

**SEMIOLOGIA PSICOPATOLOGICA GENERAL**  
**Y EL CURSO DE LOS TRASTORNOS MENTALES**

**Autor: Lic. Juan Samat**  
**Marzo 1999**

**I- SEMIOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA GENERAL**

**La semiología**

La semiología (del griego *sémeion*, signo) es, en general, la ciencia que estudia los signos.

Los orígenes de la semiología se remontan a la Antigüedad. En la Grecia clásica, la semiología designaba una parte de la medicina, la que estudiaba los signos de las enfermedades. La misma denominación se empleaba para una parte de la lógica.

En nuestra época, la semiología -o semiótica, como se la conoce también en algunos contextos- reconoce fundamentalmente su origen, como estudio sistemático, en la obra de dos grandes estudiosos contemporáneos: el norteamericano Charles Sanders Peirce y el suizo Ferdinand de Saussure. Ellos se constituyeron en los fundadores de la semiología tal como se la entiende en la actualidad.

En relación a lo que nos interesa aquí, tomaremos a la semiología de acuerdo a su definición nominal (estudio de los signos) y a su desarrollo histórico como parte de la medicina.

**Signo** (del latín *signum*, marca distintiva, presagio, enseña) es algo que representa otra cosa, distinta en sentido estricto de él mismo. Así, si vemos humo, sabemos que hay fuego: decimos que el humo es signo del fuego. La fiebre, del mismo modo, es signo de una enfermedad. El humo y la fiebre son signos naturales: el hombre no los crea, los descubre. Otros signos son creados por el hombre. Un mapa de la Argentina no es la Argentina en sí, sino un signo que la representa. Una foto de alguien no es ese alguien en sí, sino una representación suya: un signo. El signo humano por excelencia es el lingüístico: la palabra "libro" no es un libro, pero "hace las veces" de él. Algunos autores denominan "símbolo" a este tipo de signos donde se unen convencional y arbitrariamente dos elementos. Desde esta perspectiva, el lenguaje humano es simbólico, conformado por signos no naturales, sino convencionales (no descubiertos por el hombre, sino inventados por él).

En psicopatología, por analogía con la medicina, denominamos "semiología" a la parte de esta disciplina que estudia los signos de un trastorno o perturbación mental, tanto en lo que hace a los signos objetivos (marcas como, p.ej., sudoración, agitación, estupor, aceleración del discurso) como a los síntomas (los estados subjetivos que conocemos a través de la narración del paciente: dolor, tristeza, culpa, pensamientos atormentadores, etc.).

La semiología psicopatológica se divide en dos áreas: una *general* -que es la que estudiaremos aquí- y que trata de cuestiones tales como qué es un signo, un síntoma, etc., y una *especial*, que trata de los signos en particular: perturbaciones de la percepción, de la memoria, de la inteligencia, etc.

El estudio de la semiología psicopatológica presenta un interés teórico, ya que el estudio de la "envoltura formal del síntoma" -para usar una expresión en uso actualmente en psicoanálisis- mantiene una estrecha relación con la estructura que la produce. Por otro lado, un conocimiento básico de la semiología es de la mayor utilidad práctica -fundamentalmente en las primeras entrevistas- para formular el diagnóstico del paciente.

### **Signo y síntoma**

En medicina, "semiología" es el estudio de los signos de una enfermedad, es decir, aquellas manifestaciones de una alteración orgánica o funcional que la denuncian.

Clásicamente se distinguen en este sentido "signo" y "síntoma". El **signo** es un fenómeno objetivo, perceptible por un observador externo (el médico en este caso); así, un neurólogo puede investigar los reflejos del paciente para investigar los signos de una posible patología. El **síntoma**, en cambio, es subjetivo. Es lo que el paciente mismo siente y trasmite a través de su relato; p.ej., que siente un dolor punzante en tal o cual región de su cuerpo.

En la práctica, suele utilizarse la expresión "síntoma" en sentido amplio, englobando con ella los signos y los síntomas (en sentido estricto) que presenta el sujeto.

