

Clínica del delirio

Dr. Alejandro Patiño Román*

* Mphil, Edinburg University y profesor de Psiquiatría de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

RESUMEN

En este ensayo se propone el autor una reflexión sobre el delirio que genera una invalidez mental y de disociación. Por otra parte, se verifica que la fractura del aparato lógico destruye el pensamiento generando enfermedades todavía mal comprendidas. El postulado radica en una disfunción neurobioquímica cuya estructura podría integrarse a la experiencia clínica.

Palabras clave: Delirio, psicosis, clínica.

Puedo visualizar en el ámbito de la memoria que la experiencia habita en todas las moléculas de nuestra función. ¿Adónde más podría estar? Es un hábitat natural cuya explicación va a estar dictaminada por las neurociencias. Me intriga aún que las podamos evocar independientemente del tiempo. Seguramente el tiempo es un instrumento mental para guardar y ordenar nuestra biografía.

Lo significo como una forma de continuidad con todos sus valores anímicos, emocionales y prácticos. La conducta se ha convertido en una función que debe revisar su memoria, de otra forma habrá una disociación interna, que convertiría nuestra subjetividad en caos.

Esa armonía lógica buscada por los clásicos (Platón, Kant) estaría confusa en sus decisiones y probablemente su conducta sería destructiva. Existen ejemplos históricos de enfermos creativos como el caso de: Antonin Artaud, Nietzsche, Hölderlin... básicamente románticos:¹ su obra es muy inteligente; no su vida.

La fractura de la memoria y del aparato lógico, que nos sirve para tener juicios de realidad puede quedar en la imposibilidad de tener aquel matrimonio indisoluble con el que "atrapamos la realidad",² entre la cosa y la palabra generando con toda claridad clínica, el delirio. Pediríamos a las

Clinics of delirium

ABSTRACT

This essay proposed by the author reflexions about dilutions that generate mental invalidity and dissociation. On the other hand verifies that the fracture of logical system destroys the thought being part of diseases bad understood. The inference stands in a neurobiochemistry dysfunction. The structure of biochemical model it could integrates the microcosms in the mind with the clinical experience.

Key words: Dilution, psychosis, clinic.

neurociencias una descripción de tal fenómeno que desde mi punto de vista debería estar incluido en la neurobioquímica... El trabajo es arduo y complicado, la integración necesaria.

Una vez que realicemos un modelo que nos indique cuáles son las estructuras más finas del desarrollo del pensamiento, "funciones de integración superior" que han sido dañadas por diversos factores: genéticos, neurobioquímicos, electrofisiológicos podremos construir una terapéutica o rehabilitación que reestructure la población neuronal encargada de ser la estructura material o biológica del aparato lógico y de la fidelidad en la memoria.

Está decidido por L. Wittgenstein en su libro Investigaciones Filosóficas, donde dice que el pensamiento es primero que la palabra; lo que me obliga a deducir que la palabra es sólo un vehículo del pensamiento. Quiero imaginar entonces que el pensamiento es una fuerza organizadora de las palabras que obligan a tener sentido, cuyo resultado sería el significado. En la psicosis hay palabras, pero no sentido y, además, es irreducible a la crítica; por lo tanto, estoy en la necesidad de entender que el delirio es un problema del pensamiento. Es de hacerse notar que el delirio por sí mismo tenga una etiología orgánica, pero para ningún buen observador pasaría por alto que los contenidos tienen rasgos biográficos, es decir, con una significación psicológica con su carga emocional. Jamás se puede delirar sin contenidos expe-

Correspondencia:
Dr. Alejandro Patiño Román
Holbein 103, Depto. 401 C.P. 03720, México, D.F. Te.: 5563-4614

rienciales. Este concepto se puede ilustrar en la siguiente historia:

Se trataba de una paciente de 19 años de edad que había podido estudiar hasta preparatoria, viniendo de una extracción humilde pronto dejó los estudios para convertirse en azafata. Su habitus exterior era sano. Durante su infancia y adolescencia vivió en una familia relativamente armoniosa. En su adolescencia tuvo la experiencia de asistir a una exposición de computadoras donde encontró a un ingeniero alemán que explicaba las funciones de los instrumentos, quedó impactada por la presencia de este personaje. Gustaba de las revistas populares en donde pudo encontrar una monografía sobre el Sha de Irán. En su trabajo empezaron a verse ineficiencias de puntualidad y desalineo. En España en una ocasión se fue a tomar una copa con la tripulación, en el lugar se encontraban dos señores platicando, la paciente entró en un impacto emocional inmediato en el cual esos dos hombres eran el Sha de Irán y el ingeniero de computación; hablaban de la posibilidad de casarse con ella, ella se decidió por el Sha de Irán que le prometió que en un periodo de seis meses se la llevaría.

