

APROXIMACIONES DIAGNOSTICAS EN PSIQUIATRÍA

Por: Dr. Dagoberto Espinoza Murra. *

INTRODUCCIÓN:

"El proceso diagnóstico es la operación mental que permite identificar la enfermedad y evaluar el padecimiento".

Lo transcrito refleja el pensamiento y la forma de actuar de los médicos y estudiantes de medicina. Sin embargo, en Psiquiatría el diagnóstico no puede circunscribirse a tal enunciado.

La Psiquiatría, como rama de la medicina que es, no puede prescindir de una serie de procedimientos en la búsqueda de síntomas y signos, así como al agrupamiento de éstos para configurar síndromes y llegar, en última instancia, a formular un diagnóstico.- Pero, y esto es necesario destacarlo, no siempre se sigue el mismo camino que en otras ramas de la medicina.

Un ejemplo sencillo podrá aclarar nuestra posición: Frente a un paciente con "un abdomen agudo" se impone precisar al extremo el diagnóstico. Un acto operatorio innecesario (porfiria); ó la no intervención quirúrgica oportuna (apendicitis) puede tener consecuencias funestas no sólo para el paciente sino para el médico tratante. En Psiquiatría, como medida de emergencia se impone un tratamiento sintomático y, excluida la posibilidad de un proceso orgánico (meningitis, hematoma subdural, etc, etc.) podemos tomarnos el tiempo prudencial para la elaboración de un diagnóstico, pues no es raro que sea el curso de la enfermedad el que nos oriente.- Algunos autores, sin pecar de ligeros, han dicho que el diagnóstico psiquiátrico de ingreso debe es-

cribirse con lápiz de grafito, pues no es improbable que al ser dado de alta el paciente, o en futuros ingresos, tengamos que modificar aquel diagnóstico inicial.

El proceso diagnóstico conduce indefectiblemente a la clasificación de la enfermedad y a la valoración del padecimiento" del enfermo. Con estas dos premisas tendremos una base racional para formular un plan terapéutico y brindar las consideraciones pertinentes sobre el pronóstico.

Para muchos autores el proceso diagnóstico comprende seis etapas que, aunque diferentes, están íntimamente relacionadas:

- 1- Identificación de los datos anormales.
- 2- Ubicación de los datos anormales en términos anatómicos.
- 3.- Interpretación de los datos anormales en términos estructurales y funcionales.
- 4.- Estudio de la etiología.
- 5.- Clasificación de la enfermedad.
- 6.- Evaluación del padecimiento del enfermo".

Como resultará fácil comprender, en la mayoría de los casos psiquiátricos tendremos inconvenientes para cumplir los pasos antes señalados.

EL DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO:

En el presente trabajo haremos algunas consideraciones diagnósticas de aquellos cuadros más llamativos y que con mucha frecuencia se enfrenta el médico.

1o. ESQUIZOFRENIA:

- a) *Antecedentes:* Individuos con tendencia a aislarse, callados, suspicaces, propensos a vi-

* Prof. del Depto. de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N. A.H.

vir en la fantasía. Al empezar la enfermedad se acentúan estos signos. Su conducta se vuelve impulsiva y extraña; aparecen excéntricas y se vuelven muy sensibles, desconfiados y son incapaces para adaptarse a la realidad.

- b) *Comportamiento*: Inapropiado para su edad y la situación que vive.- Se advierten gestos extraños como muecas, posiciones extravagantes, actos ritualísticos ó estereotipados.

Su lenguaje puede ser vago, evasivo, y con abundantes neologismos. En algunas ocasiones luce ensimismado, perplejo, y desconfiado; en otras, somnoliento y preocupado. La ambivalencia es frecuente, observándose sentimientos opuestos.

- c) *Pensamiento*: Son frecuentes las ideas de referencia, de persecución y los sentimientos de ser otra persona. Creen estar bajo influencias extrañas y que pueden establecer comunicaciones telepáticas. Las alucinaciones auditivas y visuales son alteraciones de la sensorio-percepción que con frecuencia acompañan estos cuadros. Las alucinaciones auditivas pueden ser voces de hombre o mujer que a veces adoptan un carácter impositivo, obligando al paciente a realizar actos agresivos o de autodestrucción; también, a veces, estas voces se vuelven diálogo que despiertan temor o risa en los pacientes.



Muchos pacientes, queriendo evadir lo reprobatorio de las alucinaciones auditivas, se tapan inútilmente los oídos.

- d) *Funcionamiento mental*: La conciencia, en su aspecto cuantitativo, no ofrece alteraciones llamativas. Es incapaz de interpretar correctamente proverbios y metáforas, pese a tener una inteligencia normal y una educación aceptable.

