

**EL PACIENTE ORGÁNICO
APARENTEMENTE PSIQUIÁTRICO
Y VICEVERSA**

Autores:

Rosa María Rico Jaime

Francisca González Escalante

José Miguel Pena Andreu

Manuel Ruíz Ruíz

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad de Málaga. Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Málaga

ÍNDICE

- I. Introducción
- II. Demencias
- III. Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas
- IV. Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o enfermedad somática.
 - 1. Alucinosis orgánica
 - 2. Trastorno catatónico orgánico.
 - 3. Trastorno de ideas delirantes orgánico
 - 4. Trastornos del humor (afectivos) orgánicos
 - 5. Trastorno de ansiedad orgánico.
 - 6. Trastorno disociativo orgánico.
 - 7. Trastorno de labilidad emocional (asténico orgánico)
 - 8. Trastorno cognoscitivo leve
 - 9. Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.
- V. Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales.
 - 1. Trastorno orgánico de la personalidad
 - 2. Síndrome postencefalítico
 - 3. Síndrome postconmocional
- VI. Trastornos disociativos (de conversión)
 - 1. Amnesia disociativa
 - 2. Fuga disociativa
 - 3. Estupor disociativo
 - 4. Trastorno de trance y de posesión
 - 5. Trastorno disociativo de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad
 - 6. Trastornos disociativos de la motilidad
 - 7. Convulsiones disociativas
 - 8. Anestias y pérdidas sensoriales disociativas
 - 9. Trastorno disociativo (de conversión) mixto
 - 10. Otros trastornos disociativos
 - A. Síndrome de Ganser
 - B. Trastorno de personalidad múltiple o trastorno disociativo de la personalidad
- VII. Neurastenia
- VIII. Trastornos somatomorfos
 - 1. Trastorno de somatización
 - 2. Trastorno somatomorfo indiferenciado
 - 3. Trastorno hipocondríaco
 - 4. Disfunción vegetativa somatomorfa
 - 5. Trastorno de dolor somatomorfo persistente

EL PACIENTE ORGÁNICO APARENTEMENTE PSIQUIÁTRICO Y VICEVERSA

Según la Asociación Americana de Psiquiatría: el Síndrome Cerebral Orgánico es una condición mental característica resultante de un deterioro *difuso* del tejido cerebral, debido a cualquier causa: congénita, degenerativa, inflamatoria, tóxica, metabólica, traumática, vascular y neoplásicas.⁵ Quedarían excluidas las afectaciones focales del cerebro.

Todos los Síndromes Cerebrales Orgánicos, independientemente de su causa, se acompañan de: trastorno de la orientación, de la inteligencia, del juicio y de la afectividad. Hoy en día, las clasificaciones y las definiciones de uso más extendido, catalogan a estos trastornos, como un conjunto de síntomas y signos psíquicos o comportamentales, cuya etiología es demostrable, es decir, el trastorno, la enfermedad cerebral o la sistémica es diagnosticable en sí misma.

Dentro de este capítulo englobaríamos pues, una serie de trastornos mentales, los cuales tienen como características comunes:

1ª-Etiología demostrable

2ª-Lesión o enfermedad cerebral (cambios estructurales en las células nerviosas)

3ª-Afecciones médicas que causen una disfunción cerebral (afectación de las funciones neuronales), pudiendo deberse a:

a- enfermedades o lesiones que afecten al cerebro de modo directo.

b- Secundarias a una entidad médica general, es decir, enfermedades que afecten a diversos órganos o sistemas y entre ellos, el cerebro.

Ante la presencia de un trastorno mental, siempre hay que plantearse, si el trastorno en cuestión, es un deterioro orgánico cerebral, un trastorno funcional o bien ambas cosas. La forma de presentación puede ser: Aguda (minutos- horas). Subaguda (días). Crónica (semanas o más tiempo).

Clínicamente se pueden subdividir en:

-Síndrome cerebral agudo: éstos serían reversibles, de presentación brusca, se acompañan de alteración de la conciencia (delirio, estupor o coma) y curso clínico breve.

-Síndrome cerebral crónico: caracterizado por un curso lento e insidioso, se describe como un estado similar al de la demencia. Sería irreversible y permanente.

A veces se puede presentar, como delirio, estupor y coma.

Las manifestaciones psicopatológicas características de estos trastornos, las podemos dividir en dos grupos:

1º- Síndromes que cursan con alteración de las funciones cognitivas superiores, como serían: la memoria, la capacidad de aprendizaje, la inteligencia, las alteraciones de la conciencia y las alteraciones de la atención .

2º- Síndromes cuyas manifestaciones se darían en:

- a- Areas de la percepción (alucinaciones)
- b- Alteración en el contenido del pensamiento (ideas delirantes).
- c- Alteraciones del humor (depresión, euforia....)
- d- Trastornos de la personalidad y del comportamiento.

HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO.

La relación entre las causas orgánicas y la sintomatología psiquiátrica es un hecho observado a lo largo de la historia de la medicina.

Los primeros antecedentes de demencia se encuentran en la escuela hipocrática. Posteriormente Aristóteles divide los trastornos mentales en dos grupos, secundarios a alteraciones del aparato psíquico y secundarios a pasiones que afecten la razón. Celsus, definió los términos de delirium y demencia. En la edad media, las manifestaciones psiquiátricas, se explicaban desde la forma espiritual. Esquirol (s.XIX) definió las demencias como una alteración del entendimiento, del recuerdo y de la comprensión. En la segunda mitad del s. XIX, se llevó a cabo la descripción de muchos cuadros de etiología orgánica, sin embargo, Kraepelin separó de forma definitiva lo trastornos orgánicos de los síntomas mentales. En 1912, Bonhoeffer realizó una descripción de los cuadros que él denominó: Reacción Aguda Exógena, los cuales están caracterizados por su inicio y su final brusco, su especificidad con respecto a la noxa, la alteración de la conciencia y la reversibilidad del proceso. Bleuler (1911) definió las psicosis orgánicas como un daño cortical difuso. Schneider (1951) las describió como psicosis motivadas por una enfermedad somática que afectan al cerebro directamente.

ETIOLOGÍA (Ver tabla nº1)

VALORACION DE LOS TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS:

Ante la sospecha de un trastorno mental orgánico, se debe hacer:

-Una valoración clínica precisa, que nos oriente a un diagnóstico certero. Se realizará el diagnóstico diferencial con otras entidades, principalmente con los trastornos psiquiátricos

primarios, que pueden simular cuadros orgánicos y serían la principal causa de falsos positivos.

La historia clínica la recogeremos directamente del paciente y en la mayoría de los casos de un familiar o acompañante. Se valorará el cambio del funcionamiento mental del sujeto y el periodo de tiempo en que dicho cambio se ha instaurado. El diagnóstico de los síndromes mentales orgánicos es eminentemente clínico, donde las pruebas complementarias, neuropsicológicas y somáticas tienen un papel coadyuvante. Los test neuropsicológicos, deben emplearse como complemento y no como un sustituto de una cuidadosa historia y de exámenes repetidos del estado mental.

Existen una serie de síntomas de orden psíquico, que aparecen en los trastornos mentales orgánicos, y que son de gran ayuda para la orientación diagnóstica de éstos:

1. Susplicacia y aislamiento.
2. Exacerbación de los rasgos de personalidad previos.
3. Somatizaciones de inicio en edades tardías.
4. Enuresis, sonambulismo.
5. Deterioro en el vestir y en las habilidades sociales.
6. Desinhibición.
7. Apatía, fatiga, debilidad.
8. Irritabilidad e impulsividad
9. Intolerancia al alcohol y otras drogas.

DIAGNÓSTICO

Para la valoración del estado mental del sujeto nos fijaremos con especial atención en:

- A. -Estado de conciencia (alerta, somnolencia, estupor, coma)
 - Apariencia del paciente.
 - Estado de ánimo.
 - Orientación (persona, espacio y tiempo).
 - Retención inmediata, memoria a corto y largo plazo.
 - Capacidad de atención.
 - Capacidad de cálculo.
 - Pensamiento abstracto y capacidad de juicio.
- B. Exploraciones complementarias para identificar la etiología.

C. Identificación de los factores psicosociales, que pueden estar influyendo en el cuadro exagerando las alteraciones emocionales y de la conducta.

Para el estudio y desarrollo de este capítulo seguiremos la clasificación internacional de las enfermedades (CIE 10).⁷

II. DEMENCIAS

Constituyen un apartado de gran importancia, pues en el momento actual, suponen el tercer problema de salud en los países desarrollados, después de la patología cardiovascular y del cáncer. En España existen actualmente 500.000 casos.

Debidos al padecimiento de una enfermedad cerebral, se produce el deterioro de múltiples funciones cognitivas como son: la inteligencia global, el lenguaje, la memoria, el aprendizaje, la capacidad para resolver problemas, la orientación, la percepción, la atención, la concentración, el juicio y las habilidades sociales. Generalmente, el déficit cognitivo, suele estar precedido o acompañado por un deterioro en el control de las emociones, del comportamiento social y del área motivacional. La conciencia permanece sin deterioro, excepto en casos extremos y avanzados.

