



MANUAL DE PSIQUIATRÍA "HUMBERTO ROTONDO"

editores

A. PERALES

A. MENDOZA

G. VÁSQUEZ - CAICEDO

M. ZAMBRANO

TEMARIO

[Presentación de la Segunda Edición](#)

[Lista de Coautores](#)

CAPÍTULO 1 DE LA PSIQUIATRÍA Y DE LA VOCACIÓN PSIQUIÁTRICA

Dr. C. A. Seguí

CAPÍTULO 2 NEUROCIENCIAS Y PSIQUIATRÍA

Dr. M. Gaviria

CAPÍTULO 3 ORIENTACIONES AL ESTUDIANTE PARA LA HISTORIA CLÍNICA
PSIQUIÁTRICA

Dr. H. Rotondo

CAPÍTULO 4 ORIENTACIONES AL ESTUDIANTE PARA EL EXAMEN MENTAL

Dr. H. Rotondo

CAPÍTULO 5 SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Dr. M. Zambrano

CAPÍTULO 6 EVALUACIÓN CLÍNICA SEMIESTRUCTURADA: EL FORMATO DE
EVALUACIÓN INICIAL ABREVIADO

Drs. J. E. Mezzich & J. Saavedra

CAPÍTULO 7 CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA EN PSIQUIATRÍA

Drs. J. E. Mezzich & J. Saavedra

CAPÍTULO 8 MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMEDAD EN LA ENSEÑANZA
DE LA PSIQUIATRÍA

Dr. A. Perales

CAPÍTULO 9 EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Drs. A. Perales & C. Sogi

CAPÍTULO 10 TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

Drs. A. Ckeres & J. Alva

CAPÍTULO 11 RETARDO MENTAL

Drs. E. Majiuf & F. Vásquez

CAPÍTULO 12 TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS Y PSICOSIS
AFINES

CAPÍTULO 13	Dr. G. Berríos TRASTORNOS AFECTIVOS
CAPÍTULO 14	Dr. M. Gaviria TRASTORNOS DE ANGUSTIA
CAPÍTULO 15	Dr. R. Alarcón TRASTORNOS OBSESIVOS COMPULSIVOS
CAPÍTULO 16	Dr. R. Ríos TRASTORNOS SOMATOMORFOS
CAPÍTULO 17	Dr. G. Vásquez-Caicedo TRASTORNOS DISOCIATIVOS
CAPÍTULO 18	Dr. C. Bambarén & E. Bravo TRASTORNOS SEXUALES
CAPÍTULO 19	Dr. A. Mendoza TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN
CAPÍTULO 20	Drs. A. Perales, F. Rivera & O. Valdivia TRASTORNOS DE PERSONALIDAD
CAPÍTULO 21	Dr. J. Sánchez ALCOHOLISMO
CAPÍTULO 22	Dr. M. Almeida FARMACODEPENDENCIA
CAPÍTULO 23	Dr. R. Navarro TABAQUISMO: DEPENDENCIA A LA NICOTINA
CAPÍTULO 24	Dr. E. Bazán PSIQUIATRÍA INFANTIL
CAPÍTULO 25	Dra. E. Felipa PSIQUIATRÍA GERIÁTRICA
CAPÍTULO 26	Dr. G. Berríos URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS
CAPÍTULO 27	Dr. E. Sánchez PSICOTERAPIA DE APOYO
CAPÍTULO 28	Dr. A. Perales PSICOFARMACOLOGÍA
CAPÍTULO 29	Dr. A. Castillo PSIQUIATRÍA DE ENLACE
CAPÍTULO 30	Dr. G. Vásquez-Caicedo MEDICINA Y PSIQUIATRÍA
CAPÍTULO 31	Dr. R. Mujica PSIQUIATRÍA COMUNITARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL
CAPÍTULO 32	Dr. E. Bazán PSIQUIATRÍA Y DESASTRES
CAPÍTULO 33	Dra. R. Cohen PSIQUIATRÍA FOLCLÓRICA
CAPÍTULO 34	Dr. C.A. Seguí INFORME PERICIAL

[PRUEBA DE CONOCIMIENTOS: HOJA DE RESPUESTAS](#)



[ANEXO N2 1: CIE-10, 1990](#)

[ANEXO N2 2: DSM-IV](#)

HOJA DE RETROALIMENTACIÓN

INDICE

PRESENTACIÓN DE LA SEGUNDA EDICIÓN

Siete años después de haber publicado la primera edición -rápidamente agotada- del presente manual en homenaje a quien fuera su creador intelectual, el Profesor Humberto Rotondo, la segunda edición, aunque sobre la base esencial de la filosofía de la primera, ha debido reorganizarse en virtud del acelerado desarrollo de la medicina y de nuestra especialidad.

Por otro lado, el cotejo constante que el cuerpo de profesores del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos hace de nuestra realidad tercermundista, ha determinado que los conceptos de psiquiatría, salud mental y de salud en general, orienten la formación de profesionales de la salud hacia una perspectiva general de acción, con objetivos preventivos en sus diversos niveles en el marco de la atención primaria de salud.

Así lo entendió siempre Humberto Rotondo y así lo entiende ahora la nueva organización directiva de nuestra Facultad de Medicina. Así lo entiende, también, el Comité Editorial de la presente obra.

Su aspiración, por ello, es ofrecer al estudiante, médico general y a otros profesionales de la salud no especializados en psiquiatría, un texto en formato de bolsillo, de lectura ágil, pero rico en conceptos y datos fundamentales para entender y aplicar la psiquiatría con un máximo beneficio pragmático, subrayando lo que otro gran profesor sanmarquino, lamentablemente ya desaparecido, el Dr. Carlos Alberto Seguí, solía decir: "que la psiquiatría no es una especialidad médica sino una ciencia básica de la medicina", pues proporciona una concepción amplia que permite comprender todo aquello que es humano, tanto en situación de salud como de enfermedad.

Bajo esta perspectiva, inevitablemente el texto se ha extendido. A los 26 capítulos originales se han agregado otros. Del mismo modo, han sido reformuladas las lecturas recomendadas al final de cada uno de ellos. Advertimos, sin embargo, que algunas de ellas, aparentemente antañonas, han mantenido su espacio en virtud de su calidad didáctica -aún no superada- y que en nuestra experiencia son todavía de gran utilidad para el estudiante.

Los autores consideran haber cumplido, al máximo de sus posibilidades, con la tarea encargada por el profesor Rotondo; pero será el juicio de los lectores el que evaluará los méritos de tal cumplimiento. Agradeceremos, por ello, remitirnos la hoja desglosable de evaluación ubicada al final del texto.

Deseamos agradecer el apoyo brindado por el Rector de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Dr. Manuel Paredes Manrique, nuestro Decano, Dr. José Piscoya Arbañil, el Consejo de Facultad y el Coordinador del Dpto. de Psiquiatría,

Dr. Francisco Vásquez Palomino y el Jefe de la Oficina de Biblioteca, Hemeroteca y Centro de Documentación de la Facultad de Medicina de la UNMSM, Dr. Oswaldo Salaverry García, a la realización de esta obra, así como a la experta y desinteresada colaboración de los coautores, profesionales peruanos que con brillantez prestigian la psiquiatría peruana en centros de reconocida reputación nacional y mundial, recordando, muy especialmente, a los colegas fallecidos después de la primera edición: Drs. Carlos Alberto Seguí (26.8.95), Alfredo Beyer (20-7-90) y Rubén Ríos (18.3.97).

Un especial reconocimiento al Dr. José Li Ning, autor del retrato del Dr. Rotondo que ilustra la carátula.