2o. ESTADOS MANIACOS:

- a) *Antecedentes*: Episodios anteriores de cambios en el efecto (distimias), tales como depresiones, júbilo, euforia, etc., Cambios de personalidad en forma brusca, caracterizados por extravagancias, juicios rápidos, desinhibiciones, no aceptación de las reglas sociales imperantes, indiscreciones sexuales.
- b) *Comportamiento*: Gran actividad.- Verborrea con tendencia a rimar, aparentan una alegría exagerada; se vuelven juguetones, bromistas, sin embargo, con frecuencia se irritan y no atienden sugerencias.
- c) *Pensamiento*: Se consideran con poderes físicos y mentales superiores.- Sus proyectos son grandiosos y manifiestan sentimientos de bienestar y optimismo desbordante. Son raras las alucinaciones auditivas, no así las ideas de contenido grandioso de gloria y poder personal. En el curso del pensamiento, la fuga de ideas casi es patognomónica.
- d) *Funcionamiento mental*: Pensamiento acelerado, con hipervigilia, pero carente de tenacidad.

ALGUNAS DIFERENCIAS ENTRE MANÍA Y ESQUIZOFRENIA:

MANÍA: Comienzo súbito; curso episódico; cíclica; hiperactividad, hipersexualidad; remisión completa; grandiosidad; vestuario; colorido; fugas frecuentes del hospital. Asociada a depresión endógena.



La grandiosidad de los pacientes maníacos se observa tanto en su discurso como en la vestimenta y colorido de la misma.

ESQUIZOFRENIA: Comienzo insidioso; curso crónico; alucinaciones auditivas comentatorias e impositivas; aislamiento social; poco interés por el matrimonio; no remite totalmente; indiferencia ante la muerte de un familiar cercano.

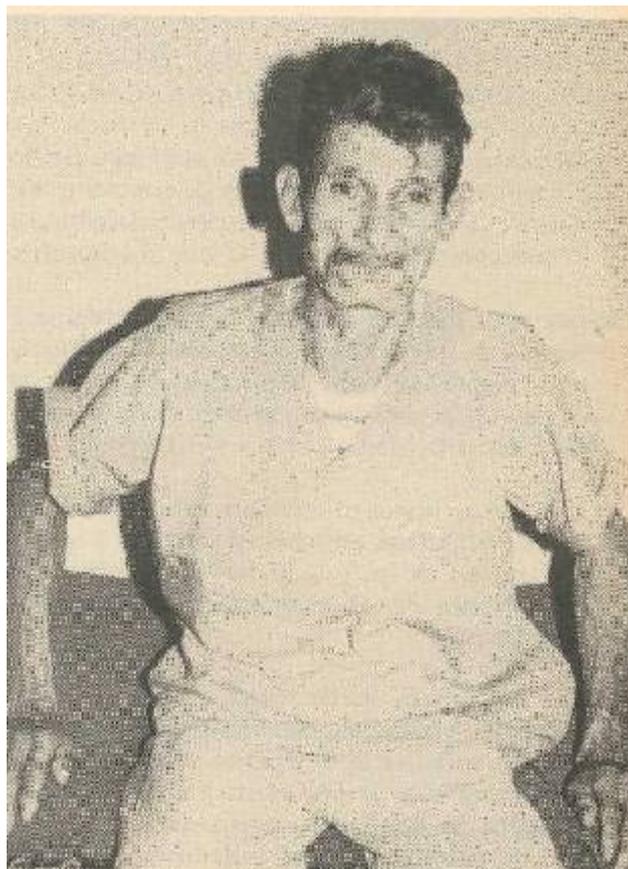
3o. **DEPRESIÓN;**

a) *Antecedentes:* Propensión a la tristeza, malestar, desinterés, disminución del apetito e interés sexual. Problemas de sueño (insomnio, despertar temprano, sueño sutil, etc).

b) *Comportamiento:* Paciente luce triste, preocupado, tenso. Ocasionalmente presentan una alegría forzada. Lenguaje pobre que se repite "rumiando" sus penas. Retardo o agitación psicomotriz (depresiones inhibidas y agitadas).

c) *Pensamiento:* Sentimientos de culpa, de no poder ser ayudados de desesperación; pérdida de interés e iniciativa, de ser una carga para la familia; ideas de suicidio, que con frecuencia se realizan. Además de ideas delirantes de contenido depresivo, de pobreza, hipcondríacas, se pueden presentar alucinaciones auditivas. Sentimientos de ruina y castigo inminente. Preocupado excesivamente con dificultades reales o imaginarias.

d) *Funcionamiento mental:* Disminución o inhibición de la expresión y reactividad de una o de todas las tendencias instintivas. Predominio relativo de los afectos penosos o negativos, incapacidad para amar, pérdida del sentimiento de bienestar y de salud. Calidad negativa del ánimo frente a sí mismo, frente al propio cuerpo e inclusive frente a la vida. Todo su funcionamiento mental está enlentecido.



En algunos cuadros demenciales es ostensible la indiferencia para el medio que les rodea.