En Estados Unidos, aproximadamente el 20% de la población mayor de 65 años sufre de demencia ya sea en su forma leve o grave. El 50, 60% es del tipo Alzheimer que es el tipo más frecuente. Es poco común en la década de los 40-50 años, llamándose en estos casos, demencia de aparición precoz, que se caracteriza por ser más grave y de evolución más rápida, con mayor clínica atípica y mayor transmisibilidad familiar. La demencia tipo Alzheimer y la demencia vascular, constituyen el 75% de todos los casos de demencia.

Según la localización de la lesión se pueden clasificar en:

- | | |
|------------------------|---------------|
| I. -Localizadas: | II. -Globales |
| -Demencia cortical. | |
| -Demencia subcortical. | |
| -Demencia tipo axial. | |

Demencia cortical: está caracterizada por un deterioro de la capacidad de abstracción, de la orientación, de la memoria y de la capacidad de juicio. Existe un trastorno en las áreas de asociación cortical dando lugar a la triada: Afasia-Apraxia-Agnosia. El paciente tiene tendencia a deambular y se muestra labil e incontinente. Englobaría la demencia tipo Alzheimer (la más representativa), Pick.

Demencia subcortical: Lo más característico es un enlentecimiento, toda la actividad del paciente se encuentra retardada y la capacidad de atención está disminuida, su aspecto es descuidado, existiendo una tendencia al aislamiento. El paciente se vuelve olvidadizo más que

amnésico. Hipofonía y disartria. Aparecen trastornos motores como temblor y corea Ejemplo, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Huntington, serian las más representativas de este grupo. Otras: Parálisis supranuclear progresiva, Wilson Multifáptica.....

Demencias axiales: Las estructuras afectadas son la porción media del lóbulo temporal, el hipocampo, hipotálamo y cuerpos mamilares, que son las estructuras que controlan la memoria reciente y el aprendizaje. Amnesia de fijación grave, despreocupación. Suele aparecer anosognosia, por lo que el paciente se vuelve plácido y colaborador. Ejemplo, enfermedad de Wernicke-Korsakov. Otras como la hidrocefalia normotensiva y la encefalitis herpética

Demencias globales: La afectación es córtico- subcortical, apareciendo en la clínica síntomas propios de una y de otra.

Según la etiología, la CIE 10 las clasifica en ⁷:

Demencia de la enfermedad de Alzheimer

- De inicio precoz
- De inicio tardío
- Atípica o mixta
- Sin especificación

Demencia vascular:

- De inicio agudo
- Demencia multi-infarto.
- Demencia vascular subcortical
- Demencia vascular mixta cortical y subcortical.
- Otras demencias vasculares.
- Demencia vascular sin especificación.

Demencias en enfermedades clasificadas en otro lugar:

- Demencia en la enfermedad de Pick.
- Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt- Jakob.

- Demencia en la enfermedad de Huntington.
- Demencia en la enfermedad de Parkinson.
- Demencia en las infecciones por HIV.
- Demencias en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

Demencia sin especificación.

La clasificación DSM IV incluye la demencia debida al traumatismo craneoencefálico.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Las primeras manifestaciones clínicas que se perciben en el comienzo de una demencia son muestras de fatiga por parte del paciente, así como una incapacidad para enfrentarse a tareas nuevas y dificultad para mantener una actividad mental determinada. Esto se va agravando conforme avanza la demencia, llegando el paciente a hacerse insuficiente por sí mismo, por lo que necesita de terceras personas para resolver las tareas más elementales de la vida diaria.

La pérdida de la *memoria* es una de las características más importantes de las demencias, sobre todo en la de tipo Alzheimer, afectándose el registro, almacenamiento y la capacidad para recuperar la información nueva, es decir, recuperar acontecimientos recientes; según progresa el curso de la enfermedad, el trastorno se hace más grave y solo se retiene la información aprendida hace muchos años. Como resultado de la alteración de la memoria, se vería afectada la **orientación** personal, espacial y temporal. Las *alteraciones del lenguaje* puede caracterizarse por un discurso vago, estereotipado e impreciso, a veces los pacientes tienen dificultad para nombrar objetos (*afasias*). También son comunes las *apraxias* y *agnosias*. Aparecen *Cambios en la personalidad* (acentuándose los rasgos de la personalidad previa). Aproximadamente el 20- 30% de los pacientes, tienen *alucinaciones* y del 30-40% presentan *ideas delirantes* .El 40-50% de los pacientes con demencia sufren de *depresión* y *ansiedad*.

Síndrome del atardecer: se caracteriza por un cuadro de somnolencia, confusión, ataxia y caídas accidentales que acontece generalmente en pacientes ancianos tratados con benzodiazepinas y en demenciados al disminuir los estímulos externos como la luz o las claves para la orientación.¹

El diagnóstico diferencial de la demencia, ha de hacerse en los primeros estadios con un trastorno depresivo, el cual, puede presentar alguna de las características de una demencia incipiente. A este cuadro clínico se le llama a veces *pseudodemencia* pero en éste, los síntomas depresivos son más relevantes, el paciente suele percibir sus déficits cognitivos y con frecuencia aparece una historia previa de depresión. También habrá que distinguir entre Demencia y Delirium, A.I.T. , Trastorno facticio, Esquizofrenia, Envejecimiento normal, Trastorno amnésico. Se deben excluir la simulación y los trastornos hipofisarios.

CURSO Y PRONÓSTICO:

El curso y pronóstico varía, dependiendo de la persona y del tipo de demencia, pero de forma general, se puede decir, que el promedio de vida de un paciente diagnosticado de demencia, oscila entre 5 y 10 años. Diagnosticada la enfermedad, se debe realizar un estudio completo neurológico y médico ya que el 10 al 15% de los pacientes son en potencia reversibles si se instaura un tratamiento adecuado. El curso puede ser progresivo (enfermedad de Alzheimer), empeoramiento rápido (demencia vascular) y demencia estable (traumatismo craneoencefálico)

TRATAMIENTO:

Mediante el diagnóstico de la causa de demencia, podremos orientar el tratamiento en aquellas potencialmente reversibles, a eliminar la causa subyacente. Se consideran reversibles aquellas que están producidas por una serie de agentes etiológicos, susceptibles de ser tratados con remisión completa del cuadro demencial en caso de ser diagnosticada a tiempo.

Los trastornos de la conducta, son la causa principal de institucionalización de estos pacientes. Los síntomas más frecuentes que necesitan de tratamiento son los de rango psicótico y las reacciones explosivas con irritabilidad y agresividad. Se emplearán de forma preferente neurolepticos de alta potencia a dosis bajas, tipo Haloperidol. Si aparecen efectos secundarios extrapiramidales, se puede usar neurolepticos de baja potencia del tipo de la Tioridazina (dosis de 55mg/día) Tratamiento de los trastornos afectivos y de la ansiedad. Abordaje familiar y de los cuidadores: Ayudando a la organización de los cuidados del paciente, tratamiento sintomático (úlceras de decúbito, infecciones respiratorias, incontinencia de esfínteres), dieta adecuada, ejercicio, etc. Educación y apoyo familiar evitando el agotamiento psicológico de los cuidadores.

III. DELIRIUM NO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS

Entendemos por delirium un tipo de trastorno mental agudo y reversible que se caracteriza por leve deterioro de conciencia y confusión asociado generalmente con alteraciones de la conducta (reacciones impulsivas o violentas), junto con alucinaciones o ilusiones y afectividad inapropiada.

Suele ser común en pacientes que permanecen ingresados tanto en planta como en la UCI, pacientes con SIDA,...Son más susceptibles de padecerlo los ancianos y niños así como pacientes con antecedentes de daño cerebral o delirium. Este síndrome confusional suele ser el más frecuente (como trastorno psiquiátrico) en los hospitales generales.

Etiológicamente existen gran cantidad de causas posibles como: hemorragias severas, insuficiencia cardíaca, fiebre, desequilibrio metabólico, infecciones, postoperatorios, hepatopatías y nefropatías, secundario a efectos de medicación, traumatismos craneales, alteraciones endocrinas, encefalopatía hipertensiva, convulsiones, ceguera o sordera, lesiones focales cerebrales, etc....

Como norma general, debemos sospechar que nos encontramos ante un delirium secundario a entidad médica general cuando se nos presente un paciente con alteraciones de la conciencia y déficit atencional, alteraciones cognoscitivas (lagunas mnésicas, lenguaje alterado..) ó aparición de alteraciones de la percepción que no se deban a la preexistencia de un cuadro de demencia, todo esto desarrollado en un periodo de horas o días y fluctuante durante el día y, que mediante exámenes físicos, antecedentes y pruebas complementarias, dicha alteración obedece directamente a la existencia de una enfermedad médica.