Y, finalmente, expresar nuestro cálido reconocimiento a aquellas personas que, callada y laboriosamente contribuyeron a satisfacer las diversas tareas logísticas para la realización de esta obra: la Sra. María del Carmen Perales de Aranibar, la Srta. Pilar Carreño, el Sr. Ceferino Miranda y el personal del Centro de Producción Editorial de la UNMSM, en especial a la Sra. Fanny Urbina Gálvez y la Srta. Jenny Aburto Pitot.

Alberto Perales

Alfonso Mendoza

[◀ Regresar](#)



LISTA DE COAUTORES

DR. RENATO ALARCÓN

Profesor de Psiquiatría y Jefe del Servicio de Psiquiatría de Adultos del Hospital Universitario, Universidad de Emory, Atlanta, USA.

DR. MANUEL ALMEIDA

Director de la Clínica de Alcoholismo. Ex Jefe del Servicio de Alcoholismo del Hospital "Hermilio Valdizán". Ex profesor Auxiliar de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

DR. JOSÉ ALVA

Ex Profesor Principal de Psiquiatría y Ex Jefe del Dpto. de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ex Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara.

DR. CARLOS BAMBARÉN

Psiquiatra de la Fundación Pública "Sanatorio Psiquiátrico de Conjo", Diputación Provincial de la Coruña, España

DR. ETHEL BAZÁN

Profesor Asociado de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Coordinador del Dpto. de Internado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ex Director de Salud Mental, Ministerio de Salud

DR. ERIC BRAVO

Profesor Auxiliar y Coordinador de Sede en el Hospital "Hermilio Valdizán", Universidad Nacional Mayor de San Marcos

DR. GERMÁN BERRÍOS

Profesor de Psiquiatría, Universidad de Cambridge, Director de Estudios Médicos, Robinson College, Cambridge. Bibliotecario Mayor del Colegio Real de Psiquiatras del Reino Unido. Inglaterra.

DR. ANDRÉS CÁCERES

Profesor Asociado de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ex-Director del Hospital "Hermilio Valdizán".

DR. AITOR CASTILLO

Profesor Asociado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Jefe del Dpto. de Psiquiatría Biológica, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

DRA. RAQUEL COHEN

Profesora de Psiquiatría, Universidad de Miami, División de Niños y Adolescentes. Miami, U.S.A.

DRA. ELSA FELIPA

Profesora Asociada de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Jefa del Servicio de Psiquiatría Infantil, Centro Médico Naval.

DR. MOISÉS GAVIRIA

Profesor de Psiquiatría Clínica y Director de la Unidad de Trastornos del Afecto, Universidad de Illinois, Chicago, USA. Ex Director del Programa de Cooperación Internacional de Salud Mental "Simón Bolívar"

DR. CARLOS GUTIÉRREZ

Profesor Emérito, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ex Director de la Unidad de Postgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

DR. EMILIO MAJLUF

Profesor de Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ex Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital "Víctor Larco Herrera"

DR. ALFONSO MENDOZA

Profesor Principal de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Jefe del Departamento de la Familia y Sistemas Humanos, Hospital "Hermilio Valdizán". Ex Presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana.

DR. JUAN ENRIQUE MEZZICH

Profesor de Psiquiatría, Mount Sinai School of Medicine of the City University of New York, U.S.A. Secretario General de la Asociación Psiquiátrica Mundial.

DR. RAUL MUJICA

Director Asociado, Maimonides Medical Center, Dpto. de Psiquiatría, New York, U.S.A. Ex Presidente de la Peruvian American Medical Association, U.S.A.

DR. RAFAEL NAVARRO

Profesor Principal de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Director del Centro de Rehabilitación para Drogadictos de Ñaña, Hospital "Hermilio Valdizán". Presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana.

DR. ALBERTO PERALES

Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina y Profesor Principal de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Miembro Asociado de la Academia Nacional de Medicina. Ex Presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana.

+ DR. RUBEN RÍOS

Profesor Principal de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ex-Jefe de la Unidad de Hospitalización, Servicio de Psiquiatría, Hospital "Edgardo Rebagliati Martins". (Fallecido el 18 de Marzo de 1997).

DR. FRANCISCO RIVERA FELJOO

Profesor Asociado de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Médico Psiquiatra del Hospital Militar Central.

+ DR. HUMBERTO ROTONDO

Profesor Principal y Ex Jefe del Dpto. de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ex Director del Hospital "Hermilio Valdizán". (Fallecido el 03 de Marzo de 1985).

DR. JOSÉ SÁNCHEZ GARCÍA

Profesor Principal de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Director de la Clínica Pinel

DR. ELARD SÁNCHEZ

Profesor Principal de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Director Ejecutivo del Hospital "Hermilio Valdizán"

+ DR. CARLOS ALBERTO SEGUÍN

Profesor Emérito de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina. Ex Presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana. (Fallecido el 26 de agosto de 1996).

DR. JAVIER SAAVEDRA CASTILLO

Profesor Auxiliar de Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Jefe de la Unidad de Evaluación y Diagnóstico del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi".

DRA. CECILIA SOGI

Profesora Auxiliar de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

DR. OSCAR VALDIVIA

Profesor Emérito de Psiquiatría y Ex Jefe del Dpto. de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ex Jefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital "Guillermo Almenara". Ex Presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana.

DR. FRANCISCO VÁSQUEZ PALOMINO

Profesor Principal y Coordinador del Dpto. de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ex Director del Instituto de Salud Mental del Instituto Peruano de Seguridad Social.

DR. GUSTAVO VÁSQUEZ-CAICEDO

Profesor Principal y Presidente del Comité de Segunda Especialización en Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ex Jefe del Servicio de Psiquiatría del Centro Médico Naval. Ex Presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana. Ex Secretario Regional: Caribe y Países Bolivarianos, Asociación Psiquiátrica de América Latina.

DR. MANUEL ZAMBRANO

Ex profesor Principal de Psiquiatría y Ex Director de la Clínica Universitaria, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ex Presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana.

[◀ Regresar](#)



CAPÍTULO 1

DE LA PSIQUIATRÍA Y DE LA VOCACIÓN PSIQUIÁTRICA

Carlos Alberto Segura

INTRODUCCIÓN

Partamos de la base de que hoy la Psiquiatría no puede ser considerada como una especialidad más. Ha ampliado sus relaciones con todas las ciencias básicas; la bioquímica, la física biológica, la inmunología, la neuroquímica, la imagenología y otras; así como con la sociología, la antropología, la religión, la política y, por supuesto, la psicología. Puede, pues, ser considerada la ciencia del hombre en su total ubicación existencial: como un Dasein que va creando constantemente su mundo y va siendo constantemente creado por él, lo que la vincula estrechamente con la filosofía.

La Psiquiatría es, pues, el puente que une a la Medicina con el resto del conocimiento humanístico, en todas sus dimensiones.

Acaso pudiera considerarse ésta una apreciación exagerada, pero es fácil convencerse de su realidad, si pensamos en que no puede comprenderse la normalidad o la patología mental sin tener en consideración todas las posibilidades que nos ofrecen las ciencias del hombre.

Si ello es así, la Psiquiatría debe pensar siempre, no en órganos o sistemas enfermos, sino en la persona total, en su categoría bio-psico-social. No hacerlo mutilaría su realidad y nos impediría comprenderla en su verdadero ser.

Se trata, pues, de una tarea ímproba, que debe asentarse en una verdadera vocación y extenderse, además de ella, a otros conceptos integradores y fundamentales.

DE LA VOCACIÓN PSIQUIÁTRICA

Mucho se habla de la vocación, pero se conoce muy poco de su verdadero sentido y alcances. La palabra viene del latín *vocatio*, de *vocatum*, llamar. Se trataría, pues, de un llamado hacia cierta actividad, en este caso la Psiquiatría.