4o: *PSICOPATÍAS:*

- a) *Antecedentes*; Dificultad de toda la vida para poderse integrar al grupo social, de alcanzar metas a largo plazo, de control de impulsos. Problemas escolares; fracasos de mantenerse en un trabajo o puesto; adicciones, de lincuencia sexual, encarcelamientos.
- b) *Comportamiento*; Puede ser despreciativo, persuasivo, dramático, hostil o evasivo. Vestimenta llamativa. Trata de impresionar al entrevistador o ganarse su simpatía.
- c) *Pensamiento*: No es patognomónico.
- d) *Funcionamiento mental*: Siente muy pocos sentimientos de culpa y tiene desviada capacidad de amar. Su inteligencia es normal o superior a lo normal.

DIFERENCIAS ENTRE PERSONALIDAD PSICOPÁTICA Y PERSONALIDAD NEURÓTICA

- a) Mientras el neurótico tiene un superego rígido y exhibe rigidez en el sistema de control interno, el psicópata tiene un superego defectuoso y ausencia o defectos en el control interno.
- b) En tanto para el neurótico hay pena, culpa y depresión frecuentes por errores o actos erróneos pequeños, para el psicópata la pena, la culpa o la depresión son mínimos aún después de actos antisociales.
- c) En los neuróticos observamos inhibición excesiva de impulsos, en especial sexuales o agresivos, no así en los psicópatas, pues actúan sin inhibiciones en la satisfacción de impulsos hedonistas.
- d) Los neuróticos lucen como sujetos morales, dignos de confianza, responsables, pero carentes de confianza en sí mismos e indecisos. Los psicópatas nos impresionan como amorales, indignos de confianza, irresponsables y mentirosos patológicos, defraudadores, ladrones, estafadores. Pueden ser promiscuos, violentos, dipsómanos ó toxicómanos.

5a *PACIENTES CON RIESGOS DE SUICIDIO:*

Generalmente las ideas de suicidio, los intentos o la realización del mismo obedecen a una perturbación de la afectividad, a un tema delirante o a desórdenes alucinatorios.

Las alteraciones afectivas pueden ser de tipo, intensidad y duración variables. Pero es sobre todo el dolor moral profundo e intolerable del melancólico, el que mayores víctimas cobra.

En algunas personas las ideas delirantes de culpabilidad y de indignidad conducen a una solución por la vía del suicidio.

Las alucinaciones de tipo impositivo, como se ven en algunos esquizofrénicos, pueden obligar al suicidio como solución a las amenazas y reproches que supuestamente escuchan.

Las amenazas o intentos previos de suicidio deben valorarse seriamente.

Entre los pacientes deprimidos es más frecuente el suicidio en aquellos que no están muy inhibidos; la calma aparente en depresiones agitadas puede ser un aviso de que el paciente puede llegar al suicidio.

SÍNDROMES CEREBRALES ORGÁNICOS:

Los síndromes cerebrales orgánicos resultan de diversos cambios bioquímicos y/o estructurales del cerebro y se manifiestan por trastornos de la ideación, de la afectividad y de la conducta.

Se les divide en agudos (Delirio) y crónicos (Demencia). La forma aguda es de corta duración y presumiblemente reversible; generalmente se acompaña de agitación y pueden presentarse alucinaciones. Los cuadros de demencia son, en su mayoría, progresivos y las posibilidades de recuperación muy limitadas! (7)

Los síntomas primarios de trastornos intelectuales! los podemos encontrar en ambas formas:

- a) Alteración de la orientación, que es más ostensible con respecto al tiempo y menos acentuada para el lugar y la persona.

- b) Trastornos de todas las funciones intelectuales, incluidas comprensión, cálculo, aprendizaje. La ideación se asocia con repetición estereotipada: "Perseveración" y elaboraciones compensadoras: "confabulación".
- c) Trastornos de la memoria: más notorios para los hechos recientes.
- d) Trastornos de juicio, conciencia y capacidad de planear el futuro.
- d) Labilidad afectiva.



En las depresiones "raramente el rostro puede ocultar el dolor del alma".

CONDICIONES ASOCIADAS CON SÍNDROMES CEREBRALES ORGÁNICOS:

- a) Infecciones intracraneales: b) Infecciones sistémicas c) Sífilis del Sistema Nervioso Central; d) Intoxicaciones por drogas y venenos e) Intoxicación alcohólica f) Tumores intracerebrales g) Arteriosclerosis cerebral h) Epilepsias i) Trastornos endocrinos j) Demencia senil y presenil k) Enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1o. Gregory Ian. *Psiquiatría Clínica*. Segunda Edición, Editorial Interamericana, 1970.
- 2o. Mayer-Gross. *Clinical Psychiatry*. Third Edition, 1969.
- 3o. Morgan Engel. - *Propedéutica Médica Interamericana*, 197L
- 4o. Prior Silberstein. *Propedéutica Médica*. Interamericana, 1972.
- 5o. Stevenson I.- *La Historia Clínica*.- Ediciones Toray, 1974.
- 6o. Wells Charles E. *Dementia* F.A. Davis Company, Philadelphia, 1971.
- 7o. Woodruff Robert- *Psychiatric Diagnosis*. Oxford University Press, 1974.