Ante esta situación debemos iniciar un estudio exhaustivo que incluya : hemograma completo, análisis de orina, pruebas de función hepática y renal, pruebas de tóxicos en orina, electrocardiograma, radiografía PA de tórax, TAC craneal y punción lumbar si estuviese indicado.

El diagnóstico diferencial lo haremos con los siguientes cuadros:

- .Demencia
- .Esquizofrenia y manía (estos cuadros no son tan agudos y cursan con la conciencia y cognición relativamente conservadas).
- .Trastorno dissociativo.

Conducta a seguir: una vez que llegamos a la conclusión de estar ante un cuadro de delirium no producido por alcohol u otras sustancias y, habiendo localizado la causa orgánica que lo produce, se debe revertir dicha causa subyacente. En caso de presentarse sintomatología de tipo psicótica, se inicia tratamiento farmacológico con neurolepticos y benzodiazepinas así como si presenta un cuadro agudo de agitación psicomotora remitiéndonos al capítulo de “El paciente agitado”.

IV. OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESIÓN O DISFUNCIÓN CEREBRAL O ENFERMEDAD SOMÁTICA

IV.1 Alucinosis orgánica.

Trastorno caracterizado por un cuadro de alucinaciones auditivas o visuales, de tipo persistente o recurrente, que cursan con un estado de conciencia claro, sin deterioro intelectual, trastorno de memoria o predominio de ideación delirante. Estas alucinaciones pueden o no ser reconocidas por el que las padece.

Dentro de este tipo de alucinaciones incluimos:

A/ Alucinaciones secundarias a un estado alucinatorio orgánico (no alcohólico) que pueden aparecer en caso de :

Epilepsia

Tumores cerebrales

Traumatismos cerebrales

Encefalitis herpética

Cierto tipo de intoxicación por metales pesados.

B/ Alucinaciones secundarias al delirio dermatozoico .

El diagnóstico diferencial lo haremos principalmente con la alucinosis alcohólica y la esquizofrenia.

IV.2 Trastorno catatónico orgánico.

Se nos presenta un paciente con un cuadro predominantemente psicomotriz, ya sea por actividad psicomotriz aumentada (agitación catatónica: inquietud importante con movimientos caóticos pudiendo ser de tipo agresivo o no), o disminuida (estupor catatónico: disminución o ausencia de los movimientos voluntarios y del lenguaje con alteración a la respuesta ante estímulos, todo ello con conservación del tono muscular, de la postura estática y de los movimientos respiratorios) acompañado de otros síntomas catatónicos como negativismo (resistencia activa a los movimientos pasivos del cuerpo ó presencia de posturas rígidas mantenidas), mutismo, rigidez, estereotipias, actos impulsivos y flexibilidad cérea. Pueden alternarse rápidamente los estados de estupor y agitación catatónicos.

Ante la duda de si en estos cuadros el nivel de conciencia se mantiene claro, hay que hacer diagnóstico diferencial en primer lugar con el delirium. Posteriormente lo haremos con

trastornos motores debidos a fármacos, esquizofrenia catatónica, trastornos del estado de ánimo con síntomas catatónicos y estupor disociativo.

Las causas más frecuentes de trastorno catatónico orgánico son las intoxicaciones por monóxido de carbono y encefalitis entre otros.

Una vez identificada la causa subyacente que produce este trastorno, avisar al especialista.

IV.3 Trastorno de ideas delirantes orgánico.

Al contrario que el anterior cuadro, lo que predomina en este trastorno son las ideas delirantes recurrentes o persistentes sin alteraciones de la memoria o del nivel de conciencia, pudiendo coexistir alucinaciones que pueden ser independientes al contenido del delirio.

Estas ideas pueden ser de tipo celotípico, de persecución, de perjuicio, de muerte, de enfermedad, de transformación corporal..., y pueden acompañarse de otra sintomatología de tipo esquizofrénica como trastornos del pensamiento, fenómenos catatónicos y alucinaciones de cualquier tipo.

Debemos incluir en este apartado los estados orgánicos paranoides o alucinatorio-paranoides y las psicosis esquizofreniformes de la epilepsia (son más frecuentes en epilepsia de origen en lóbulo temporal, generalmente los síntomas psicóticos aparecen en los casos de larga evolución y van precedidos de cambios de personalidad, apareciendo principalmente alucinaciones y delirios paranoides).

Haremos el diagnóstico diferencial con:

Esquizofrenia paranoide

Trastorno de ideas delirantes persistentes.

Estado delirante secundario a consumo de tóxicos

Trastorno psicótico agudo.

IV.4 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.

Se caracterizan por la aparición de síntomas depresivos o maniacos en relación causal directa con una patología médica general o un trastorno cerebral debiendo ser demostrada la causa mediante una adecuada exploración clínica y la realización de pruebas complementarias. No se debe confundir la sintomatología afectiva como consecuencia directa del factor orgánico con la expresión de la respuesta emocional ante el conocimiento de este último.

Etiológicamente existen gran cantidad de entidades somáticas que pueden dar lugar a estos tipos de trastornos afectivos, como alteraciones endocrinas (en especial el síndrome de

Cushing), y trastornos neurológicos como encefalitis, epilepsia, tumores cerebrales y lesiones estructurales cerebrales como enfermedades cerebrovasculares es hemisféricas.

Dentro de la sintomatología, además de la predominancia de los estados depresivos (disminución del estado de ánimo, fatiga, problemas de sueño, pérdida de apetito y disminución de la actividad) o maníacos (hiperactividad, euforia, irritabilidad, disminución de las necesidades de sueño), podemos encontrar delirios y alucinaciones así como un deterioro cognitivo leve o moderado.

Dentro de este apartado incluiremos: Trastorno maniaco orgánico

Trastorno bipolar orgánico

Trastorno depresivo orgánico

Trastorno del humor (afectivo) mixto orgánico.

El diagnóstico diferencial lo haremos con: trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias, los trastornos adaptativos y los trastornos afectivos primarios.

Conducta a seguir: debemos localizar la causa subyacente y tratarla, pudiendo estar indicado el inicio de tratamiento farmacológico. No necesariamente la erradicación de la patología orgánica que provoca este trastorno implica la inmediata recuperación de éste pudiendo persistir durante semanas o meses tras el tratamiento de la entidad médica de base.

IV.5 Trastorno de ansiedad orgánico

Cuadro que se caracteriza por presentar la sintomatología típica de un trastorno de ansiedad, siendo éste consecuencia directa de una entidad orgánica que causa una disfunción cerebral. Este trastorno de ansiedad puede ser de dos tipos: trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico (o bien como una mezcla de ambos cuadros), pudiendo aparecer incluso síntomas obsesivo-compulsivos.

Las principales causas que pueden dar lugar a trastorno de ansiedad orgánico son:

- Enfermedades endocrinas, como hipertiroidismo, hipotiroidismo, feocromocitoma....
- Trastornos neurológicos: epilepsia del lóbulo temporal, tumores cerebrales, enfermedades cerebrovasculares, migraña, esclerosis múltiple....
- Estados deficitarios: deficiencia de vitamina B12.
- Patologías diversas: arritmias cardíacas, hipoglucemias...

Se sabe que la sintomatología ansiosa se origina a través del sistema noradrenérgico.

El diagnóstico de este trastorno se debe realizar mediante un estudio completo que localice la causa directa del mismo (enfermedad o patología orgánica), teniendo en cuenta que el

paciente debe presentar como síntoma predominante la ansiedad sin tener causa psiquiátrica que la justifique y sí orgánica.

El tratamiento consiste, como en anteriores cuadros en tratar la enfermedad orgánica de base, pudiéndose utilizar si fuese necesario ansiolíticos e incluso antidepresivos serotoninérgicos.

IV.6 Trastorno disociativo orgánico

Caracterizado por la aparición de un cuadro disociativo de conversión (en cualquiera de sus tipos), como consecuencia directa de una patología orgánica.

Como rasgo común que vamos a encontrar en este tipo de pacientes destaca la conciencia de la propia identidad, la pérdida parcial o total de la integración normal entre recuerdos del pasado y el control de los movimientos corporales.

Vamos a señalar los distintos tipos de trastornos disociativos de conversión que ya son comentados en otro apartado de este capítulo⁷:

- Amnesia disociativa
- Fuga disociativa
- Trastorno disociativo de la personalidad
- Trastorno de trance y posesión
- Estupor disociativo
- Trastorno disociativo de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad
- Trastornos disociativo de la motilidad
- Convulsiones disociativas
- Anestias y pérdidas sensoriales disociativas
- Trastorno disociativo de conversión mixto.
- Otros trastornos disociativos.

IV.7 Trastorno de labilidad emocional (asténico orgánico)

Cuadro que se caracteriza por la aparición de labilidad o incontinencia emocional persistente, junto con fatigabilidad, cansancio, y otro tipo de sensaciones corporales como mareos, náuseas, además de dolores que son consecuencia de una alteración orgánica.