Es indudable que hay jóvenes que, desde muy temprano, sienten un verdadero interés por los aspectos psicológicos de la Medicina y piensan hallar en la Psiquiatría una respuesta a sus inquietudes. Creemos indispensable aclarar que, detrás de ese afán intelectual, se hallan, como siempre, una serie de factores profundos, generalmente de naturaleza afectiva, episodios importantes ocurridos en la infancia y en la relación con seres queridos o cercanos que pueden enfocar la inquietud en ese sentido.

Problemas personales que no hallan solución están también presentes y todo ello se traduce en una vocación, un llamado que, el joven estudiante, une a la comprensible necesidad de hallar respuesta a los misterios de la relación del cuerpo (principalmente el cerebro) con la conducta y la acción terapéutica de los psiquiatras.

EL EROS TERAPÉUTICO

La vocación estaría directamente unida a la relación con el paciente como un semejante. En realidad, no se puede ser buen médico si no existe ese interés por la persona del paciente y ese interés es predominante en el psiquiatra, que debe intervenir en los problemas más importantes de la vida personal y social de quienes buscan su ayuda. Si el calor humano es indispensable en todo ejercicio médico, es más hondamente sentido en la relación psiquiátrica, ya que el especialista debe entregarse a la labor de comprender y ayudar a hombres. No se puede, pues, de ninguna manera, ser psiquiatra si no se posee conocimiento y, paralelo a él, un afán de comprensión íntima, un especial amor hacia los

pacientes que he llamado, por su parentesco con el "Eros pedagógico" griego, el "Eros terapéutico".

El Eros terapéutico es un amor desinteresado, no posesivo, no imperativo, libre de implicaciones sexuales, que une al médico con el paciente en una cualidad benéfica y floreciente.

La vocación está presente cuando el médico no mira al enfermo como a un conjunto de órganos o sistemas que funcionan mejor o peor, sino como a un semejante, un hermano que sufre y cuyo sufrimiento es causado por motivos que van más allá de la anatomía y la fisiología y se refieren a lo verdaderamente humano: la psiquis, que participa en cualquier acontecimiento.

EN POCAS PALABRAS

Si quisiéramos sintetizar los conceptos básicos de la Psiquiatría, diríamos que ellos se refieren a:

1. La consideración del enfermo como una persona, como un ser auténtico al que hay que comprender en su realidad total, sobrepasando la idea de un conjunto de órganos disfuncionantes y poniendo énfasis en la integridad de, como lo dijera Ortega y Gasset, el Yo y sus circunstancias.
2. La única forma de hacerlo es poseyendo una vocación auténtica y siendo capaz de sentir un Eros terapéutico noble y efectivo.
3. Todo lo demás, formación científica y humanista, que no es poco, debe aunarse a estas dos condiciones básicas, para hacer del profesional psiquiatra un médico de hombres, de existentes, en estrecha relación con su ambiente bio-psico-social.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. SEGUÍN, C.A. Tú y la Medicina, Lima. Editorial Poniente, 1993.

CAPÍTULO 1: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

DE LA PSIQUIATRÍA Y DE LA VOCACIÓN PSIQUIÁTRICA

1. Actualmente la Psiquiatría debe ser considerada:

- Exclusivamente como una especialidad médica.
- Como la especialidad médica más importante.
- Como una especialidad médica del mismo valor que las otras.
- Como la ciencia del hombre.
- Ninguna es válida.

2. La Psiquiatría se orienta a considerar al enfermo como:

- Un conjunto de órganos o sistemas enfermos.
- El resultado de alteraciones orgánicas o neuroquímicas cerebrales.
- Una persona total en su categoría bio-psico-social.
- Todas son válidas.
- Ninguna es válida.

3. Detrás de la vocación psiquiátrica se suele hallar:

- Factores profundos, generalmente de naturaleza afectiva.
- Episodios importantes ocurridos en la infancia y en relación con seres queridos o cercanos.
- Problemas personales.
- Son válidos los dos primeros.
- Todos son válidos.

4. La vocación psiquiátrica está unida a:

- El interés por la persona del paciente.
- La labor de comprender y ayudar a hombres.
- La necesidad de conocimiento científico y humanista.
- Todos son válidos.

5. Si quisiéramos sintetizar los conceptos básicos de la psiquiatría diríamos que ellos se refieren (señale el que no corresponde):

- A la consideración del enfermo como una persona.
- A la presencia de una vocación auténtica.
- Al sentimiento de un Eros terapéutico noble y efectivo.
- Al exclusivo interés científico en el funcionamiento cerebral.
- A la capacitación científica y humanista amplias.

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 2

NEUROCIENCIAS Y PSIQUIATRÍA

Moisés GAVIRIA

INTRODUCCIÓN

El sistema nervioso es una de las estructuras más complejas del organismo. El ambiente de las neurociencias se ha enriquecido con los avances tecnológicos de las últimas décadas. Nuevas técnicas de imagenología cerebral han permitido un mejor entendimiento del funcionamiento neuronal, de sus neurotransmisores, su bioquímica y sus enfermedades. Nuestro objetivo es presentar y ampliar este entendimiento, integrándolo dentro de las limitaciones de este capítulo con sus aplicaciones clínicas en psiquiatría.

El funcionamiento del sistema nervioso está básicamente orientado a controlar nuestro comportamiento. Para los humanos, el comportamiento que ocupa la mayoría de las horas de alerta es el de alcanzar «metas». En este proceso, el sistema nervioso selecciona una de ellas (percepción), monitorea los sentidos (sensaciones) busca información esencial para lograr aquella y coordina la actividad motora (acción) necesaria para ejecutar los cambios deseados.

ANATOMÍA FUNCIONAL

El sistema nervioso central está básicamente constituido por la médula espinal, el bulbo raquídeo, la protuberancia y cerebelo, el mesencéfalo, el diencéfalo y los hemisferios cerebrales.

La Médula Espinal es la más simple y caudal de las estructuras del sistema nervioso central. Es responsable de transmitir información ascendente y descendente, controlando comportamientos simples como el arco reflejo y la locomoción bajo ciertas circunstancias.

El Bulbo Raquídeo es la extensión superior de la médula espinal y se prolonga hasta la porción caudal de la protuberancia. La mayor parte de la formación reticular, incluyendo los centros que controlan el ritmo cardíaco, la respiración, la presión sanguínea y el despertar están localizados en el bulbo raquídeo.

La Protuberancia está localizada entre la médula y el mesencéfalo. Proyecciones neuronales provenientes de los hemisferios cerebrales pasan por la protuberancia hacia el cerebelo.

El Cerebelo está localizado debajo del cerebro, sobre los aspectos dorsales de la protuberancia y el bulbo raquídeo. Contiene varios lóbulos funcionales independientes cubiertos por láminas orientadas transversalmente. La función primaria del cerebelo es detectar y corregir errores en el movimiento. Estos errores son detectados comparando las órdenes de movimiento de la corteza cerebral con retroalimentación somato-sensorial proveniente del cordón espinal e información de balance en los receptores vestibulares del oído interno. Los errores son corregidos cambiando el plan, tiempo y coordinación de las contracciones musculares durante el movimiento.

El Mesencéfalo es el más pequeño de las seis estructuras del sistema nervioso central. Contiene los núcleos de los tres nervios craneales que regulan el movimiento de los ojos (III, IV, VI), el núcleo mesencefálico del nervio trigémino, el núcleo rojo, y la sustancia negra (involucrados en el control del músculo esquelético).

El Diencéfalo, consiste en una masa ovoide de materia gris localizada adyacente a la línea media profunda rostral del mesencéfalo. El tercer ventrículo separa el diencéfalo derecho del izquierdo. El diencéfalo se divide en, tálamo, hipotálamo, subtálamo (que funciona como parte de los ganglios basales) y epitálamo.

El Tálamo recibe, integra y distribuye casi toda la información sensorial y motora que va hacia la

corteza cerebral.

