

## LOS SINDROMES PSIQUIATRICOS

**ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA,  
EN ESQUEMAS, DESTINADA  
A PROFESIONALES NO  
ESPECIALIZADOS EN  
PSIQUIATRÍA**

### *Introducción*

**E**l diagnóstico de los grandes cuadros psicopatológicos puede resultar dificultoso para legos en Clínica Psiquiátrica. El objetivo de estos esquemas diagnósticos que se darán a conocer en éste y sucesivos números de los "CUADERNOS DE MEDICINA FORENSE", es contribuir a lograr una rápida orientación diagnóstica sobre elementos de juicio de orden semiológico, permitiendo al observador la adopción de medios adecuados de acción en el futuro (la derivación a un especialista; la correcta interpretación de términos técnicos; etc).

Inicialmente partimos del análisis del Síndrome depresivo de la nosología tradicional en razón de considerarlo uno de los cuadros que mayores variaciones denominativas, de diagnóstico y frecuencia de detección, ha experimentado en las últimas décadas.

Su consideración asociada al antiguo Síndrome de excitación psicomotriz constituyendo el "Trastorno bipolar", será abordada después del tratamiento de áquel, en ediciones venideras.

### *Criterios generales*

Si se hace una abstracción etiopatogénica, los indicadores semiológicos de los cuadros depresivos aparecen en una multiplicidad de cuadros clínicos generales y de naturaleza psico-psiquiátrica, desde aquellos de causa infecciosa o puramente biológica con repercusión preponderante fuera del psiquismo hasta los que obedecen a razones exclusivamente mentales. En todos los casos, el humor o estado de ánimo no se halla cuantitativamente disminuído, sino por el contrario, está aumentado, ya que es intensamente experimentado al punto de constituirse en el criterio vital estructural del sujeto, en su aquí y ahora, a la vez que proyectado al futuro. De modo que no son supuestos de "hipotimia" sino de "hipertimia", aunque displacentera.

Acorde a la unidad e integralidad del psiquismo, si bien la depresión afecta hegemónicamente el aspecto afectivo de la personalidad, no significa la indemnidad de los aspectos intelectual y volitivo. Por el contrario, también ellos se hallan significativamente afectados.

En toda depresión no solo debe evaluarse su incidencia sobre el procesamiento psíquico y desarrollo existencial actual del paciente, sino también su proyección futura, sea por vía de la ejecución de con-

*Alberto V. Donnes (h)  
Roberto L. María Godoy*

ductas determinantes cuyas consecuencias sean inadecuadamente deliberadas en razón de la misma enfermedad, sea por vía del condicionamiento pronóstico de ella, tanto en relación a la autodeterminación de la persona cuanto en sus vínculos con el medio externo (cosas y personas). En lo expuesto radica la importancia médicolegal de la depresión.

Toda depresión conlleva un "potencial autoagresivo" (desde la autolesión a la autoeliminación), pues supone - al menos parcial y/o temporariamente- una caída de la estructura defensivo-adaptativa del sujeto. Ese potencial, en función de múltiples causas (desde la constitución psíquica previa del sujeto a circunstancias externas, con especial énfasis en la modalidad clínicopsiquiátrica que en concreto adopte la afección), puede transformarse en "riesgo" entendiendo a éste como un valor probabilístico fundado. Por ende, si bien en toda depresión no debe excluirse su incidencia en tanto factor de vulnerabilidad psíquica, no toda depresión conlleva un riesgo diagnóstico o pronóstico de autoeliminadorio o suicida. Existen múltiples herramientas clínico-estadísticas cuya finalidad es cualificar la depresión y el riesgo suicida. Más allá de la indiscutible seriedad científica que las anima y su utilidad práctica, no debe olvidarse que ninguna de ellas permite un conjuro eficaz de dicho riesgo, en términos absolutos.

Indicadores semiológicos relevantes

#### I) DE LA AFECTIVIDAD:

- tristeza y angustia
- ansiedad
- llanto fácil
- aumento de la sensibilidad

a estímulos del medio externo

- irritabilidad
- baja tolerancia a sobreexigencias
- sentimientos de impotencia, limitación y frustración
- culpa, autopunición y dolor moral
- pérdida del sentido vital

#### II) DE LA VOLUNTAD:

- caída de la capacidad para interactuar con el medio
- tendencia a la inactividad "dolorosa" (en tanto oposición a un ocio creativo, dinámico o placentero)
- merma de la atención en el cuidado de la propia persona
- disminución de la capacidad de oposición a las exigencias externas
- proclividad a la cesión de espacios de decisión significativos, a terceros
- tendencia a la ejecución defectuosa de actividades generales del sujeto, aún las habituales
- fallos en la concreción de actividades inadecuadamente planificadas (en los casos de depresión acompañada de ansiedad)
- disminución o pérdida y condicionamiento de la propositividad vital (elaboración del proyecto vital)

#### III) DEL AREA INTELECTIVA:

- desplazamiento de la atención desde los estímulos externos al mundo interno del sujeto
- caída en la senso percepción de estímulos externos
- enlentecimiento y condicionamiento de los procesos intelectivos, desde la captación al razonamiento (dificul-

tades para pensar, concentrarse, abstraer, relacionar, valorar, etc)

- interpretación inadecuada de la realidad circundante
- fallos parciales o totales de la memoria con particular dificultad en la etapa de fijación
- puede conllevar fenómenos sensorio-perceptivos y/o ideativos delirantes y/o delirantes
- interferencia afectiva de las funciones inherentes a la capacidad judicativa
- inadecuada implementación del caudal ideativo
- puede conllevar ideación autoagresiva desde la autolección al suicidio (pensamientos y fantasías de muerte, recurrentes y embargantes del psiquismo)