Cuando un síntoma es tan específico de un trastorno que su sola presencia basta para establecer el diagnóstico, se denomina *patognómico*; el ejemplo típico es el de la interceptación esquizofrénica.

En psicopatología, los signos y síntomas pueden manifestarse en cualquier área: física (en el organismo o en el cuerpo, como dolores, fenómenos conversivos o psicósomáticos, fatiga, falta de apetito, etc.), conductual (en el comportamiento observable, como risas, hiperactividad, estereotipias, etc.) o en el plano de las funciones "psíquicas": pensamiento (ideas delirantes, obsesivas, interceptaciones), afectividad (angustia, depresión), percepción (ilusiones, alucinaciones), etc.

Los síntomas pueden estar en desacuerdo con el "yo" del paciente, cuando éste los vivencia como algo extraño, no acordes con él, incongruentes con la imagen de sí mismo, sus ideales, su identidad. En este caso se habla de síntomas **egodistónicos**. Constituyen motivo de queja, preocupación y muchas veces de extrañeza. En el caso en que esto no ocurra y que el sujeto no los siente discordantes con su yo, hablamos de **egosintonía** de los mismos: son "sintónicos" con el yo.

### **Nota sobre el "modelo médico"**

Antes de seguir avanzando, es menester realizar algunas acotaciones preliminares. Es sabido que el llamado "modelo médico" ha ejercido una enorme influencia en psicopatología - el mismo nombre de esta disciplina lo confirma. Como rama de la medicina, la psiquiatría ha sido, desde la época de Hipócrates, uno de sus pilares fundamentales. La concepción de la patología derivada de este modelo sugiere que los trastornos mentales son producto de una "enfermedad" de la misma naturaleza que las enfermedades físicas, y que tiene, como ellas, una etiología eminentemente orgánica, con un curso prefijado que presenta un diagnóstico, un pronóstico e incluso muchas veces un tratamiento que la corrige.

Este modelo tuvo su apogeo en la segunda mitad del siglo XIX y comienzos del XX, cuando la psiquiatría y la neurología parecieron dar respuesta a la mayoría de los problemas planteados por los trastornos mentales. El esfuerzo de los clásicos como Pinel, Esquirol, Griesinger, Morel, Magnan, Kraepelin y de Clérambault, entre muchos otros, se dirigió fundamentalmente a la elaboración de esquemas clasificatorios y a la profundización de una semiología que se hizo cada vez más fina y precisa. En una época en que el médico general

debía aguzar sus sentidos (sin el auxilio de los modernos métodos de exploración física de los que dispone el clínico actual) para efectuar un diagnóstico, y sin muchas herramientas terapéuticas a su alcance, estos geniales psiquiatras de hospicio desarrollaron una semiología cada vez más compleja, sutil y concisa, que es la base de la actual.

Se conocen las limitaciones de este enfoque médico de los problemas mentales y las críticas que se le han dirigido. No las reseñaremos aquí. Básicamente, señalaremos -con Saurí (1)- que se queda en el plano de la Mirada, de lo descriptivo, dejando de lado el de la Escucha, de la palabra, que hace a la significación vivida, a los vínculos inconscientes, a la dramática de la existencia humana.

En este trabajo utilizaremos con una finalidad didáctica (en mérito a su claridad) los esquemas derivados del modelo médico, del que no sólo emplearemos la terminología ("semiología", "síntoma", "curso", "pronóstico", etc.), sino la modalidad de considerar a los desórdenes mentales como si fueran enfermedades *sensu stricto* que afectan al sujeto.

### Síndrome y enfermedad

Un **síndrome** es un conjunto de signos y síntomas que con frecuencia aparecen juntos configurando una organización clínica. Esta co-ocurrencia sugiere que existe un factor común entre ellos (patogenia, evolución, etc.). No llega a configurar un trastorno mental de por sí, pues un mismo síndrome puede darse en distintos cuadros psicopatológicos.

La **enfermedad** es una entidad clínica, un conjunto de alteraciones morbosas que tiene una causa (etiología), una sintomatología, una evolución y un pronóstico definidos.