El Hipotálamo, conjuntamente con otras estructuras del sistema límbico mantiene la homeostasis a través de tres procesos íntimamente relacionados: el control central del sistema nervioso visceral, secreción de hormonas y control de estados emocionales y motivacionales. El hipotálamo y el sistema límbico también participan por vía de la formación reticular en controlar el nivel de alerta y el estado general de «estar consciente».

El Epitálamo es la porción más dorsal del diencefalo y contiene la glándula pineal, el núcleo habenular y la comisura posterior. La glándula pineal es una estructura no neural formada exclusivamente por células gliales (astrocitos). La pineal está relacionada con el comportamiento sexual de otros vertebrados en las diferentes estaciones del año, e igualmente con los ciclos circadianos y con la melatonina. El núcleo habenular funciona como parte del sistema límbico controlando el impulso para actuar, la motivación y el afecto.

El Sistema Límbico es una de las más complejas organizaciones del sistema nervioso central tanto fisiológica como anatómicamente. Sus estructuras están localizadas en la superficie media de los hemisferios cerebrales, también llamado el lóbulo límbico. Incluye el hipocampo, el fórnix, los cuerpos mamilares, los núcleos anteriores del tálamo, el giro cingulado, así como regiones de los lóbulos temporales, parietales y frontales. Todos los sistemas sensoriales -auditivo, gustativo, visual, táctil y olfatorio- mandan impulsos altamente procesados a este sistema. Los impulsos que salen del sistema límbico siguen básicamente dos caminos: el primero incluye el hipotálamo, el tallo cerebral, la médula espinal y el sistema somático motor; el segundo incluye la hipófisis y hace uso del sistema autónomo endocrino. Existe una red extensa, anatómicamente compleja, que interconecta las diferentes estructuras límbicas. Esta red incluye proyecciones del hipocampo, vía el fórnix al cuerpo mamilar, y vía los tractos mamilotalámicos al núcleo anterior del tálamo en el giro cingulado y de regreso al hipocampo. Estudios adicionales del sistema límbico han identificado al hipocampo y al complejo núcleo amigdalino, como las estructuras subcorticales principales. Las lesiones al lóbulo límbico tienen que ser bilaterales para producir síntomas. Lesiones bilaterales del hipocampo producen amnesia anterógrada, interfiriendo con el proceso neuronal necesario para mover información de la memoria a corto plazo a la memoria de larga duración. Estas lesiones tienen efectos obvios en el aprendizaje; sin embargo, una vez que el aprendizaje ha ocurrido, el proceso de olvidar ocurre a un ritmo normal. Lesiones bilaterales anteriores del lóbulo anterior, incluyendo la amígdala y parte del hipocampo, producen una constelación de comportamientos conocidos como el síndrome de Kluver-Bucy. La hiperactividad del sistema límbico también se asocia con desórdenes del pensamiento, dificultad con la memoria y emociones anormales.

Los Hemisferios Cerebrales tienen el mayor grado de función del cerebro y son la porción más grande del sistema nervioso central. Cada hemisferio consta de corteza cerebral, sustancia blanca y tres núcleos profundos: el ganglio basal, el hipocampo y la amígdala.

Las funciones primarias controladas por el lóbulo frontal incluyen movimiento, memoria, emoción e intelecto. También contiene el área primaria motora (área 4 de Brodman), así como áreas premotoras y suplementarias (6,8), además del área de Broca que controla el habla y áreas terciarias sensitivas. El lóbulo parietal contiene la corteza sensitiva primaria, secundaria y terciaria. El lóbulo occipital contiene la corteza visual primaria y áreas de asociación visual. Las funciones primarias controladas por el lóbulo temporal son: comprensión del habla, audición y memoria. Contiene el área de Wernicke y la corteza auditiva primaria. Las áreas de asociación constituyen la mayor parte de la corteza cerebral y su función es integrar información de múltiples sistemas para formar percepciones abstractas.

Anatomía Funcional de la Neurona

La neurona es la unidad básica del sistema nervioso y lleva a cabo los mismos cuatro procesos de la informática: recepción, análisis, transmisión y respuesta. Las neuronas están integradas en sistemas funcionales dedicados a controlar un aspecto específico del comportamiento.

El cuerpo de la neurona es su centro metabólico, responsable de sintetizar proteínas que luego se transportan a través de la célula por el flujo axoplasmático. Del cuerpo de la neurona se originan dos tipos de prolongaciones: las dendritas y los axones. Las dendritas son delicadas extensiones cilíndricas del cuerpo de la neurona que incrementan enormemente el área receptiva de la célula.

La información en forma de impulsos eléctricos proveniente de las dendritas llega al cuerpo de la neurona y de allí a su axón. Los axones de varias neuronas se agrupan para formar los nervios y trayectos nerviosos.

Las neuronas se comunican entre sí a través de conexiones especializadas llamadas sinapsis. El arribo de un potencial de acción en la terminal presináptica origina la migración de vesículas especializadas hacia sus puntos de excreción (zonas activas), donde se unen a la membrana superficial, se rompen y liberan transmisores hacia el espacio sináptico. El neurotransmisor migra pasivamente en el espacio sináptico hacia los receptores en la membrana postsináptica de la dendrita de la otra célula. La presencia del neurotransmisor en el sitio receptor cambia la permeabilidad de la membrana originando un potencial de acción. A través de esta transducción de energía electroquímica en la membrana presináptica a química en el espacio sináptico, y a electroquímica en la membrana postsináptica, la información es pasada de una neurona a otra en una forma unidireccional dentro de un sistema funcional en serie de las neuronas.

Transmisores de Señales

La sinapsis, considerada la unidad funcional de la neurona, ha desarrollado mucho interés en el mundo científico, llevando a rápidos avances que contribuyen al desarrollo de teorías en las cuales los psiquiatras basan el uso clínico de los diferentes medicamentos.

Principios neurofisiológicos que deben considerarse:

- Algunos transmisores pueden tener acción excitatoria o inhibidora, pero no ambas a la vez.
- Muchas neuronas contienen un neurotransmisor clásico de molécula pequeña y un péptido neuroactivo.
- Una neurona puede liberar más de un transmisor.
- Algunos sistemas neuronales que contienen un transmisor en particular tienen un largo alcance de acción en el cerebro.

Clasificación de los Neurotransmisores

Es conveniente dividir a los neurotransmisores en dos grupos: de bajo peso molecular y de alto peso molecular.

Trans. de Bajo Peso Molecular

Acetilcolina
Aminoácidos
Ácido Gama-aminobutírico
Glutamato
Ácido Aspártico
Glicina
Aminas Biogenas
Norepinefrina
Epinefrina
Dopamina
Serotonina
Histamina

Trans. de Alto Peso Molecular

Péptidos Atriales

1. Acetilcolina

Los receptores muscarínicos que median los efectos de la acetilcolina en las proyecciones corticales y del hipocampo juegan un papel integrador en las funciones cognitivas, especialmente en el desarrollo de la memoria reciente y su transformación a memoria permanente. Notablemente, la pérdida de axones colinérgicos en la corteza e hipocampo es uno de los hallazgos consistentes en la enfermedad de Alzheimer que puede contribuir al deterioro cognoscitivo de esta enfermedad.

2. Ácido Gama Aminobutírico (GABA)

Usualmente se percibe al sistema nervioso central como un conjunto de células excitadas. Las células nerviosas no solamente excitan a sus vecinas, sino también las inhiben. Esta inhibición está a menudo mediada por un aminoácido conocido como GABA.

En el caso del GABA hay dos clases de receptores: «A» y «B». Cada receptor se une a GABA y luego produce cambios en la permeabilidad iónica de la membrana. En el caso del receptor A, la permeabilidad de la membrana al ion cloro es aumentada; en el caso del receptor B la permeabilidad al potasio es aumentada. En ambas instancias el efecto es el mismo: la diferencia del potencial entre el lado interno y externo de la neurona postsináptica se incrementa; así, la célula se vuelve menos propensa a disparar.