Es más frecuente encontrar este tipo de cuadro en pacientes con hipertensión arterial y enfermedad vasculocerebral.

IV.8 Trastorno cognoscitivo leve

Se caracteriza por la presencia de una disminución del rendimiento cognitivo manifestado por la alteración, al menos durante dos semanas de una de estas áreas:

- Memoria: dificultad para recordar y para el aprendizaje de novo.
- Atención y concentración.
- Pensamiento (lo más común : enlentecimiento)
- Lenguaje.
- Funcionamiento visual y espacial.

Este trastorno puede aparecer en el contexto de múltiples entidades como enfermedades generales, infecciones, daños cerebrales.

Debe hacerse diagnóstico diferencial principalmente con demencia, trastornos agnésicos, delirium, síndrome postencefálico o postconmocional, síndrome amnésico orgánico y otros trastornos cognoscitivos secundarios al consumo de sustancias psicoactivas.

IV.9 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática

Incluiremos la alteración del estado de ánimo durante el tratamiento con antidepresivos o esteroides y la psicosis epiléptica sin especificación (ya comentada en el apartado de ideas delirantes de tipo orgánico).

V TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A ENFERMEDADES, LESIONES O DISFUNCIONES CEREBRALES

V.1 TRASTORNO ORGANICO DE LA PERSONALIDAD

Puede aparecer en cualquier etapa del ciclo vital. El síntoma esencial es la pérdida del control de las emociones y de los impulsos. Se producen como consecuencia de los efectos fisiológicos de una enfermedad orgánica, de lesiones o de disfunción cerebral, apareciendo un cambio en el comportamiento del paciente, el cual se mostrará muy distinto en sus actos de cómo lo hacía antes de enfermar. Dichos cambios pueden ser permanentes. De forma predominante, aparece la siguiente sintomatología:

- Existe labilidad afectiva en ocasiones, con risas y llantos inmotivados.
- En ocasiones, el paciente puede mostrarse apático y desinhibido.
- Es característico la existencia de descontrol de los impulsos que pueden

manifestarse como actos antisociales, despreocupación por su higiene y aseo personal.

- Aparece una simpatía superficial (euforia, júbilo) y cambios repentinos.
- Irritabilidad con manifestaciones de ira y agresividad.
- Puede aparecer suspicacia o ideas delirantes, así como preocupación excesiva por un tema determinado como puede ser la religión, cuestiones morales, etc.

En ocasiones, los cambios observados, orientan hacia la localización de la lesión.

Se incluyen dentro de este apartado⁷:

- Síndrome del lóbulo frontal.
- Trastorno de personalidad de la epilepsia límbica.
- Síndrome postlobotomía.
- Personalidad orgánica pseudopsicopática.
- Personalidad orgánica pseudorretrasada.
- Estado postleucotomía.

El diagnóstico diferencial se hará con las demencias en sus estadios iniciales, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo y los trastornos del control de los impulsos. El curso y el pronóstico dependen de la causa que lo origine. El tratamiento se hará sobre la enfermedad médica originaria. Los síntomas psíquicos serán tratados con psicofármacos (fármacos para la depresión como la imipramina o la fluoxetina).

Un consumo continuado de alcohol produce un cambio en la personalidad del paciente de forma permanente, dando lugar a una sintomatología que consiste en: agresividad, irritabilidad, suspicacia y falta de habilidades sociales.

V.2 SINDROME POSTENCEFALÍTICO

Después de la recuperación de una encefalitis vírica o bacteriana pueden aparecer unos cambios variables del comportamiento,. Esto se ve influido, por la edad y el agente infeccioso que provoque el cuadro. Pudiendo ser éste reversible.

El diagnóstico se hará en base a los antecedentes y la sintomatología presente: malestar general, deficit ligero de las funciones cognitivas (se dificulta el aprendizaje), alteración de la afectividad (sueño, apetito, irritabilidad, apatía.....), cambio en la conducta sexual y disminución de la capacidad de juicio.

Pueden presentarse alteraciones neurológicas como parálisis, apraxia de construcción, acalculia, afasia, sordera, etc.

Habrá que hacer un diagnóstico diferencial con el trastorno orgánico de la personalidad.

V.3 SÍNDROME POSTCONMOCIONAL

Este síndrome aparece generalmente después de un traumatismo craneal, por lo general grave y con pérdida de la conciencia. El T.C.E. es una situación clínica muy frecuente. Se produce mayormente en personas entre 15 y 25 años, con un predominio entre hombre y mujer de 3 a 1.

Se puede clasificar en leve, moderado y severo, apareciendo sintomatología psiquiátrica, en el 10% de los leves, el 50% de los moderados y virtualmente en todos los graves.

En primer lugar aparece una amnesia postraumática, luego un periodo de recuperación que oscila entre 6 y 12 meses y tras éste, puede aparecer sintomatología residual, de carácter permanente.

Existen dos grupos de síntomas relacionados con el T.C.E. : alteraciones cognoscitivas y secuelas en el comportamiento. Dentro de las primeras son frecuentes, la disminución en la capacidad de procesar la información, de la atención, de la capacidad de resolver problemas, de mantener un esfuerzo. Aumento de la distraibilidad y también afectación del lenguaje.

Al segundo grupo pertenecería la depresión, la impulsividad, la agresividad y los cambios de la personalidad. Todos estos síntomas se pueden potenciar por el consumo de alcohol y el estrés. Con frecuencia aparece baja autoestima y temor a padecer una lesión cerebral permanente, volviéndose algunos pacientes hipocondríacos.

La etiología no está clara pudiendo ser debida a factores orgánicos o fisiológicos. Según la CIE 10 para el diagnóstico de este cuadro hacen falta, al menos tres de los de los síntomas anteriores.

El diagnóstico se basa en la clínica y exploraciones complementarias como electroencefalografía, potenciales evocados del tronco cerebral, técnicas neurorradiológicas, oculonistagmografía...

El tratamiento de los trastornos cognocitivos y de la conducta serán semejantes a los empleados en otros pacientes con estos síntomas, pero teniendo en consideración que estos pacientes son muy sensibles a los fármacos psicotrópicos por lo cual deben usarse a dosis menores a las habituales. Se debe proporcionar al paciente apoyo mediante terapia individual o de grupo y a los cuidadores mediante terapia de pareja o familiar.

VI TRASTORNOS DISOCIATIVOS (DE CONVERSION).

En un estado de salud mental, una persona posee un sentido del Yo unitario, como un individuo único con una única personalidad. Pues bien, la principal característica de los trastornos disociativos es la pérdida de este estado unitario de la conciencia⁸.

Se trata de cuadros caracterizados todos por un rasgo común, (según recoge la CIE-10), con pérdida total o parcial de la integración normal entre los recuerdos pasados, la conciencia de identidad y las sensaciones inmediatas, y el control de los movimientos corporales.⁷ Se denominan trastornos de “conversión” atendiendo a la transformación en síntomas somáticos de los sentimientos insatisfactorios que aparecen ante conflictos que el paciente no puede resolver, de tal modo que, lo que en apariencia se presenta como un caso puramente orgánico, en realidad existe o es consecuencia de un trastorno psiquiátrico de base. La duración y magnitud de este trastorno puede variar de horas a días y no es posible precisar hasta qué grado la sintomatología conversiva está bajo control voluntario.

Este tipo de trastornos suelen tener una estrecha relación temporal con hechos traumáticos o estresantes, problemas insolucionables para el paciente o anomalías en las relaciones interpersonales.

La remisión del estado disociativo con inicio traumático suele acontecer en semanas o meses, el secundario a problemas de difícil solución puede incluso cronificarse (parálisis y anestias).

Es frecuente, en estos estados disociativos, la negación absoluta de conflictos personales tan obvios para el entorno del paciente, conectando éste dichos problemas con los síntomas disociativos y no con el trastorno en sí mismo.

Acogiéndonos a la clasificación de los trastornos disociativos de la CIE-10 distinguimos los siguientes tipos⁷:

VI.1 AMNESIA DISOCIATIVA

Se trata de un estado disociativo donde el síntoma principal se limita a la amnesia. Consiste en la pérdida de memoria para hechos recientes de relevancia, se pierde la capacidad para recordar información, sobre todo, de un acontecimiento traumático o estresante que no puede explicarse por un olvido normal y que no obedece a una enfermedad orgánica de base, manteniéndose la capacidad de adquirir información nueva.

Es más frecuente que aparezca en adultos jóvenes, (raramente aparece en personas ancianas), y puede ir acompañada de sintomatología de tipo afectiva así como una tranquila aceptación del trastorno o indiferencia y despreocupación hacia el mismo.

La amnesia disociativa puede presentarse de diversas formas siendo la más frecuente la amnesia localizada (pérdida de memoria para sucesos de corta duración); amnesia generalizada (pérdida de recuerdos de toda la vida) y amnesia selectiva (no se recuerda algunos, que no todos, de los sucesos que ocurren durante un periodo corto de tiempo).