Cuando se desconoce el origen de una enfermedad, permaneciendo su etiología en la oscuridad, como si ella existiera por sí misma, sin ninguna causa externa que la provoque, se habla de que es *idiopática* o *esencial*.

El síndrome -que no es una mera aglomeración casual de síntomas- es, pues, un complejo clínico mayor que el síntoma aislado y menor que una entidad nosológica.

Así, por ejemplo, el *síndrome de Korsakoff*, descrito por el psiquiatra ruso del mismo nombre en 1887, asocia los siguientes signos y síntomas:

- amnesia anterógrada o de fijación: el sujeto no retiene el presente; puede recordar hechos ocurridos hace mucho, pero no, por ejemplo, de qué hablaba hace unos minutos,
- desorientación en el tiempo y en el espacio; no sabe qué fecha es hoy, ni dónde está;
- fabula para llenar los huecos mnésicos de sus relatos, es decir, como no recuerda lo que sucedió hace poco tiempo, inventa sin darse cuenta narraciones imaginarias que toma y relata como reales;
- el enfermo es completamente inconsciente de su afección y suele ser muy jovial;
- hay trastornos de la comprensión y del juicio de identidad variables;
- este complejo sintomático se asocia con síntomas físicos, especialmente polineuritis (inflamación de los nervios) en las extremidades.

Este síndrome se da sobre todo en el alcoholismo, pero también en algunas formas de demencia, en traumatismos craneales, en intoxicaciones e infecciones, en avitaminosis (carencias de vitamina, especialmente las del complejo B) y en otros cuadros orgánicos, en frecuente conexión con trastornos hepáticos.

Como vemos, el mismo síndrome -si bien característico del alcoholismo- puede encontrarse en distintas "enfermedades", de etiologías y cursos diferentes.

## La terminología del DSM-IV

Las dificultades que surgen en relación a la distinción entre enfermedades "físicas" y "mentales" son abordadas con un criterio predominantemente práctico por la 4ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales de la American Psychiatric Association, conocido como "DSM-IV" (1994).

Si se habla de trastorno "mental", necesariamente se implica la existencia de trastornos que no son mentales, esto es, "físicos", lo cual remite a la separación cartesiana entre "mente" y "cuerpo". Sin embargo, hay perturbaciones mentales que tienen un origen físico (como muchas psicosis, oligofrenias, epilepsias, etc.), otras psicológicas (como los trastornos reactivos, adaptativos, etc.) y otras en que no está aún establecido con certeza el papel relativo de lo somatogénico y lo organogénico (ciertas depresiones, trastornos obsesivo-compulsivos graves, etc.). Por otro lado, hay múltiples enfermedades físicas -si no todas- que reconocen un mayor o menor rol de los factores psicológicos en su causación o en su desencadenamiento (por ejemplo, las llamadas "enfermedades psicosomáticas"). Por lo tanto, esta distinción no es clara ni precisa en la mayoría de los casos.

Para evitar este tipo de problemas, el DSM-IV delimita el trastorno mental ("mental disorder") sin hacer referencia a que este adjetivo se refiera a una determinación orgánica o psicológica, definiéndolo como "...un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p.ej., dolor), a una discapacidad (p.ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p.ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica." (2)

Con un criterio pragmático, distingue trastorno mental de "*enfermedad médica*", a la que define como cualquier enfermedad o trastorno que se encuentre fuera del capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE). El DSM-IV advierte que "...éstos son sólo términos de conveniencia y, por tanto, no debe pensarse que exista una diferencia fundamental entre los trastornos mentales y los trastornos físicos. De igual modo, sería un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores o procesos comportamentales o psicosociales." (3)

## Síntoma primario y secundario

Cuando a un síntoma se lo considera consecuencia o efecto de otro, o fruto de una afección subyacente, se lo denomina *secundario*. Así, una "idea delirante secundaria" lo es en relación al estado de ánimo, si es éste el que la causa. En este caso, el humor triste y depresivo causa ideas delirantes de ruina, culpa, castigo, etc., y decimos que el estado de ánimo es *primario*. Si, en cambio, un sujeto tiene una idea delirante persecutoria, y debido a que se siente perseguido se genera un estado de ánimo congruente con la misma -por ejemplo, un malhumor suspicaz, receloso y disfórico- éste es "secundario" a la idea delirante, que a su vez es primaria en relación a él.