Las neuronas GABA son particularmente importantes en psiquiatría porque un gran número de ansiolíticos, sedativos y anticonvulsivos ejercen su acción a través de estos receptores. Están localizadas en la corteza, hipocampo y estructuras límbicas. Son neuronas de circuito local en cada una de estas estructuras o sea su cuerpo celular y sus axones están contenidos dentro de cada una de estas estructuras.

3. El Glutamato

Este neuropéptido excitador de todas las regiones del cerebro ha despertado el interés psiquiátrico recientemente. Es considerado un estimulador de las células piramidales de la corteza y del hipocampo. Se considera que los efectos disociativos y psicomiméticos del PCP reflejan interferencia de éste con el glutamato en las neuronas piramidales de la corteza y el hipocampo.

En el cerebelo el glutamato sirve como neurotransmisor de las células granulares. Además, actúa como transmisor en los tractos sensorios aferentes primarios, solo o en combinación con otros neuropéptidos, como la sustancia P o la bradikinina.

4. Norepinefrina

Las aproximadamente 40,000 neuronas del locus ceruleus son la fuente primaria de inervación adrenérgica de la mayor parte del sistema nervioso, incluyendo la médula, el cerebelo y las estructuras cerebrales posteriores.

Los efectos de la norepinefrina son mediados en el cerebro por dos clases de receptores: Alfa y Beta. Estos son subdivididos en base a sus características farmacológicas y fisiológicas en receptores Alfa-1, Alfa-2; y, Beta-1, Beta-2.

La activación de los receptores Beta resulta en estimulación de la adenilciclase y elevación del AMP cíclico, que, a su vez, activa kinasas proteínicas que alteran transitoriamente la actividad de enzimas específicas a través de fosforilación reversible. La desensibilización de receptores beta corticolímbicos ha

sido asociada con el mecanismo de acción de los antidepresivos.

5. Dopamina

Hay tres sistemas neuronales dopaminérgicos de gran interés. El primero es la sustancia negra que provee densa inervación al núcleo caudado y al putamen. Esta proyección dopaminérgica negro estriatal está íntimamente relacionada con el inicio, mantenimiento y ejecución fluida de las actividades motoras y puede tener un papel similar en las funciones cognoscitivas que refleja la gran proyección de la corteza frontal al núcleo caudado. La degeneración del trayecto dopaminérgico negro-estriatal causa los síntomas de la enfermedad de Parkinson, y el bloqueo de los receptores dopaminérgicos o neurolépticos causa los efectos secundarios piramidales.

El segundo, en la región mesocórtico límbica (región A-10) provee inervación al núcleo acumbens, el eje de los circuitos del sistema límbico, así como a la corteza frontal, corteza cingulada y al hipocampo. La inervación cortical de este sistema tiene una distribución complementaria al sistema noradrenérgico aferente. El papel de las proyecciones dopaminérgicas mesocórtico límbicas ha sido implicado en el placer o comportamientos de refuerzo. Además, pueden estar implicadas en la atención y en la integración cognoscitiva.

El tercero, localizado en el núcleo arcuato del hipotálamo, envía axones que terminan en los senos venosos de la pituitaria. Esta proyección inhibe, en particular, la secreción de la hormona pituitaria prolactina. Así, los neurolépticos, potentes bloqueadores de los receptores dopaminérgicos D-2, aumentan la liberación de prolactina.

Hay dos familias de receptores dopaminérgicos, farmacológica y fisiológicamente distintos. La familia del receptor dopaminérgico D-1 (D1 y D5) actúa a través de la activación de la adenil ciclasa por vía de la proteína Gs. La familia de receptores dopaminérgicos D-2 incluye al D2, D3, y D4. El receptor D-2 es el sitio de acción de las drogas neurolépticas que lo antagonizan. Los receptores D-2 aparentemente están localizados en las dendritas de neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra, mientras que los receptores D-1 están localizados en las terminaciones aferentes de la sustancia negra.

6. Serotonina

La red de neuronas serotoninérgicas en el sistema nervioso representa el circuito más grande de todos los neurotransmisores. Las terminales serotoninérgicas pueden influir muchas partes del cerebro que controlan una variedad de funciones fisiológicas, incluyendo el estado de ánimo, el comportamiento, movimiento, dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas y función cardiovascular. Anomalías en el funcionamiento de las neuronas serotoninérgicas pueden tener un papel importante en la etiología de varias enfermedades, y las drogas que modifican su función son potencialmente útiles en el tratamiento de muchos padecimientos psiquiátricos y neurológicos.

Desde 1970, con el advenimiento de la técnica de los radioligandos y el descubrimiento de los receptores de serotonina definidos como 5HT1 y 5HT2, se han descubierto 14 subtipos más y no cabe duda que aún hay otros por agregarse.

7. Péptidos Neuroactivos

En el sistema nervioso cada célula estimula cierto número de otras células a través de las sinapsis, sitios especializados en los cuales los mensajeros químicos o «neurotransmisores» son liberados por una célula y captados por otra. En muchas instancias el neurotransmisor es una monoamina: una sustancia que la neurona sintetiza haciéndole pequeños cambios a un aminoácido. Esta comunicación de punto a punto es rápida. Por otro lado, en el sistema endocrino las células glandulares secretan productos químicos, hormonas, (frecuentemente un péptido, o sea una cadena corta de aminoácidos) hacia la sangre y su influencia en otras células lleva minutos u horas. Esta distinción entre los dos sistemas se ha vuelto nebulosa. Por una parte la norepinefrina, un neurotransmisor monoamino, resulta ser también una hormona liberada por la glándula suprarrenal. Por otro lado la vasopresina, una hormona

neuropéptida resulta siendo también un neurotransmisor.

Los péptidos son sintetizados en los ribosomas, órganos intracelulares localizados en el cuerpo y las dendritas de la neurona que sintetizan todos los péptidos, incluyendo los largos (proteínas). Esto significa que la secuencia de aminoácidos que forman un péptido debe ser codificado por el gen, una porción de DNA en el núcleo de la célula. El gen debe ser transcrito a RNA Mensajero, que lleva el código al ribosoma. El proceso de síntesis de todos los neuropéptidos estudiados a la fecha es muy similar al de las endorfinas. Son elaborados como un péptido largo, luego la forma activa de la molécula es recortada en un proceso enzimático. La forma activa del neuropéptido debe entonces ser transportada de las dendritas y cuerpo celular, por el axón a la sinapsis.

Los neurotransmisores clásicos pueden ser excitadores o inhibidores. Así el arribo de estos neurotransmisores en la sinapsis puede bajar la gradiente de voltaje, despolarizar la membrana (excitador) o subirla, hiperpolarizarla (inhibidor). Sin embargo, los neuropéptidos en algunas circunstancias son inhibidores; en otras, excitadores. Más investigación es necesaria en este campo para esclarecer su fisiología.

