una afectación meníngocerebral: en primer lugar debe pensarse en una hipertensión intracraneana por tumor cerebral.

XI. V. EMOCIONES. Finalmente, las emociones, por lo general asociadas a factores de agotamiento nervioso, pueden dar lugar a estados confusionales, entre los cuales los más típicos son las "confusiones de guerra", de los bombardeos o de las grandes catástrofes

XI. VI. LA IMPORTANCIA DEL TERRENO. Finalmente, no se deberá olvidar la importancia de los factores personales predisponentes y de los factores constitucionales.

XII RESUMEN DE LOS PROBLEMAS

PSICOPATOLÓGICOS

El delirio onírico del confuso constituye el grado más profundo de desestructuración de la conciencia. Esta "conciencia onírica" nos remite a una experiencia que todos vivimos, la de los sueños. Pero la desestructuración del estado confusoonírico, por análoga que sea a la de los dos sueños, es a la vez menos profunda y más desordenada que la del sujeto soñador. En el sueño normal, el ensueño desarrolla sus peripecias mientras el individuo prácticamente no se mueve, permaneciendo como hipnotizado por las imágenes de sus sueños.

El delirio onírico es el aspecto positivo y la colusión es el aspecto negativo La degradación de la conciencia en su nivel más profundo engendra imágenes representativas de los Fantasmas del inconsciente. La descripción de la experiencia onírica se ha adaptado en esta concepción fenomenológica y psicoanalítica, como en el caso de Henri Ey

La psicosis confusoonírica es un soñar patológico análogo en su estructura al sueño pero no idéntico, pues resulta de una desorganización del campo de la conciencia. No puede ser dividido en tres estados absolutamente distintos (vigilia-sueño lento-sueño rápido con sus P. M. O.) como sugieren desde hace algunos años los trabajos de Dement, Fisher Jouvet Bourguignon. etc. Investigaciones permiten considerar el estado confusoonírico como una desorganización de las relaciones que ligan y subordinan al sueño con la vigilia, al sueño lento con el sueño rápido, el bloqueo del tono muscular y de las reacciones a los estímulos y sobre todo, la elaboración imaginaria del inconsciente y el pensamiento adaptado a la realidad (proceso primario y proceso secundario de Freud).

XIII LA HIPÓFISIS

En el lóbulo posterior de la hipófisis se almacenan la oxitocina y la vasopresina, que son dos nonapeptidos elaborados por las neuronas hipotálamicas (núcleos supraóptico y paraventricular). Estas dos hormonas alcanzan la posthipofisis descendiendo por el tallo hipofisario. La oxitocina juega un papel importante en el parto y la lactancia.

La vasopresina, aún denominada hormona antidiurética (ADH) actúa en el túbulo renal facilitando la reabsorción de agua (contrarrestando el aclaramiento de agua libre) bajo el estímulo de la presión osmótica y el volumen.

La patología posthipofisaria está constituida esencialmente por la diabetes insípida y el síndrome de Schwartz–Bartler.

La diabetes insípida: se manifiesta por una poliuria de muchos litros al día (de 5 a 8 litros) y polidipsia. Los exámenes complementarios constatan la carencia de ADH: la densidad urinaria nunca es superior a 1005, las pruebas de restricción hídrica o de absorción de agua salada no dan lugar a una reducción importante de la poliuria y por ello son mal soportadas, entrañando el riesgo de una deshidratación, por lo cual deben realizarse en medio hospitalario.

Las causas de la diabetes insípida son diversas: tumor hipotálamohipofisario, destrucción quirúrgica de la posthipófisis (hipofisectomía), enfermedad de sistema (sarcoidosis, histiocitosis), enfermedad de Recklinghausen. En algunos casos no se halla etiología.

Pero el problema esencial es el del diagnóstico diferencial con las potomanías. En general las pruebas de laboratorio permiten diferenciarlas; la prueba de restricción hídrica es bien soportada en estos casos; la administración de sal da lugar, al estimular la ADH, a una clara disminución de la diuresis con concentración de la

orina.