Cuando un síntoma mental surge de una enfermedad médica (p.ej., un estado de ansiedad debido a un hipertiroidismo), suele denominárselo también como secundario.

La mayoría de las veces esta distinción no es fácil de establecer y depende de la concepción teórica particular que se tenga al respecto. "Primario" a veces connota "elemental, que explica otros fenómenos pero que a su vez no puede ser explicado", es decir, que surge sin que otro trastorno subyacente pueda dar cuenta de él. En otras ocasiones "primario"

significa "primero en una secuencia temporal", y a veces "fundamental, basal, esencial". Así, para Bleuler en la esquizofrenia los trastornos del pensamiento son primarios y los delirios son secundarios, en el sentido de que a través de estos últimos el sujeto intenta dar una explicación a los fenómenos que alteran el curso de sus pensamientos.

### **Síntomas positivos y negativos**

En algunos trastornos -sobre todo en la esquizofrenia- se distingue entre síntomas negativos y positivos.

Los *síntomas negativos* se refieren a una inhibición, bloqueo, disminución o enlentecimiento de las funciones normales: lenguaje, pensamiento, etc. Por ejemplo, la pérdida de la fluidez y la riqueza del lenguaje, una afectividad más bien apagada y monocorde ("aplanamiento afectivo"), la abulia o disminución de la voluntad, la anhedonia o incapacidad para experimentar placer. Expresan el déficit del funcionamiento mental debido a la acción de un proceso patológico que incide sobre él.

Los *síntomas positivos*, en cambio, reflejan un incremento excesivo o una alteración distorsionante de las funciones, como por ejemplo, los delirios, las alucinaciones, los neologismos, etc. Expresan la "producción" de fenómenos a partir del impacto del trastorno, y no un mero déficit.

**Las teorías de H. Jackson-** Con estos temas se relacionan las teorías del eminente neurólogo y psiquiatra inglés John Hughlings Jackson (1835-1911), que influyeron enormemente en muchas concepciones psicopatológicas del siglo XX. Él trató de aplicar la teoría de la evolución a la organización y funcionamiento del sistema nervioso, construyendo una teoría estratigráfica del mismo. El SN humano estaría organizado jerárquicamente, en estratos o niveles, siendo los vegetativos los más bajos y los que hacen a la conciencia y al pensamiento los más altos. En la vida normal, los niveles más modernos controlan a los más arcaicos y primitivos. Pero pueden haber factores orgánicos que provoquen una disolución de la inhibición de los centros superiores, causando por lo tanto una liberación de los inferiores. Por ejemplo, para Jackson las ilusiones serían el producto de estos estratos inferiores que en la vida normal aparecen controlados por los superiores.

Es decir, cuando lo superior más evolucionado queda debilitado o destruido, emerge lo inferior que se vuelve activo porque el freno inhibitorio que lo controlaba ha cedido. La enfermedad es una "liberación" de lo inferior, de lo arcaico, que no ha desaparecido sino que ha quedado oculto por debajo de los estratos más avanzados.

Este modelo de funcionamiento ha influido poderosamente sobre las perspectivas de importantes psicopatólogos contemporáneos, entre los que podemos citar a Pierre Janet, Sigmund Freud y Henri Ey.

## II- EL CURSO DE UN TRASTORNO MENTAL

El **curso** de una enfermedad se refiere a su evolución a lo largo del tiempo. En general, podríamos describir tres períodos: a) el de *inicio*, b) el de *estado*, en el que el cuadro está ya plenamente establecido y se estabiliza como el típico de la misma, y c) el *terminal*.

También las etapas suelen denominarse *prodrómica*, que anuncia el comienzo del trastorno, la *activa*, en la que se encuentra ya presente, y la *residual*.