Péptidos Atriales	Leumorfina
Polipéptido Natriurético Atrial	Alfa-neoendorfina
Atriopeptina I, II, y III	Beta-neoendorfina
Bombesinas	Factores Liberadores
Alitensina	Factor liberador de corticotropina
Bombesina	Factor liberador de hormona del crecimiento
Neuromedina B y C	
Calcitoninas	Factor liberador de hormona luteinizante
Calcitonina	
Gen péptido de Calcitonina	Somatostatina
Katacalcina	Hormona liberadora de tiotropina
Péptidos Gastrointestinales	Takininas
Caeralina	Elodoisina
Colecistokinina	Kasinina
Galanina	Neurokinina A y B
Polipéptido Gástrico Inhibidor	Filomedusina
Gastrina	Fisalaemianina
Péptido Gástrico Liberador	Espantida
Glucagon	Sustancia P
nsulina	Uperoleína
nsulina B	Neurotensinas
Factor de Crecimiento	
nsulínico	Neurotensina
Péptido YY	Neuromedina N
PHM-27	Péptidos Pituitarios
Secretina	Oxitocina
Péptido Vasoactivo Intestinal	Vasopresina
Kininas	Hormona del crecimiento
Bradikinina	Hormona luteinizante
Liforina	Hormona foliculo estimulante
Ranetensina	Hormona estimulante de tiroides
T-kinina	Prolactina
Xenopsina	Péptidos Pro-opiomelanocortínicos
Péptidos Misceláneos	ACTH
Beta-casomorfina	Beta-endorfina
Demorfina	Beta-lipotropina

FMRF	Alfa-MSH
GAWK	Beta-MSH
Activador de la Cabeza	Gama-MSH
Kitorfina	Proenkefalinas
Péptido de tolerancia	
Morfina	Adimorfina
Neuropéptido Y	BAM-12P
Péptido receptor de Protocolina	Leu-enkefalina
Urotensina II	Met-enkefalina
Precusores Neoendorfinos y Dinorfinos	Metorfinamida (adrenorfina)
Dinorfina A	Péptidos B, E y F.
Dinorfina B (rinomorfina)	
Dinorfina 32	

La somatostatina, fue uno de los primeros neuropéptidos descritos. El nombre proviene de su habilidad para inhibir la liberación de la hormona del crecimiento en la pituitaria. Al estudiar su distribución en el cerebro, se la encontró ampliamente diseminada, especialmente en las estructuras corticales. Fisiológicamente, demuestra un poderoso y amplio efecto inhibidor.

Neurotensina, inicialmente descrita por sus acciones vasculares, posteriormente se la encontró ampliamente diseminada en todo el cerebro. Estudios fisiológicos recientes enfatizan su impacto potente en el sistema dopaminérgico del cerebro.

Colecistokinina, clásicamente considerada una hormona intestinal, está íntimamente relacionada con la estructura carboxílica final de la gastrina (una verdadera hormona intestinal). Ha sido descrita como un péptido del sistema nervioso central con altas concentraciones corticales.

Sustancia P, descrita a principios de este siglo, fue uno de los primeros péptidos asociados con la serotonina. Este péptido está involucrado en respuestas periféricas (como la producción de saliva).

El factor liberador de corticotropina, inicialmente estudiado y caracterizado usando ACTH en las células anteriores de la pituitaria, es inusualmente largo (41 aminoácidos). Su biología compromete diez grupos celulares en el cerebro, uno de los cuales está involucrado en la respuesta hormonal a la tensión.

La vasopresina arginina, es el más viejo y clásico de los neuropéptidos, siendo realmente un neuropéptido y una hormona. El mismo grupo de células (núcleo supraóptico y núcleo paraventricular del hipotálamo) se proyecta hacia receptores hormonales (pituitaria posterior) y la sinapsis en el cerebro.

Las endorfinas. Más de 15 péptidos con acción similar a los opiáceos han sido descubiertos. A estos péptidos se les da el nombre genérico de endorfinas u opioides endógenos. Derivan de tres diferentes precursores proteínicos. Los precursores proenkefalina y prodinorfina/neoendorfina producen varias copias de péptidos opioides. En cambio el tercer precursor, POMC, da origen al ACTH, a la hormona estimulante de los melanocitos y a la beta-endorfina.

Receptores

Los receptores son proteínas grandes que se encuentran en la superficie externa de la membrana neuronal postsináptica, su función es acoplarse a los neurotransmisores de una manera ávida,

específica, reversible y saturable. La respuesta neuronal a un neurotransmisor depende -en última instancia- de la presencia de un receptor unido a un transductor. Dependiendo del receptor-transductor localizado en una determinada neurona, un neurotransmisor puede tener efectos excitadores, inhibidores, o moduladores. La unión de un receptor con un neurotransmisor puede conllevar, por ejemplo, a la apertura de los canales iónicos en la membrana celular que conduce a la activación de una enzima como la adenilciclase en la superficie interna de la membrana neuronal.

La habilidad de distinguir entre dos subtipos de receptores ha refinado nuestro entendimiento de la acción de ciertas drogas. Por ejemplo, aunque se sabe muy bien que las drogas antipsicóticas bloquean la acción de la dopamina, se ha vuelto claro que de las dos familias de receptores dopaminérgicos, es la afinidad de las drogas antipsicóticas por los receptores D2, y no por los D1, la que se correlaciona con su potencia antipsicótica.

Dos clases de receptores han emergido, basándose en el mecanismo de acción usado por el neurotransmisor para iniciar la respuesta neuronal. Un grupo conformado por el modelo alostérico es ejemplificado por el receptor nicotínico de la acetilcolina. Para los receptores de este tipo, la estimulación agonista lleva a una conformación o cambio alostérico en el complejo receptor que abre los canales iónicos de la transmembrana formados por el complejo receptor mismo. El segundo grupo de receptores de neurotransmisores responde a la estimulación por el neurotransmisor de una manera diferente, activando proteínas apareadas que son distintas del receptor. Estas proteínas apareadas unen receptores de esta clase a otras proteínas efectoras dentro de la célula, tal como las enzimas generadoras de mensajeros secundarios o canales iónicos. Ya que estas proteínas apareadas usan el trifosfato de guanosina (GTP) como cofactor, se les reconoce como proteínas GTP ligadas.

Lejos de ser sitios estáticos de ligadura, los receptores están en constante flujo, cambiando su sensibilidad y número en respuesta a diferentes etapas del desarrollo: a la inervación, actividad funcional y exposición a drogas. El bloqueo persistente de receptores puede producir un incremento en el número de receptores, como es el caso de los receptores de dopamina D2 en el estriato en respuesta a la administración crónica de antipsicóticos.

Mensajeros Secundarios

Las neuronas se comunican entre sí secretando neurotransmisores. Estos mensajes químicos son traducidos por mensajeros secundarios dentro de la célula en acciones fisiológicas temporales o de más larga duración.

Estos mensajeros secundarios intracelulares son metabólicamente lábiles, y sirven como activadores de diferentes enzimas que catalizan la intraconversión de otras enzimas o canales iónicos que alteran el estado metabólico o funcional de la neurona. El tiempo de acción de la respuesta celular ligada a mensajeros secundarios es mucho más prolongada, comparada con la respuesta a los canales iónicos. Exceptuando los neurotransmisores con receptores unidos directamente a los canales iónicos, todas las monoaminas, los aminoácidos y los neuropéptidos ejercen su acción intraneuronal por vía de mensajeros secundarios. De hecho, muchos de los canales iónicos son también regulados por sistemas de mensajeros secundarios. En muchos casos estos mensajeros secundarios producen su respuesta biológica en la neurona activando las kinasas de proteínas, fosforilando así ciertas proteínas.

El más característico de los sistemas secundarios es la activación de la adenilciclase mediada por los receptores beta. Es importante visualizar las acciones sinápticas y extrasinápticas del AMP cíclico como parte de un sistema integrado. Puede ser que suficiente estimulación sináptica no sólo eleve los niveles de AMP cíclico lo suficiente para alterar la permeabilidad de las membranas, sino también inicie una secuencia lógica de eventos mediada por nucleótidos cíclicos. Esta secuencia de eventos puede incluir una disminución o aumento en la síntesis de neurotransmisores en respuesta a estimulación sináptica, iniciar movimientos en la célula para transportar productos recién sintetizados, una activación del metabolismo de los carbohidratos para suplir los requerimientos energéticos de la célula, y efectos directos en el material genético del núcleo celular que pueden conducir a cambios a largo plazo del comportamiento, como la memoria.