Diagnóstico diferencial: Epilepsia

Demencia

Delirium

TEC

Tumores e infecciones cerebrales

Trastornos del metabolismo

Amnesia por anoxia, postcontusional, global transitoria,
relacionada con el sueño, postoperatoria...

Tratamiento: se remite al especialista.

Curso: la sintomatología suele remitir de manera abrupta y las recurrencias son raras a no ser que exista beneficio secundario durando el trastorno bastante tiempo.

VI.2 FUGA DISOCIATIVA

Consiste en la fuga del paciente de su hogar y trabajo habitual durante días, no recordando datos importantes de su identidad anterior (familiares, trabajo...). Cursa con amnesia de su vida anterior, pudiendo adoptar incluso nuevas identidades y ocupaciones. Todo esto provoca un malestar clínico importante o deterioro laboral y social añadido. Los lugares elegidos por el paciente para la fuga suelen ser conocidos anteriormente o con una repercusión afectiva significativa. Existen cierto tipo de personalidades que predisponen a este trastorno como la personalidad de tipo límite, histriónica y esquizoide; también los estados depresivos, la epilepsia y los traumatismos craneales pueden aparecer de base en un paciente con fuga disociativa, aunque la causa que la desencadena suele ser una situación estresante vivida por el paciente o crisis personales con intensos conflictos internos, intentando, por medio del desplazamiento a otro lugar lejano al domicilio habitual, el aislamiento de experiencias emocionales especialmente dolorosas para el paciente.

En el diagnóstico de este trastorno destacar la presencia de características de la amnesia disociativa, la fuga en sí y la conservación del cuidado de sí mismo en las necesidades básicas así como la normal interacción con el nuevo entorno en el que se encuentra el paciente.

Este trastorno no debe aparecer en el curso de un trastorno de identidad disociativo, como resultado de ingestión de sustancias o de patología orgánica general.

Haremos el diagnóstico diferencial principalmente con la demencia, el delirium, la epilepsia parcial compleja, la amnesia disociativa y la simulación, siendo este último bastante difícil de diferenciar con la fuga.

El curso de la fuga suele ser de horas a días, mostrando una remisión rápida y espontánea (quedando amnesia del periodo de fuga) y las recurrencias son raras.

VI.3 ESTUPOR DISOCIATIVO

Se caracteriza por la aparición de la disminución o ausencia de los movimientos voluntarios y del habla así como la respuesta anormal a los estímulos externos como el ruido, la luz y el ser tocado, conservándose el tono muscular, la postura de reposo y los movimientos respiratorios, todo ello precipitado por la existencia de acontecimientos estresantes recientes o problemática social. No debe existir, para llegar al diagnóstico de este trastorno, ningún tipo de disfunción psiquiátrica u orgánica que pudieran desencadenar el estupor, por lo tanto se realizará una completa exploración clínica que nos descarte la presencia de las mismas.

Se hará diagnóstico diferencial con el estupor catatónico de la esquizofrenia, (el cual suele ir precedido de sintomatología característica que no aparece en el estupor disociativo), y con el estupor maniaco y depresivo que son raros y de aparición no tan abrupta como el disociativo.

VI.4 TRASTORNOS DE TRANCE Y DE POSESIÓN

Trastorno de trance: se trata de una alteración transitoria de la conciencia en la que aparece una pérdida temporal del sentido de la identidad personal con estrechamiento del campo de la conciencia en relación con el entorno del sujeto, presentándose con frecuencia limitación de movimientos, posturas y manifestaciones expresivas.

Trastorno de posesión: el sujeto cree estar poseído por un espíritu, una fuerza u otra persona. Ambos trastornos son involuntarios, molestos, y permanecen al margen de otros cuadros que cursan con síntomas parecidos y que son secundarios a ceremonias o rituales religiosos. No deben ser causados por acción de la ingesta de sustancias psicotrópicas o por una entidad de tipo orgánica. Tampoco deben aparecer en el curso de una esquizofrenia o en trastornos del humor o afectivos.

VI.5 TRASTORNOS DISOCIATIVOS DE LA MOTILIDAD VOLUNTARIA Y DE LA SENSIBILIDAD

Consisten en la aparición de la pérdida o la alteración de la motilidad voluntaria o de la sensibilidad que no obedecen a la presencia de una entidad de tipo orgánica, existiendo previamente una situación social y personal que resulta molesta y conflictiva para el paciente (con negación total de la misma, achacando sus problemas directamente a los síntomas y a la incapacidad que éstos provocan), desarrollando el cuadro sintomático como medida de escape o como búsqueda de beneficio secundario.

Este trastorno puede o no estar precedido de un importante estrés psicológico y en ocasiones el paciente parece encontrarse perfectamente adaptado a la situación presentando una sorprendente indiferencia hacia la misma ("belle indifférence), pese a la gran incapacidad que se deriva de los síntomas manifestados.

A la hora del diagnóstico y para estar seguros de que no se trata de un trastorno de origen orgánico, hay que hacer un profundo análisis de la situación psicológica que está atravesando en ese momento el paciente atendiendo a su estado personal, social y de relaciones interpersonales, que en caso de ser anormal o problemático pudiera ser causa directa del desarrollo del trastorno.

Existen grandes entidades orgánicas que pueden debutar de manera similar a este tipo de trastorno de motilidad y sensibilidad con los que tendremos que realizar principalmente el diagnóstico diferencial, se trata de la esclerosis múltiple y del lupus eritematoso sistémico siendo en algunos casos muy difícil de distinguir de la disociación así como de los simuladores de este tipo de síntomas.

VI.6 TRASTORNOS DISOCIATIVOS DE LA MOTILIDAD

Son trastornos que se limitan específicamente a déficits ó alteraciones de tipo motor como pueden ser parálisis parciales o completas de una parte de un miembro o varios miembros, temblores o sacudidas, disfonías, incoordinación de movimientos con andares extraños o atáxicos, disartrias, acinesias...Por ejemplo, el síndrome de Laségue (pérdida del movimiento de un miembro, si no es con la ayuda de la vista que facilita la posición inicial del miembro).¹⁰

VI.7 CONVULSIONES DISOCIATIVAS

Muy frecuentes en el área de urgencias. Se presentan con una sintomatología espectacular que recuerda a un ataque epiléptico (convulsiones y sacudidas con caída al suelo en un estado de estupor sin pérdida real de la conciencia) donde no se observa alteraciones esfinterianas, mordedura de lengua o graves consecuencias debidas a la caída al suelo del paciente.

VI.8 ANESTESIAS Y PÉRDIDAS SENSORIALES DISOCIATIVAS

Trastorno que se caracteriza por la aparición de alteraciones o disfunciones exclusivamente de tipo sensitivo-sensorial que no se corresponden o no pueden ser consecuencia de lesiones neurológicas. Las más frecuentes son las pérdidas o alteraciones de la sensibilidad cutánea y las pérdidas visuales manteniendo perfectamente conservadas la movilidad y las funciones motrices. También se incluyen en este apartado la sordera y la anosmia disociativa siendo estas mucho menos frecuentes que las anteriores.

VI.9 TRASTORNO DISOCIATIVO (DE CONVERSIÓN) MIXTO

Cuadro caracterizado por la mezcla o aparición conjunta de sintomatología disociativa de cada uno de los trastornos ya comentados anteriormente.

VI.10 OTROS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

A/ SINDROME DE GANSER.

Consiste en la producción voluntaria de síntomas psiquiátricos graves, sobre todo en ambientes carcelarios. Más frecuente en el sexo masculino.

Lo más característico son las pararespuestas o las respuestas aproximadas, así como el empeoramiento de la sintomatología al sentirse el paciente observado.

B/TRASTORNO DE PERSONALIDAD MÚLTIPLE O TRASTORNO DISOCIATIVO DE LA PERSONALIDAD

Es el más grave de los trastornos disociativos.

Consiste en la presencia en un mismo individuo de diferentes tipos de personalidades, (de 5 a 10), manifestándose cada una de ellas en diferentes momentos, sin conciencia de las mismas y amnesia de cada una de ellas, produciéndose los cambios de una personalidad a otra de manera repentina y relacionados íntimamente con acontecimientos o situaciones traumáticas para el paciente. Es un trastorno raro y muy poco frecuente. Es un trastorno más prevalente

en el sexo femenino. Más de 2/3 de los pacientes intentan suicidarse. Relacionado con el trastorno de personalidad de tipo límite o borderline.