### El modo de inicio de la enfermedad

Un trastorno puede iniciarse de modo:

- a) *Brusco o súbito*, cuando eclosiona de un modo repentino, irrumpiendo de forma violenta e inesperada en la vida psíquica del paciente;
- b) *Progresivo*: el proceso patológico va instalándose en forma paulatina, progresivamente, aumentando gradualmente su intensidad. Este modo de inicio puede asumir dos formas:
  - manifiesta: los primeros signos y síntomas aparecen claramente, o
  - insidiosa: la enfermedad aparece sin provocar manifestaciones llamativas.

En relación al comienzo de una enfermedad (o de una crisis) dos conceptos importantes son los de "aura" y "pródromo".

El **aura** es un fenómeno que precede inmediatamente al ataque de una enfermedad (especialmente la epilepsia). Puede ser de carácter motor (movimientos, por ejemplo), sensorial (sentir ruidos, percibir olores), sensitivo (malestares, entumecimiento, etc.), psíquico (fenómenos de *déja-vu*, despersonalización, recuerdos), vegetativos (dolor epigástrico, escalofríos, palpitaciones, etc.). Todos estos fenómenos, predominantemente subjetivos, son de duración muy breve y señalan la inminencia de una crisis. Por lo general, es siempre la misma aura la que se presenta para cada sujeto (por ejemplo, un paciente sentirá siempre un olor a rosas muy intenso antes de que le sobrevenga la crisis, y no otra distinta). A veces el tipo de aura permite orientarse en relación a la ubicación neurológica del foco epileptógeno.

El **pródromo** es un signo o un síntoma, o un conjunto de ellos, que preanuncian anticipadamente la aparición de una enfermedad mental. Son como signos "premonitorios" que nos permiten pensar que la enfermedad se desencadenará en poco tiempo más. Por ejemplo, un enfermo que antes ha presentado episodios maníacos, pero que hace bastante tiempo que estaba en un intervalo sin síntomas, comienza a vestirse de manera extravagante, contar chistes, moverse excesivamente, etc. Estos pueden ser los pródromos que anuncian una nueva fase maníaca.

### Agudo y crónico

En relación a su evolución, las enfermedades mentales pueden ser agudas o crónicas.

Las enfermedades mentales *agudas* tienen un curso breve; suelen ser de carácter transitorio y presentan una tendencia natural hacia la remisión (recuperación). El modo de inicio suele ser brusco, y se dan en forma de crisis, accesos o episodios. Muchas veces -no siempre- implican desestructuración de la conciencia. Ejemplos: reacciones neuróticas, brotes esquizofrénicos, estados confusionales, tóxicos o infecciosos, episodios maníacos, ataques de pánico, etc.

Las enfermedades *crónicas*, por el contrario, tienen una evolución continua cuyo carácter permanente altera de modo persistente la vida psíquica. El inicio suele ser progresivo, y producen una alteración estable, no tendiendo espontáneamente a la remisión. Casi nunca -

salvo episódicamente- implican desestructuración de la conciencia. Ejemplos: demencias, neurosis, psicopatías, trastornos de la personalidad, etc.

Convencionalmente suele aceptarse que una enfermedad es aguda si dura menos de seis meses, subaguda si dura de seis meses a dos años y crónica si sobrepasa este límite.

### **Desarrollo y proceso**

Se distinguen clásicamente, siguiendo a Jaspers, los desarrollos y los procesos.

En los **desarrollos** el curso clínico es gradual y tiene una continuidad con la historia previa del sujeto, cuya biografía no registra un corte brusco desde el cual podría señalarse el comienzo de una enfermedad. Si hay una perturbación más marcada, lo es por exacerbación de una forma de ser que el individuo tuvo "desde siempre".

Los síntomas de los desarrollos son *comprensibles*, en el sentido que las vivencias que los caracterizan no son fenómenos totalmente extraños, sino que todo ser humano, en principio, los ha experimentado en algún momento de su vida (miedo, angustia, depresión, por ejemplo), aunque la intensidad de los mismos pueda ser distinta. Por otro lado, hay un "encadenamiento lógico" de las vivencias que puede llegar a hacernos entender que de tales premisas pueda llegarse a tal producto patológico; así, por ejemplo, la búsqueda del orden de un obsesivo puede entenderse por su necesidad exacerbada de control; o la aparatosidad teatral del histérico por el deseo de ser el centro de atención.