El calcio es un mensajero secundario que es transportado hacia la neurona desde el espacio extracelular. La concentración intraneuronal del calcio es muy baja comparada con la concentración

extraneuronal. Incrementos pequeños en la concentración de calcio intraneuronal activan gran cantidad de proteínas, incluyendo las quinasas proteicas. Así, las proteínas encargadas de mantener la gradiente del calcio (canales del calcio, bombas del calcio) juegan un papel importante en la regulación de las señales neuronales. De hecho, un tipo específico de canal de calcio neuronal es el probable sitio de acción de las drogas inhibitoras de los canales del calcio (Ej. verapamil) que han sido informadas como clínicamente útiles en el tratamiento de ciertos desórdenes neuropsiquiátricos.

Otros mensajeros secundarios que deben ser mencionados, son el ácido araquidónico, el monofosfato cíclico de guanosina, y las proteínas G. El ácido araquidónico funciona como mensajero secundario en la síntesis de prostaglandinas. La guanosina cíclica juega un papel importante en la respuesta de los foto receptores retinales a la luz. Las proteínas G son una familia de proteínas de la membrana neuronal que actúan como mensajeros secundarios, uniéndose a los mensajeros primarios y a otros neurotransmisores. Por ejemplo, un estudio postmortem de cerebros de pacientes esquizofrénicos proporcionó datos consistentes con la noción de que el estado de actividad hiperdopaminérgico en la esquizofrenia, puede ser causado por un incremento en la eficiencia de la unión de los receptores D1 de dopamina con la adenilciclasa, mediados por la proteína G.

Todos los mensajeros secundarios mencionados antes están involucrados en la activación de las quinasas de proteínas. Las quinasas de proteínas son enzimas que transfieren el grupo fosforado del ATP a la proteína. Hay cuatro fosfatasa de proteínas en el cerebro: 1, 2A, 2B (también llamada calcineurina), y 2C. Algunas fosfatasa de proteínas son reguladas por mensajeros secundarios; mientras que otras fosfatasa son reguladas por otras clases de moléculas que, a su vez, son reguladas por mensajeros secundarios. Las quinasas de proteína son abundantes en el cerebro, y la fosforilización, se piensa, es el principal mecanismo de control del funcionamiento de las proteínas.

Las proteínas fosforiladas pueden considerarse como un mensajero terciario. Virtualmente todos los efectos del cAMP son mediados a través de quinasas proteicas cAMP-dependientes (A-kinasa). Muchos de los efectos del cGMP son mediados por quinasas proteicas cGMP-dependientes (G-kinasa). Los efectos del calcio como mensajero secundario pueden ser mediados independientemente de la fosforilización de las proteínas; pero muchos efectos son mediados por dos tipos de quinasas de proteínas- quinasas de proteína calcio/calmodulina-dependiente y quinasas de proteína calcio/ fosfatil serina-dependientes. Todas estas quinasas fosforilan proteínas en residuos de treonina o serina. Las quinasas de tirosina fosforilan proteínas en residuos de tirosina, los mensajeros secundarios de las quinasas de tirosina aún no se conocen.

Organización de la Corteza Cerebral

La función principal de la corteza es la integración. La convergencia anatómica necesaria para la integración ocurre en las columnas de células corticales y entre áreas corticales. Dentro de las columnas individuales la recepción es integrada secuencialmente en el tiempo y representada por niveles mantenidos de actividad en esa columna. La integración entre áreas corticales ocurre al converger la eferencia de dos o más regiones corticales. Esta compleja integración es necesaria para formar percepciones globales de cómo los objetos huelen, saben, se sienten, se miran y se relacionan con el medio ambiente que los rodea. Fibras transcorticales localizadas en la capa 1 y las fibras de proyección localizadas en la sustancia blanca, proveen pasos para la integración de información de sitios corticales lejanos. La ubicación donde se forman las percepciones complejas no es conocida, probablemente están en las áreas de asociación de la corteza. Las neuronas que se proyectan de un hemisferio al otro se llaman fibras comisurales (cuerpo calloso, comisuras anteriores y posteriores) y proveen la habilidad de compartir la información de un hemisferio con el otro.

Conexiones Transcorticales

La mayor conexión entre los dos hemisferios es a nivel del cuerpo calloso, el manojito de fibras más grande del sistema nervioso. El cuerpo calloso forma el piso de la fisura media longitudinal y el techo de los ventrículos laterales. Al cruzar la línea media, el cuerpo calloso conecta áreas funcionales relacionadas de los dos hemisferios. Una segunda conexión, en la comisura anterior, une los dos lados del sistema límbico y los lóbulos temporales. El tercer sistema de fibras, en la comisura posterior, interconecta el mesencéfalo.

Especialización Hemisférica

Históricamente, los hemisferios cerebrales han sido visualizados como imágenes de espejo uno del otro. Esta duplicación de anatomía y fisiología era justificada en base a la organización cruzada del sistema nervioso, tal que el hemisferio derecho controla las funciones somáticas y viscerales del lado izquierdo del cuerpo y el hemisferio izquierdo controla las del lado derecho. Hasta que el cuerpo calloso fue estudiado y seccionado, se hizo evidente que los dos hemisferios se especializan en diferentes funciones. Al faltar el cuerpo calloso, cada hemisferio funciona como un cerebro individual con percepciones, aprendizaje, memoria, pensamientos y emociones independientes, sin darse cuenta de las experiencias del otro.

El hemisferio izquierdo se caracteriza primariamente por su especialización en lenguaje y así es definido operacionalmente como el hemisferio dominante. Aproximadamente el 98% de la población tiene el centro del lenguaje en este hemisferio. El área temporal del habla es más grande en el hemisferio derecho ya hacia la semana 31 de gestación, sugiriendo que la asimetría no se desarrolla en respuesta a experiencias, sino que es innata. El hemisferio izquierdo sobresale en funciones intelectuales, pensamiento racional, verbal y analítico. Asume el control primario de procesos analíticos como calcular, estereognosis (interpretación de estímulos sensoriales) del lado derecho del cuerpo, audición del oído derecho, visión del área visual derecha y el olfato de la nariz derecha.

El hemisferio derecho sobresale por percibir mensajes no verbales, emociones y pensamiento intuitivo. También controla orientación espacial, ideas no verbales, apreciación de la música, el olfato de la nariz izquierda, audición del oído izquierdo, visión del campo visual izquierdo y estereognosis del lado izquierdo del cuerpo.

En cerebros que funcionan normalmente, esto es, con el cuerpo calloso intacto, cada región especializada asume la responsabilidad primaria para un aspecto particular de la tarea funcional global. Los resultados del análisis especializado son entonces compartidos libremente entre las regiones y hemisferios para permitir al individuo llevar a cabo una amplia gama de comportamientos sin ninguna dificultad. En terminología de informática, a esto se le llama sistema de control por distribución paralela; eso es, una tarea es dividida en componentes, con cada componente enviado a un centro especializado para análisis. Una vez completo, los resultados son compartidos por todos los centros. Este proceso acelera enormemente el tiempo de resolución.

Implicaciones Clínicas

Al nacer, el cerebro está genéticamente predispuesto para la adquisición del lenguaje por la presencia del centro de Wernicke en el hemisferio izquierdo. Si el centro de Wernicke se lesiona, se produce una afasia receptiva comúnmente referida como sordera a las palabras. En esta clase de afasia, el aparato auditivo funciona perfectamente, pero los sonidos percibidos no son interpretados como lenguaje. Esta afasia también puede afectar el habla porque el individuo no entiende sus propias palabras. Si el giro angular (área 39), que conecta la corteza visual con el área de Wernicke, se daña, el individuo sufrirá de alexia, donde el aparato visual funciona perfectamente, pero el lenguaje escrito no es percibido. Esta clase de afasia puede estar acompañada por agrafia (inhabilidad para escribir). El síndrome de Gerstman es característico por presentar agrafia, alexia y acalculia.