VII NEURASTENIA

Se trata de un cuadro con gran variedad de sintomatología destacando ante todo la presencia de debilidad y fatiga crónica junto con quejas de tipo somático acompañadas de ansiedad y nerviosismo. Esta debilidad, mental o física, suele estar relacionada con un esfuerzo mental reciente que provoca una disfunción tanto en el rendimiento laboral como en las ocupaciones cotidianas, pudiendo aparecer también quejas de agotamiento físico tras esfuerzos mínimos o normales. Dentro de las quejas de tipo somático podemos encontrar: insomnio, cefaleas, mareos, molestias digestivas, prurito, disfunciones sexuales, vértigos y dolores musculares, junto con un estado de irritabilidad, ansioso o depresivo. Suele aparecer durante la adolescencia y la vida adulta, cronificándose si no es tratada a tiempo y correctamente, ya que pueden aparecer incapacidades permanentes en los pacientes que sufren este tipo de trastorno. Todo este cuadro no revierte o mejora tras un periodo de descanso o relajación.

El diagnóstico diferencial se hará principalmente con los trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos somatomorfos, siendo en la mayoría de las veces extremadamente difícil.

El tratamiento irá encaminado a eliminar o atenuar los síntomas físicos de manera sintomática (analgésicos, relajantes...) junto con una intervención psicoterapéutica conveniente, considerando, si fuese necesario, la posibilidad de añadir psicofármacos en el tratamiento de forma cuidadosa ya que estos pacientes tienden a la automedicación y al abuso de fármacos.

Dentro de este apartado mencionar el síndrome de fatiga crónica que consiste en la aparición repentina de un cansancio importante sin causa justificada, que dura unos seis meses y se inicia de forma aguda o gradual, no desapareciendo tras la relajación y ocasionando un deterioro funcional relevante, todo esto junto con la presencia de quejas somáticas como dolores musculares y en articulaciones, trastornos de sueño, deterioro de la concentración o la memoria, faringitis, malestar tras ejercicio físico.....Suele darse en adultos jóvenes y debe hacerse diagnóstico diferencial en primer lugar con los trastornos endocrinos, neurológicos, infecciosos y los trastornos psiquiátricos como la depresión.

El tratamiento del síndrome de fatiga crónica es de apoyo fundamentalmente, siendo recomendable el tratamiento psiquiátrico, sobre todo si existe depresión, y el tratamiento sintomático como se describe en la neurastenia.

VIII. TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Engloba a una serie de trastornos que tienen en común la presentación de síntomas somáticos de forma reiterativa y que se acompañan de demanda persistente de exploraciones clínicas. Normalmente estas exploraciones suelen ser negativas y los síntomas no tienen una justificación somática. El enfermo presenta malestar y preocupación excesiva y nunca está dispuesto a admitir el origen psicológico de sus síntomas, los cuales, son lo suficientemente graves, como para provocar un estrés significativo o un deterioro social. Es de destacar, que los síntomas no son producidos con intencionalidad. Para el diagnóstico de dicho grupo de trastornos, el clínico debe fijarse en que el inicio, la gravedad y la duración de los síntomas estén fuertemente ligados a factores psicológicos.

VIII.1 TRASTORNO DE SOMATIZACION.

Se caracteriza por la existencia de múltiples síntomas somáticos recurrentes y variados, que no se explican por hallazgos físicos o de laboratorio y que están presente durante muchos años, antes de que el enfermo sea remitido al psiquiatra. Suele comenzar antes de los 30 años y lo más común es que comience en la adolescencia. Los síntomas más frecuentes son los dolorosos, gastrointestinales, dermatológicos, sexuales y pseudoneurológicos. El trastorno de somatización se distingue de otros trastornos, por la gran cantidad de síntomas y de órganos afectados.

El trastorno es crónico y va asociado a un malestar psicológico importante, deterioro del funcionamiento laboral y social y búsqueda constante de ayuda médica. La prevalencia oscila entre el 0'1 y el 0'2 en la población general. La proporción de mujer- hombre es de 5 a 1. Entre un 5 a un 10% de los pacientes de las consultas de medicina general pueden cumplir los criterios para un trastorno de somatización.

La etiología se formula en base a factores psicosociales que se interpretarían como un deseo de comunicación social por parte del paciente o bien que éstos extraían sometidos a la influencia de patrones familiares y culturales. Dentro de los factores biológicos, se ha puesto de manifiesto, que el trastorno de somatización aparece en un 10 a un 20% de los familiares femeninos de primer grado.

La sintomatología clínica es muy variada e incluye náuseas, vómitos, dificultad para tragar, dolor en brazos y piernas, respiración entrecortada no relacionada con el esfuerzo, la amnesia y las complicaciones del embarazo y de la menstruación son algunos de los síntomas más comunes. Las patologías psiquiátricas más frecuentes son la ansiedad y la depresión. La historia clínica es imprecisa, vaga y desorganizada. Los rasgos de personalidad más frecuentes son , personas dependientes, egocéntricos, ávidos de admiración o afecto y manipuladores. Los episodios de aumento de la gravedad de los síntomas, duran entre 6 y 9 meses y pueden estar separados por periodos de menor intensidad de 9 a 12 meses.

El diagnóstico se hará por la clínica y las pruebas negativas que descartan la existencia de enfermedades médicas como son la esclerosis múltiple, la miastenia gravis, el lupus eritematoso, el SIDA, la porfiria aguda intermitente, el hipertiroidismo y las infecciones sistémicas crónicas.

El tratamiento se hará por un solo médico que visitará a los pacientes de forma regular (una vez al mes). Ante la aparición de un nuevo síntoma se evitará hacer nuevas pruebas diagnósticas y de laboratorio. El médico de familia debe incrementar la conciencia del paciente de que existe la posibilidad de que factores psicológicos estén implicados en los síntomas y deberá remitir al psiquiatra. La prescripción de psicotropos cuando existe ansiedad o depresión debe evitarse ya que estos pacientes tienden a usar la medicación de forma errónea.

VIII.2 TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO

Se caracteriza por quejas somáticas múltiples y variadas, las cuales se expresan por parte del paciente de forma persistente. Se diferencia del trastorno por somatización en que el cuadro clínico no es completo y la sintomatología mostrada es más escasa. La existencia de un motivo psicológico que justifique el cuadro, puede faltar a veces.

VIII.3 TRASTORNO HIPOCONDRIACO

Se define la hipocondría como la preocupación y miedo de una persona a contraer una enfermedad, o creer que la ha contraído. El término hipocondría deriva del antiguo término médico “hipocondrium” (debajo de las costillas) y refleja las molestias que muchos pacientes tienen en la zona abdominal.

La padece el 4 al 6% de la población general. Siendo la proporción hombre mujer por igual. La edad de presentación más frecuente es desde los 20 a los 30 años.

La etiología parece ser que es el aumento o amplificación de las sensaciones somáticas, presentando umbrales inferiores al normal y una tolerancia también menor al malestar físico. Una segunda teoría sería que, la hipocondría se debería a un modelo de aprendizaje social.

Los pacientes con hipocondría creen que padecen una enfermedad grave que todavía no ha sido detectada y no, se les puede convencer, esta creencia puede cambiar a lo largo del tiempo hacia otra enfermedad. Las pruebas de laboratorio son siempre negativas y el curso es benigno. Con frecuencia coexiste con un trastorno ansioso o depresivo. Los síntomas deben durar al menos seis meses, cursan de forma episódica y estos están separados por periodos de remisión. Con frecuencia, el cuadro aparece ante una situación de estrés, que cede al desaparecer el cuadro.

El pronóstico es bueno cuando se asocia a un nivel socioeconómico elevado, ansiedad o depresión con buena respuesta terapéutica, inicio brusco de los síntomas, ausencia de trastorno de personalidad, y ausencia de patología médica relacionada.

El tratamiento de estos pacientes suele ser difícil y debe estar centrado en la educación de cómo afrontar el estrés. Da buenos resultados, la terapia de grupo. La farmacoterapia solo se usará cuando haya una patología concomitante como la ansiedad o la depresión.

VIII.4 DISFUNCION VEGETATIVA SOMATOMORFA

El enfermo aquejado de este cuadro, presenta una sintomatología similar a la presentada en la patología de un órgano inervado por el sistema nervioso vegetativo como sería el sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio y genitourinario.

Aparecen dos grupos de síntomas: dentro del primero se observan signos objetivos y persistentes de hiperactividad vegetativa, como palpitaciones, sudoración, rubor y temblor. Los síntomas del segundo grupo son más individuales y subjetivos, tales como sensaciones de dolor, malestar quemazón pesadez y opresión.

En la clínica, nos encontraríamos con un paciente, que expresaría quejas subjetivas siempre referidas al mismo órgano u aparato con una afectación vegetativa muy clara y llamativa. Pueden estar presentes factores estresantes o problemas inmediatos, pero no siempre acompañan al cuadro clínico

El diagnóstico diferencial se hará con el trastorno de ansiedad generalizada en el que, el predominio de los componentes psicológicos de la hiperactividad vegetativa, como serian el miedo o los presentimientos, no están presentes.