Esta síntesis nos obliga a pensar que existían fallas en el área del pensamiento porque podía describir perfectamente a los señores con realismo sensorial. Se trataba de un problema de pensamiento que no de los datos de los sentidos. Este proceso se desarrolló a tal extremo que tuvo que ser internada en una institución, “quería parar los coches con la mano para impedir su circulación, se hincaba en las calles en lugares peligrosos”, podríamos decir que su conducta era caótica. A lo largo de seis meses en la institución ya no tenía resonancia emocional incluyendo su indiferencia a mí durante la entrevista, cuando habíamos trabajado por largo tiempo. Quedaba claro que su fuerza vital estuviera apagándose porque su personalidad había entrado al mundo autista. En estos pacientes es cuando se tiene la percepción de lo llamado en psiquiatría “deterioro de la personalidad”.

Mi apreciación era que se había detenido en un tiempo y quedó encerrada en él, un ámbito que la clínica puede penetrar con una paciencia racional. Se observa con claridad la fractura del aparato lógico y dentro del delirio se encuentra la iconografía esencial de experiencias con gran contenido emocional. Se trataba de una esquizofrenia.

La clínica psiquiatría posee los instrumentos técnicos para describir los contenidos delirantes y la función estructural del pensamiento, lo que conduce a esta persona a vivir con una invalidez.

La naturaleza de estos fenómenos debe tener una estructura material; en este caso nos permiti-

ría conceptualizar que el daño es neurobioquímico y no experiencial. Tratándose de un problema en donde existe el caso subjetivo es imposible colaborar en la más basal de las organizaciones, por lo tanto, la marginación es el destino de estas personas.³ Su involución llega a tal extremo que se puede observar la imposibilidad de que esto sea histriónico o un gran equívoco, la paciente ha perdido su voluntad al construir su mundo autista.

Todos enfermamos con lo que tenemos, nunca con lo que no tenemos en cuanto a las experiencias. Las funciones perdidas o enfermas no pueden reconstruirse y el mal permanece toda la vida. Me es imposible imaginar este fenómeno en términos de la diversidad humana, sino que se trata de una enfermedad cuyo origen deben buscar la genética molecular y las neurociencias. La clínica psiquiatría tendría la obligación del tratamiento y rehabilitación dependiendo de los avances biológicos para ampliar la experiencia empírica con el microcosmos cerebral.

La proposición que este ensayo pretende es armar un sistema pedagógico donde este tipo de tareas se discutan con los maestros de más experiencia para conducir a la psiquiatría con un pensamiento propio y moderno.

Evidentemente, repito, que la neurobioquímica tendrá la respuesta etiológica, pero la psicología de rehabilitación sería de amplio interés para los resultados de una probable curación.

Es importante señalar que el delirio pertenece al capítulo de las psicosis,⁴ que pueden ser funcionales u orgánicas, el diagnóstico diferencial estriba en la valoración de la conciencia, mientras que en la funcional se encuentra muy estructurada con conciencia de advertencia clara, en las psicosis orgánicas está mal organizado y es muy pobre, por lo que la psiquiatría clásica le llama “fenómeno delirioso”. Pero lo importante es la desorganización mental del mundo por la fractura del juicio de realidad, pierde la comprensión del sentido común.

Nos conduce a pensar que el delirio destruye el pensamiento, no es posible alcanzar metas simples y racionales, la desconexión con el mundo es total y suspende la existencia de quien lo padece. Este deterioro siempre es vivido con angustia porque se trata del *no ser*. Se ha perdido la integridad y el personaje está dominado por fuerzas patológicas que en su proceso aniquilan su vivir. La comunicación con los otros se arma inasequible que deriva en la ruptura de sus relaciones interpersonales que son fundamentales para la convivencia, de esta forma su personalidad quedará estancada por falta de experiencias intelectuales que son bloqueadas por un sistema delirante.

Considero necesario la comprensión simbólica del delirio, de esta forma la relación con el pacien-

te será más cercana y podríamos hacer maniobras psicológicas para disminuir la angustia, consecutivamente con el tratamiento farmacológico que lentifica las funciones intelectuales enfermas en el ámbito de la sedación. La rehabilitación hacia la organización de una conducta más certera.

Cuando el delirio es pasajero como en la psicosis bipolar, encontramos con claridad que no existe deterioro de la personalidad: El pensamiento puede reconstruirse y expresarse coherente y congruentemente ante el otro, los cambios emocionales se corrigen con psicofármacos y el pronóstico es más alentador.

Nuevamente encontramos que los trastornos del pensamiento (delirios) pueden causar por sí mismos una forma de muerte espiritual cuyo objeto de estudio forma parte de la medicina, antropología y de la filosofía.

REFERENCIAS

1. Beguin A. El alma romántica y el sueño. México: Fondo de Cultura Económica; 1954.
2. Wittgenstein L. Investigaciones filosóficas, crítica/filosofía. México: 1988.
3. Artaud A. Carta a la vidente. España: Tusquest; 1956.
4. Patiño RJL. Psiquiatría clínica. México: Ed. Salvat; 1997.

Recibido: Agosto 4, 2003.

Aceptado: Agosto 18, 2003.