El tratamiento de la diabetes insípida estriba en la hormonoterapia sustitutiva (extracto de hipófisis posterior), en nebulizador o por vía subcutánea. Pero otros medicamentos son más cómodos de administrar: los salidiuréticos, la clorpropamida (de 250 a 500 mg por día), el clofibrato (2 g/día), la carbamazepina (de 200 a 600 mg/día).

Estos medicamentos son de gran ayuda en las potomanías porque facilitan un rápido descondicionamiento, que es lo esencial del tratamiento con la psicoterapia. Pero a veces la potomanía es el síntoma revelador de profundos trastornos psicológicos y puede formar parte de una psicosis maniacodepresiva o de una esquizofrenia.

XIV EL PSICOANÁLISIS

Sigmund Freud comenzó su carrera médica interesándose por la neurología y dejó que su supuesta carrera como investigador para meterse en la práctica privada de la psiquiatría. Parece que Freud siguió inicialmente las prácticas contemporáneas, empleando fármacos y tratamientos eléctricos para el tratamiento de los pacientes neuróticos. Su entusiasmo por la cocaína provocó consecuencias desastrosas. Lo intentó también con la hipnosis, peor informó que era poco eficaz como tratamiento. No está claro si esto se debía a la falta de habilidad de Freud como hipnotizador o a la misma ineficacia básica de la hipnosis. Sin embargo, a partir de estos antecedentes, Freud desarrolló su propio modelo de neurosis, expandiéndolo en su momento para incluir la PSICOSIS, el desarrollo de la personalidad normal, el surgimiento de la civilización y los orígenes del arte y la literatura.

Las ideas freudianas calaron en la conciencia popular mucho antes de que tuvieran un impacto importante en los psicopatólogos. En 1932, un escritor comentó, refiriéndose al impacto de Freud en EUA, que el medio por el que las ideas de Freud prendieron en el país, y alteraron sus modelos, se componía principalmente de (...) novelistas, dramaturgos, poetas, críticos, profesores de universidad (...). por los años de 1920 había más de 200 libros que trataban sobre el freudianismo (Sullivan, 1932, pp.165 y 174).

Al final de la segunda guerra mundial, el psicoanálisis había adquirido una hegemonía virtual en el entrenamiento y práctica psiquiátricos en EUA. Un psiquiatra joven en la fase de entrenamiento escogería las ideas freudianas y sufriría un análisis personal, pero la cuenta que le traía, si se esperaba realizar una carrera personal satisfactoria en la psiquiatría académica. Se percibía a la psicoterapia como la única opción

realmente prometedora para el tratamiento de la neurosis. En muchos casos, las técnicas psicoanalíticas se aplicaron en la psicosis, con una notable falta de eficacia. El psicoanálisis tuvo mucho menos impacto sobre la psicopatología europea, que sobre el pensamiento popular.

El análisis crítico de la lógica científica del psicoanálisis y la demostración sistemática de la ineficacia general de sus técnicas, junto a la acumulación de descubrimientos sobre las ambigüedades y contradicciones en los archivos de los propios archivos de Freud, se han combinado para provocar la desaprobación de la psiquiatría en general.

El psicoanálisis sobrevive en EUA como una especialidad de un número cada vez menor de psiquiatras, pero continua encontrando cierto apoyo en los intelectuales que lo habían recibido favorablemente en un primer momento— los intelectuales de la lectura.

BIBLIOGRAFIA

Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, Vol. 1 Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos, Vicente E. Caballo, Gualberto Buela-Casal y Jose Antonio Carboles (dirs). Primera Edición.

Tratado de psiquiatría, Henrley, P. Bernard—Ch. Brisset. Octava edición, Editorial Mason.

Fundamentos de psiquiatría, Dr Agustín Caso. Tercera Edición.