VIII.5 TRASTORNO DE DOLOR SOMATOMORFO PERSISTENTE

Dolor intenso y muy penoso que no se puede explicar por un proceso fisiológico somático. La aparición del dolor se presenta con frecuencia en relación con problemas o conflictos o se relaciona con una mayor demanda de atención del médico o de otras personas. Los enfermos que sufren de un dolor orgánico en el que no se ha llegado a un diagnóstico somático concreto se pueden volver temerosos y resentidos.

Bibliografía

1. Cervera S, Conde V y col. Manual del Residente de Psiquiatría. En:volumen I. Madrid: Litofintes S.A.; 1997, P. 857-881
2. DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, 1995.
3. Ey H, Bernard P.,Brisset CH. Tratado de Psiquiatría. Paris: Toray, 1963.
4. Hall RC. Psychiatric Presentations of Medical Illness: Somatopsychic Disorders. New York: Medical and Scientific Books, 1980.
5. Kaplan Hi, Sadock BJ, Grebb JS. Sinopsis de Psiquiatría. Buenos Aires: Medica Paramericana., 1998.
6. Lagomasino I, Md, Robert Daly y col.. Medical Assesment of Patients in Presenting with Psychiatric Symptoms in The Emergency Setting. The Psychiatric Clinics of North America. December 1999:819-850.
7. O.M.S. Décima Revisión de la clasificación Internacional de la Enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
8. Ruíz Fernández M.E., Rodado Martínez J. Trastorno Neurótico Secundario a Situaciones Estresantes y Somatomorfos (V). Los Trastornos Disociativos. En: Barcia Salorio D; volumen I. Tratado de Psiquiatría. Madrid: Aran; 2000. P. 449-463.
9. Stoudemire A. Psychological Factors Affecting Medical conditions. Washington DC: American Psychiatric Press, 1995.
10. Vallejo-Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 4ª edición. Ciudad: Masson S.A.,1998.

BIBLIOGRAFIA COMENTADA

6. Lagomasino I, MD, Robert Daly y col. Medical Assessment of Patients in Presenting with Psychiatric Symptoms in The Emergency Setting. The Psychiatric Clinics of North America. December 1999:819-850.

En este estudio se recoge de forma excelente las normas a seguir en el área de urgencias para realizar el diagnóstico diferencial entre el paciente orgánico y el psiquiátrico. La tabla que aportamos sobre los distintos tipos de medicación como causa posible de síndromes psiquiátricos, puede ser utilizada como orientación diagnóstica para el médico de atención primaria.

7. OMS. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.

Este manual recoge de forma clara y concisa la clasificación diagnóstica de los distintos trastornos mentales, siendo bastante útil en el manejo diario del profesional de la psiquiatría.

9. Stoudemire A. Psychological Factors Affecting Medical Conditions. Washington DC: American Psychiatric Press, 1995.

Este trabajo pone de manifiesto la importancia de los factores psicológicos sobre el inicio y el desarrollo de la enfermedad orgánica resultando un material muy eficaz en la elaboración del capítulo que nos atañe.

10. Vallejo-Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría.

4ª edición. Ciudad: Masson S.A., 1998.

En la elaboración de este capítulo nos ha sido bastante útil el acercamiento que, sobre este tema, realiza este manual.

RESUMEN DE LA UNIDAD DIDÁCTICA

Los síndromes cerebrales orgánicos tienen una etiología la cual es demostrable, teniendo como rasgos comunes una lesión o enfermedad cerebral, o bien una afección médica que provoque una disfunción neuronal.

La forma de presentación puede ser aguda, subaguda o crónica. Las dos primeras formas se acompañan de alteración de la conciencia (delirio, estupor o coma) y curso clínico leve. Las formas crónicas, como su nombre indica, serían irreversibles y permanentes.

Estos síndromes presentan unas manifestaciones psicopatológicas que comparten muchos síntomas de los grandes síndromes psiquiátricos, por lo que es importante establecer, desde el área de urgencias el diagnóstico diferencial entre ellos, ya que el tratamiento a recibir, así como la actuación, sería diferente.

Dentro de la definición de "paciente orgánico aparentemente psiquiátrico" hemos incluido las demencias, el delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas y otros trastornos. En el apartado "paciente psiquiátrico aparentemente orgánico" hemos incluido los trastornos disociativos y los trastornos somatomorfos.

El tratamiento de estos cuadros nos llevaría a hacer una distinción:

-Si el paciente se presenta en el área de urgencias con un cuadro de agitación psicomotriz nos remitiremos al capítulo de "el paciente agitado".

-Si el paciente se presenta con sintomatología psiquiátrica (alteraciones de la conducta, alucinaciones, ideas delirantes, afectividad, ansiedad, angustia...), podremos utilizar neurolepticos o benzodiazepinas a dosis adecuadas a su edad y a la gravedad de las manifestaciones.

EVALUACION DE LOS TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS: tabla nº 2

1. Historia clínica completa
2. Exploración física (incluida exploración neurológica completa)
3. Evaluación del estado mental.
4. Estudios de laboratorio.
 - Recuento y fórmula sanguínea, VSG.
 - Electrolitos, glucemia, B.U.N, creatinina, amonio, lípidos.
 - Pruebas de función hepática. Otras enzimas (.CPK, fosfatasa alcalina).
 - Serología de lues y HIV. Prueba de la tuberculina. Autoanticuerpos.
 - Función tiroidea (TSH, T3, T4).
 - Vit. B12 y ácido fólico.
 - Determinación de metales (arsénico, mercurio, plomo).
 - Ceruloplasmina.
 - Gasometría.
 - Analítica básica de orina.
 - Screening de tóxicos en orina.
 - Determinación de esteroides y catecolaminas en la orina.
5. ECG.
6. Rx de torax, T.A.C., R.N.M. Otras técnicas de neuroimagen.
7. Punción lumbar.

Adaptada de: Cervera S, Conde V, y col. Manual del Residente de Psiquiatría. En volumen I. Madrid: Litofintes S.A. 1997.

ALGUNAS MEDICACIONES QUE CAUSAN SINDROMES PSIQUIÁTRICOS

MEDICACIÓN.		DELIRIUM	PSICOSIS.	DEPRESIÓN O ANSIEDAD.
Antiarrítmicos.	Amiodarona	+	+	
	Disopiramida		+	+
	Lidocaína		+	+
Antibióticos.	Aminoglucósidos	+		
	Cicloserina	+	+	+
	Isoniazida	+	+	+
	Penicilina	+		
	Sulfonamidas	+		
	Quinolonas	+		+
	Trimetopim		+	+
Antifúngicos.	Anfotericina B	+		
	Ketoconazol	+		+
Antivirales.	Aciclovir	+	+	+
	Didonasona	+		
Otros.	Anticolinérgicos	+	+	
	Benzodiazepinas	+		+
	Betabloqueantes		+	+
	Cimetidina	+		
	Glucocorticoides	+	+	+
	L-Dopa	+	+	+
	Digital	+	+	+
Drogas de Abuso.	Anfetaminas	+	+	+
	Cocaína	+	+	+
	Alucinógenos	+	+	+
	Drogas inhaladas	+	+	+
	Fenilciclidina	+	+	+
Síndromes de Abstinencia.	Alcohol	+	+	+
	Anfetaminas	+	+	+
	Barbitúricos	+	+	+
	Benzodiazepinas	+	+	+
	Cocaína	+	+	+

Adaptada de: Lagomasino I, MD, Robert Daly y col. Medical Assessment of Patients in Presenting with Psychiatric Symptoms in The Emergency Setting. The Psychiatric Clinics of North America. December 1999:819-850

PREGUNTAS

1. ¿Cuál de estas afirmaciones sobre el delirium no inducido por alcohol es falsa?
 - a. Pueden aparecer alteraciones perceptivas.
 - b. Es raro que aparezca en edades extremas.
 - c. Fluctúa a lo largo del día.
 - d. Existe una alteración de la conciencia.
 - e. Son más susceptibles de padecerlo las personas con lesiones cerebrales preexistentes.

2. Acerca del trastorno de ideas delirantes orgánico, ¿cual de estas afirmaciones es incorrecta?
 - a. Este trastorno incluye las psicosis esquizofrénicas de la epilepsia.
 - b. No cursan con alteración de la conciencia.
 - c. Se trata de un cuadro orgánico donde predominan las alucinaciones.
 - d. Las ideas delirantes pueden ser de transformación corporal.
 - e. Las alucinaciones acompañantes pueden ser independientes del contenido del delirio.

3. Señale la afirmación verdadera.
 - a. El trastorno de ansiedad orgánico se manifiesta exclusivamente como trastorno de ansiedad generalizado.
 - b. La alucinosis orgánica puede ir acompañada de ideas de tipo delirantes.
 - c. En el trastorno catatónico orgánico los movimientos respiratorios se encuentran atenuados o abolidos.
 - d. Los trastornos del humor orgánicos se consideran un tipo de trastorno de adaptación.
 - e. No existe nunca alteración del lenguaje en el trastorno cognoscitivo leve.