#### IV) GENERALES:

- disminución y condicionamiento de la comunicación verbal y paraverbal
- pérdida de apetito y de peso
- sobreingesta por ansiedad (cuando éste es fenómeno asociado)
- alteraciones del ritmo y calidad del sueño
- experiencia de fatiga por pérdida de energía o rápido e inadecuado agotamiento
- enlentecimiento y condicionamiento del dinamismo integral del sujeto
- actitud de entrega frente a las circunstancias vitales, aún las cotidianas

El cortejo signosintomatológico descripto, si bien puede calificarse como de mayor frecuencia, no es taxativo sino meramente enunciativo. Por ello, pueden hallarse otros (que en general tienden a denominarse "de la serie depresiva"), similares o analogables a los expuestos.

#### **Denominación de Formas Clínicas**

Esta es quizás la cuestión que mayor dificultad puede conllevar en torno al tema que nos ocupa, derivada en parte de la que es común a todas las afecciones mentales y en parte, a las variaciones taxonómicas que ha experimentado la depresión. No obstante, entendemos que sin negar la importancia que inviste la denominación que se le atribuya a un cuadro psiquiátrico, es de mayor relevancia y utilidad su descripción semiológica completa, acompañada por su consideración etiopatogénica, pronóstica, terapéutica y medicolegal.

El Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM IV) denomina "Trastornos del estado de ánimo" a aquellos cuya característica principal es la alteración del humor, sea hacia el polo del displacer sea hacia el placer. Todos ellos están configurados por "episodios", sea depresivos o maníacos. Estos episodios, "no pueden diagnosticarse como entidades independientes", "no obstante servir como fundamentos al diagnóstico de los trastornos".

Es decir que, hasta aquí, el citado Manual Diagnóstico y Estadístico, bajo una denominación genérica (trastornos del estado de ánimo), diferencia diversos síndromes o especies de aquella, algunas estructuradas sobre fenomenología psico-psiquiátrica de índole depresiva y otras, maníacas. De esta manera, se distinguen las siguientes entidades:

— *Trastorno depresivo mayor*: uno o más episodios depresivos mayores acompañados de al menos cuatro síntomas de depresión.

— *Trastorno distímico*: al menos 2 años en los que se ha experimen-

tado estado de ánimo depresivo preponderantemente, acompañado de otros síntomas depresivos pero sin llegar a cumplir los criterios de la entidad anterior.

— *Trastorno depresivo no especificado*: cuadros con características depresivas que no cumplen los criterios diagnósticos de las restantes entidades, o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria.

— *Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica*: en el caso, a modalidad depresiva; consistiendo en un acusado y prolongado efecto fisiológico directo de una afección clínica general.

— *Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias*: en el caso, a modalidad depresiva; consistiendo en un acusado y prolongado efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

— *Trastorno del estado de ánimo no especificado*: en el caso, a modalidad depresiva, son síntomas que no cumplen los criterios requeridos para el diagnóstico de las demás afecciones del género, pero pasibles de ser encuadrados como un trastorno depresivo no especificado.

A su vez, cualquiera de los cuadros mencionados, son especificados en función de:

- a) el episodio actual o más reciente:
- leve, moderado y grave (éste último, con y sin síntomas psicóticos)
  - en remisión (parcial o total)
  - crónico

- con síntomas catatónicos
- con síntomas melancólicos
- con síntomas atípicos
- de inicio en el post-parto.

b) el curso de los episodios recidivantes:

- con o sin recuperación interepisódica completa
- con patrón estacional
- con ciclos rápidos

No se nos escapa que la mención y uso de la clasificación enunciada impone una suerte de re-envío conceptual diagnóstico por ejemplo, establecer que es un "episodio depresivo mayor" para el DSM IV, pero en razón de la brevedad que impone el presente y la rigidez del esquema taxonómico que comentamos, la omisión de desarrollo es acabadamente sorteada mediante la simple lectura de los requisitos clínicos que cada categoría exige, en el respectivo Manual.

En otro orden, clásicamente se ha diferenciado entre "*Depresiones neuróticas*" por un lado (las que no desestructuran el yo), en oposición a las "*Depresiones psicóticas*" que sí lo hacen; "*Depresiones reactivas*" a las que surgen como respuesta defensivo-adaptativa frente a estímulos agresógenos del medio, por oposición a las "*Depresiones endógenas*" en las que no se halla un desencadenante externo manifiesto, sin olvidar las "*Depresiones endorrecativas*" o mixtas; "*Depresiones primarias*" o genuinamente psico-psiquiátricas por oposición a "*Depresiones secundarias*" a afecciones o circunstancias vitales patológicas de naturaleza no psico-psiquiátrica; etc. La apertura en este cierre enunciativo, señala la existencia de otras posibilidades clasificatorias pasadas y presentes, habiendo seleccionado las ex-

puestas en razón de su frecuencia de uso (el caso de la clasificación del DSM IV) o arraigado uso práctico (las demás).

### **BIBLIOGRAFÍA**

- DSM IV-Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson; Barcelona, 2000.
  - Baremo Nacional. Ediciones del país; Bs.As., 1999.
  - Tratado de Psiquiatría, Henry Ey. Editorial Masson; Barcelona 1999.
  - Encyclopedie Médico-chirurgicale. Editions Techniques; París, 2001.
-