Los desarrollos expresarían más bien anomalías en el sentido de desviación de lo normal de tipo cuantitativo (un paranoide, por ejemplo, es *más* desconfiado que el común de la gente, o un esquizoide *menos* sociable). Podría suponerse que responden a una causalidad predominantemente psicógena.

Ejemplos de desarrollos serían las neurosis, las caracteropatías, las psicopatías, las paranoias (estas últimas una de las pocas psicosis ubicables entre los desarrollos, según algunos autores), las reacciones anormales, las oligofrenias.

Los **procesos** son cortes bruscos en la biografía de un sujeto. Algo ocurre que la continuidad de la vida psíquica se interrumpe; después de la emergencia del trastorno, el sujeto ya no es "el mismo" que antes.

Acá hablaríamos de "enfermedades" (y no de "anomalías") ya que es más probable el origen orgánico de estas afecciones. Por otro lado, se comportan igual que las enfermedades médicas, que eclosionan en un momento determinado (por ello el nombre de "proceso").

Los procesos son *incomprensibles*; no se los puede entender, ni por la continuidad vivencial de la historia del sujeto, ni por la familiaridad del individuo normal con las experiencias que se viven en los procesos. Tampoco puede decirse que estos trastornos son meras reacciones a estímulos del ambiente. Así, es muy difícil ponerse en el lugar del esquizofrénico y "entender" (en el sentido de haber tenido una experiencia similar con la que podamos compararla) sus vivencias de fin del mundo, su extrañeza, etc. No son variaciones cuantitativas sino cualitativas de lo normal.

Suele dividirse a los procesos, desde el punto de vista médico, en dos subgrupos:

- a) endógenos: se supone una causa corporal, pero ella no es conocida, por ejemplo, las psicosis esquizofrénicas, las afectivas;
- b) exógenos: tienen causa corporal conocida (por ejemplo, la parálisis general progresiva o PGP, cuya etiología es la sífilis).

Algunos trastornos que pueden calificarse de procesos son las esquizofrenias, las psicosis manícodepresivas, demencias, psicosis orgánicas (exógenas), etc.

## Algunas formas de episodios agudos

Las **reacciones** son respuestas a una situación externa determinada, como por ejemplo, el duelo ante la muerte de un ser querido, las reacciones postraumáticas después de haber sufrido un accidente o una violación. Son "comprensibles". Pueden ser normales (son adecuadas y proporcionadas a la situación estímulo) o anormales o patológicas (cuando son inadecuadas o desproporcionadas, en intensidad y/o duración). Ejemplo: una respuesta de tipo depresiva frente a la pérdida de una relación amorosa importante o el empleo.

Las **crisis** (o "accesos") son episodios bruscos, agudos, de breve duración, que generalmente -pero no siempre- aparecen causados por desencadenantes exógenos, con sintomatología variada, que contrastan con el estado habitual del sujeto; p.ej., crisis de angustia (o ataques de pánico), histéricas, confusónicas, epilépticas, etc. (Para algunos autores, los "accesos" serían de motivación endógena o exógena, y las "crisis" sólo de causa exógena, pero esta distinción nos parece relativa, en parte porque muchas veces nos es imposible establecer estrictamente el origen de su causalidad. En la práctica, podemos usar como sinónimos "crisis", "acceso", "ataque", "paroxismo" -este último señalando el momento de máxima intensidad del episodio).

Las **fases** son episodios propios de los trastornos del estado de ánimo (depresivos, maníacos, mixtos). Son endógenas y no dejan deterioro ni secuelas, es decir, una vez que remiten, la personalidad sigue con las mismas características que exhibía antes del episodio. Suelen remitir aún sin ser tratados. Un episodio depresivo suele durar espontáneamente entre seis y siete meses, y uno maníaco de unas semanas a pocos meses (habitualmente un poco menos que el depresivo). Debido a este curso fásico, Alonso Fernández propone llamar a estos trastornos "psicosis fásicas" (timos= humor, estado de ánimo). El DSM-IV utiliza la denominación de "episodios afectivos", y menciona los episodios depresivo mayor, maníaco, mixto e hipomaníaco.