4. ¿Cómo se denomina a la actitud de perfecta aceptación de la enfermedad que presentan los pacientes con un trastorno disociativo de conversión?
 - a. Resignación.
 - b. Beneficio primario.
 - c. Beneficio secundario.
 - d. Belle indifférence.
 - e. Negativismo.

5. Señale cual de estas afirmaciones sobre la neurastenia es falsa.
- Se incluye (según la CIE-10) dentro de “otros trastornos disociativos”.
 - Suele provocar deterioro del rendimiento laboral o de la eficiencia en resolver tareas cotidianas.
 - Puede acompañarse de insomnio.
 - Desaparece tras un periodo de descanso.
 - Incluye el síndrome de fatiga crónica.
6. ¿ Cual de estos trastornos no se incluye dentro de los trastornos somatomorfos de la CIE-10?
- T. Por somatización.
 - T. Por dolor persistente somatoforme.
 - T. De despersonalización.
 - T. Hipocondriaco.
 - Disfunción vegetativa somatomorfa.
7. ¿Cuál de los siguientes no es un trastorno de conversión?
- Amnesia disociativa
 - Disfunción vegetativa somatomorfa.
 - Trastorno de la motilidad voluntaria.
 - Convulsiones disociativas.
 - Fuga disociativa.
8. ¿Cuál de estas afirmaciones acerca de la fuga disociativa es verdadera?
- Se trata de un trastorno incluido en los trastornos somatomorfos.
 - El paciente suele conservar de manera clara la memoria del episodio de fuga.
 - La fuga suele realizarse hacia lugares desconocidos y nuevos para el paciente.
 - Puede asumirse una nueva identidad.
 - El paciente pierde la capacidad de cuidados básicos personales presentando un aspecto desaliñado, incluso desnutrido.
9. Señale la respuesta que crea correcta.
- El trastorno de personalidad múltiple o trastorno disociativo de la personalidad es el más frecuente de los trastornos disociativos.

- b. El trastorno disociativo de la personalidad es el trastorno disociativo más grave.
- c. La transición entre una personalidad a otra suele ser insidiosa y lenta.
- d. Cada una de las personalidades adoptadas tiene conciencia de las demás.
- e. No suele aparecer riesgo de suicidio en estos pacientes.

10. ¿Cuál es el síndrome psiquiátrico más común en los hospitales generales?

- a. El síndrome depresivo.
- b. El síndrome confusional.
- c. El síndrome delirante.
- d. El síndrome maniaco.
- e. El síndrome ansioso.

11. Señale la respuesta incorrecta acerca del síndrome de Ganser.

- a. Es más frecuente en ambientes carcelarios.
- b. Los síntomas se producen de manera involuntaria.
- c. Empeoramiento del cuadro al sentirse observados.
- d. Es más frecuente en el sexo masculino.
- e. Se engloba, (según la CIE-10), dentro de “otros trastornos disociativos”.

12. En el estupor disociativo no es característico:

- a. Respuesta anormal a estímulos externos.
- b. Alteración del tono muscular.
- c. Desencadenamiento del cuadro por acontecimientos estresantes recientes.
- d. Aparición aguda de la sintomatología.
- e. Disminución de los movimientos voluntarios.

13. ¿Cuál es la causa más frecuente de demencia?

- a. Alzheimer
- b. Vascular.
- c. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
- d. Alcohólica.
- e. Enfermedad de Pick.

14. La epilepsia puede cursar con:

- a. Episodios psicóticos.
- b. Trastornos afectivos.
- c. Trastornos de personalidad.
- d. Violencia episódica.
- e. Todas son correctas.

15. El tipo más frecuente de amnesia disociativa es:

- a. Amnesia generalizada.
- b. Amnesia sistematizada.
- c. Amnesia localizada.
- d. Amnesia selectiva.
- e. Amnesia estructurada.

16. Señale la respuesta incorrecta acerca del síndrome cerebral orgánico.

- a. Es un deterioro difuso del tejido cerebral.
- b. Es un deterioro local del tejido cerebral.
- c. Puede ser multicausal.
- d. Se acompaña de trastornos de la afectividad.
- e. Se acompaña de trastornos del juicio.

17. ¿Cuál de estas manifestaciones aparecen en el síndrome orgánico cerebral?

- a. Alucinaciones.
- b. Ideas delirantes.
- c. Depresión.
- d. Euforia.
- e. Todas.

18. ¿Qué cuadro psiquiátrico no aparece como efecto secundario del tratamiento con betabloqueantes?

- a. Depresión.
- b. Psicosis.
- c. Manía.
- d. Delirium.
- e. Ansiedad.

19. ¿Qué manifestación psiquiátrica puede aparecer secundaria al tratamiento con Penicilina?

- a. Psicosis.
- b. Delirium.
- c. Manía.
- d. Depresión.
- e. Ansiedad.

20. ¿Qué cuadro psiquiátrico puede aparecer durante un tratamiento con cimetidina?

- a. Ansiedad.
- b. Depresión.
- c. Delirium.
- d. Psicosis.
- e. Manía.

21. En el trastorno orgánico de personalidad no es frecuente:

- a. Cambios en el comportamiento.
- b. Labilidad afectiva.
- c. Descontrol de impulsos.
- d. Alteración de la conciencia.
- e. Aparición de ideas delirantes.

22. No se incluye dentro del trastorno orgánico de personalidad:

- a. Síndrome del lóbulo frontal.
- b. Trastorno de despersonalización.
- c. Personalidad orgánica pseudopsicopática.
- d. Personalidad orgánica pseudorretrasada.
- e. Síndrome postlobotomía.

23. Señale la incorrecta sobre el síndrome postconmocional:

- a. Es más frecuente en el sexo femenino.
- b. Es característica la aparición de amnesia postraumática.
- c. Es frecuente en personas entre 15-25 años.
- d. Existe un periodo asintomático.

e. Pueden aparecer alteraciones cognoscitivas y del comportamiento.

24. En los trastornos somatomorfos no es común:

- a. Intencionalidad de los síntomas.
- b. Demanda de asistencia persistente.
- c. Molestias y preocupaciones excesivas.
- d. Relación con factores psicológicos importantes.
- e. No existe justificación somática de los síntomas.

25. Señale la verdadera acerca del trastorno hipocondriaco:

- a. Aparece 2 veces más frecuente en el sexo masculino.
- b. Aparece 2 veces más frecuente en el sexo femenino.
- c. Es igual de frecuente en ambos sexos.
- d. Aparece en personas de edad avanzada.
- e. El curso es continuo y sin remisión.

26. ¿Qué tipo de trastorno de personalidad está estrechamente relacionado con el trastorno de identidad disociativo?

- a. Histriónico.
- b. Esquizotípico.
- c. Paranoide.
- d. Disocial.
- e. Borderline o límite.

RESPUESTAS

1.b-2.c-3.b-4.d-5.d-6.c-7.b-8.d-9.b-10.b-11.b-12.b-13.a-14.c-15.c-16.b-17.e-18.d-19.b-20.c-
21.d-22.b-23.a-24.a-25.c-26.c

CAUSAS DE TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS: Tabla nº1

ENDOCRINAS Y METABOLICAS

Patología adrenal: Addison y Cushing).

Diabetes

Hipopituitarismo

Hipoglucemia de repetición /comas hiperosmolares.

Acidosis respiratorias /hipoxia e hipercapnia.

Uremia.

Encefalopatía hepática. Porfiria Enfermedad de Wilson (degeneración hepatolenticular).

Hiper e hiponatremia. Otras causas.

Patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo).

Hiperparatiroidismo (hipercalcemia).

NUTRICIONALES

Anemia perniciosa, deficiencia de folato.

Alcoholismo

Deficiencia de tiamina.

Pelagra.

VASCULAR

Insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, fallo cardíaco.

Colagenosis y vasculitis (lupus eritematoso sistémico, polimialgia reumática, poliarteritis

Multi-infarto (microinfartos corticales, demencia lacunar –infartos extensos-, enfermedad de

Binswanger, enfermedad embólica cerebral

Endocarditis bacteriana subaguda.

INFECCIOSAS.

Viricas (gripe, hepatitis, SIDA.....).

Tuberculosis.

Mononucleosis infecciosa.

Neurosífilis.

Meningitis y encefalitis.

Encefalomiелitis postinfecciosa.

TOXICAS

Mercurio, plomo, aluminio, arsénico.

Psicofármacos, antihipertensivos, digitálicos.

OTRAS

Tumores intracraneales.

Hematoma subdural.

Abcesos.

Epilepsia

Hidrocefalia a presión normal (Síndrome de Hakim-Adams)

Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

Enfermedades desmielinizantes

TRAUMATISMOS CRANEOENCEFALICOS

Adaptada de: Cervera S, Conde V, y col. El Manual del Residente de Psiquiatría. En volumen I. Madrid: Litofintes S.A. 1997.