El **brote**, típico de la esquizofrenia, es un episodio que deja en el sujeto una alteración permanente, llamada *defecto esquizofrénico*. Es decir, después de transcurrido el brote persisten en el individuo *residuos* de la enfermedad, que con el tiempo y la repetición de los episodios pueden llevar a un cuadro de deterioro parecido al de las demencias (por eso Kraepelin denominó a este cuadro "demencia precoz").

Clásicamente se ha usado el término de *demencia vesánica* a la que sobreviene en la etapa terminal del curso de una psicosis (fundamentalmente esquizofrénica, pero no solamente ella) de curso crónico y por lo tanto de larga duración.

Debemos distinguir entre el déficit esquizofrénico y los residuos. El *déficit* es el debilitamiento mental que se produce por la repetición de brotes que resultan en un deterioro progresivo. El *defecto esquizofrénico* es el resultado final de ese deterioro. Los *residuos* esquizofrénicos son secuelas que quedan luego de haber remitido los brotes, por ejemplo "rarezas" en la conducta o en el pensamiento, extravagancia, desorganización leve del lenguaje, aplanamiento afectivo, inhibiciones, pobreza en la conversación, hábitos como el almacenar objetos extraños o inútiles, etc.

Autores franceses, como Henri Ey, hablan de crisis psicóticas conocidas con la expresión original de **boufée delirante** (boufée = ráfaga, acceso, explosión). Son psicosis delirantes agudas, de comienzo brusco y que suelen durar días o semanas. Se caracterizan por alteración afectiva, ideas delirantes no sistematizadas, un estado vivencial cercano al onirismo sin que llegue a haber una alteración clara de la conciencia pero donde lo externo y lo imaginario se mezclan. Son a veces de etiología orgánica (intoxicaciones, encefalopatías, etc.), a veces psíquica ("shocks emocionales") y la mayoría de las veces desconocida. Generalmente, pero no siempre, no dejan secuelas. La posición nosológica de estas boufées es muy discutida, y fuera de Francia, por lo general, no se considera su existencia, asimilándolas a otros cuadros conocidos (psicosis funcionales, trastornos psicóticos breves, "esquizofrenias agudas", etc.).



### Otros conceptos relacionados

Algunos términos que suelen usarse en relación a la semiología o el curso de un trastorno son los siguientes:

Se dice que un síntoma o una enfermedad ha **remitido** cuando los síntomas ya han pasado o ha disminuido en forma importante su intensidad y el trastorno, o el episodio, ha finalizado. La remisión (a veces llamada "remitencia") puede llevar a un estado de ausencia permanente del trastorno, o bien solamente a un intervalo sin síntomas que después dejará lugar a un nuevo episodio patológico. Puede ser total (desaparecen todos los síntomas) o parcial (restan algunos).

Suele llamarse **intervalo lúcido** a un período de tiempo sin sintomatología (en remisión) en el curso de un trastorno psicótico, que se da entre dos crisis, accesos, fases, etc.; por ejemplo, entre dos fases de un trastorno del estado de ánimo. Durante este intervalo el sujeto está en un estado que podríamos calificar de "normal".

La **recidiva** es la reaparición de un trastorno después que este ha remitido, es decir, volver a manifestar una enfermedad después que había transcurrido un período de "salud".

**Intermisión** significa "interrupción", y es un concepto relacionado con el de intervalo; entre dos episodios, crisis, paroxismos, hay una pausa, una "intermisión" de normalidad. Hablamos de que un trastorno es **intermitente** cuando se interrumpe y vuelve a empezar alternativamente.

### NOTAS

- (1) SAURÍ, J., Lecturas de la Psicopatología, Bs.As., Editorial de Belgrano, 1982, pp.11 ss.
- (2) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV, Barcelona, Masson, 1995, pág.xxi.
- (3) Ib, pág. xxiv.
- (4) EY, Henri, Tratado de Psiquiatría, Barcelona, Toray-Masson, 6° ed., pp.289ss.