La producción del habla está controlada por el hemisferio izquierdo en el área del Broca (44 y 45). Daño en esta área resulta en afasia productiva, caracterizada por dificultad para producir lenguaje verbal. El aparato motor del habla está intacto, el lenguaje es escuchado y percibido, los procesos de pensamiento organizado se sucederán, pero el individuo es incapaz de expresarse verbalmente de manera coherente. El hablar rítmicamente, como al cantar parece ser un caso especial: es específicamente controlado por el área 45; así, el habla normal puede estar ausente, pero el individuo ser capaz de cantar sin tartamudear.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Coyle, JT (Ed), "An Introduction To The World of Neurotransmitters and Neuroceptors". En: Hales Re & Frances AJ (Eds), Annual Review, Vol. IV, Washington, D.C. American Psychiatric Association, 1985.
2. MOHIRISA JM, SNYDER SH (Section Eds). "Neuroscience Techniques in Clinical Psychiatry" en HALES RE & FRANCES AJ (Eds), Annual Review Vol. VI. Washington DC., American Psychiatric Association, 1987
3. Springer-Verlog. Nerve Cells and Nervous Systems. An introduction to neuroscience. 1991
4. Janicak/Davis/Preskorn/Ayd. Principles and Practice of Psychopharmaco-therapy. 1993
5. Shepherd, C. The Synaptic Organization of the Brain. 1990
6. Nolte, John. The Human Brain. An introduction to its functional Anatomy. 1973

CAPÍTULO 2: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

NEUROCIENCIAS Y PSIQUIATRÍA

1. No corresponde a la estructura básica del sistema nervioso:
 - Médula espinal
 - Protuberancia y cerebelo
 - Locus ceruleus
 - Diencefalo
 - Hemisferios cerebrales
2. El hipotálamo y el sistema límbico controlan el nivel de alerta y de estar consciente vía:
 - Tálamo
 - Función reticular
 - Protuberancia
 - Bulbo raquídeo
 - Ninguna es válida
3. No corresponde a la glándula pineal:
 - Los ciclos circadianos
 - La melatonina
 - El comportamiento sexual de otros vertebrados en las diferentes estaciones del año
 - El control de estados emocionales y motivacionales
 - Estructura exclusiva de células gliales
4. Las lesiones al lóbulo límbico, para producir síntomas tienen que ser:
 - Monolaterales
 - Bilaterales
 - Posteriores

Anteriores

Todas son válidas

5. La función del lóbulo temporal es:

Integrar las sensaciones auditivas

Integrar las sensaciones ópticas

Integrar información múltiple para formar percepciones abstractas

Son válidas la primera y la tercera

6. Respecto a la neurona, asocie:

a. Energía electroquímica

b. Energía química

c. Arribo de potencial de acción

Espacio sináptico

Membrana postsináptica

Membrana presináptica

Liberación de neurotransmisores

7. Una neurona puede liberar:

Sólo un neurotransmisor

Más de un neurotransmisor

Cualquier neurotransmisor

Ninguna es válida

Todas son válidas

8. Los receptores muscarínicos que median los efectos de la acetilcolina en las proyecciones corticales y del hipocampo, juegan un papel integrador en las funciones:

Cognoscitivas

Afectivas

Volitivas

La primera y la segunda son válidas

La primera y la tercera son válidas

9. En su acción neuronal, GABA participa en:

Excitación

Inhibición

Modulación

Todos son válidos

Ninguno es válido

10. Señale falso o verdadero:

El receptor GABA "A" aumenta la permeabilidad de la membrana al ión cloro.

Los ansiolíticos, sedativos y anticonvulsivos ejercen su acción a través de receptores dopaminérgicos

Las neuronas GABA están localizadas en la corteza, hipocampo y estructuras límbicas,

11. El Glutamato es un neuropéptido

Excitador

Inhibidor

Modulador

Todas son válidas

Ninguna es válida

12. El mecanismo de acción de los antidepresivos ha sido asociado con la desensibilización de receptores:

Beta corticolímbicos

Alfa corticolímbicos

Gaba

Todas son válidas

Ninguna es válida

13. La degeneración del trayecto dopaminérgico nigro-estriatal causa los síntomas de la enfermedad de:

Alzheimer

Parkinson

Gilles de la Tourette

Todos son válidos

Ninguno es válido

14. El bloqueo de los receptores dopaminérgicos con el uso de los neurolépticos causa los efectos secundarios:

Atropínicos

Histminérgicos

Piramidales

Ninguno es válido

Todos son válidos

15. Es sitio de acción de las drogas neurolépticas:

Receptores D1

Receptores D2

Receptores D5

Ninguna es válida

Todas son válidas

16. ¿Cuál es el circuito más grande de todos los neurotransmisores?

Gaba

Dopamina

Norepinoprina

Serotonina

Todos son equivalentes

17. Actualmente se conocen receptores de serotonina en número de:

8

10

12

14

16

18. Los péptidos neuroactivos son sintetizados en:

Los Ribosomas

Macrosomas

Membrana celular

Ninguna es válida

Todas son válidas

19. Inhibe la liberación de la hormona de crecimiento:

Neurotensina

Crecistokinina

Somatostatina

Sustancia P

Endorfina

20. Ejercen su acción intramural por vía de mensajeros secundarios:

Las monoaminas

Los aminoácidos

Los neuropéptidos

Son válidas la primera y la tercera

Todas son válidas



CAPÍTULO 3*

ORIENTACIONES AL ESTUDIANTE PARA LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA **

Humberto ROTONDO

La historia clínica psiquiátrica no difiere de la historia clínica en general, salvo, tal vez, en acentuar determinados aspectos de la anamnesis, como la enfermedad actual o los antecedentes personales y familiares, en el sentido de una mayor comprensión biográfica; la presencia de factores precipitantes y desencadenantes, la importancia de las etapas evolutivas de la vida y las relaciones interpersonales, el estilo de vida, los accidentes patológicos sufridos o la conciencia y actitud ante las manifestaciones psicopatológicas padecidas. Con este criterio se exponen al estudiante que se inicia en estas responsabilidades los puntos más importantes.

* Resumido y adaptado por Manuel ZAMBRANO.

** La vasta experiencia clínica del Dr. Rotondo quedó registrada en su modelo de historia psiquiátrica que desarrolló y utilizó con éxito en la enseñanza a innumerables residentes de psiquiatría y estudiantes de medicina. Instrumento descriptivo, de estilo narrativo, constituye paradigma de una época de la psiquiatría peruana que, a pesar de las nuevas tendencias hacia la producción de formatos estructurados, mantiene el vigor de la sistematización clínica para el recojo cabal de la información que permitirá el diagnóstico preciso. El Comité Editorial del Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo", fiel a los deseos del maestro y atento a los nuevos avances metodológicos, ha creído conveniente extraer de la versión original de la primera edición la esencia del pensamiento clínico rotondiano a título de consejos para el estudiante, que bien utilizados, facilitarán y enriquecerán el uso del FEIA (Formato de Evaluación Inicial Abreviado) que constituye nuestro nuevo instrumento de indagación (Ver Cap. 6). Queda supeditado al arte clínico en desarrollo del estudiante el uso juicioso de ambos enfoques. (N. de los E.).

ANAMNESIS

1. INFORMANTES

Además de anotar los datos de filiación de cada uno de ellos, consignar la sinceridad aparente, la confianza que merecen, los posibles prejuicios y aversiones, duración e intimidad en el trato con el sujeto y actitud del informante acerca de los acontecimientos que condujeran a la consulta o a la hospitalización del paciente.

2. Episodios Previos

Breve resumen de los episodios de enfermedad mental o de fenómenos psicopatológicos, relatados en orden cronológico y anotando los datos siguientes: edad, síntomas, duración, internamientos, diagnósticos ¿Cómo fueron tratados? ¿Por cuánto tiempo? ¿Con qué resultado? ¿La recuperación fue completa o incompleta? Anotar, asimismo, el estado de salud y nivel de funcionamiento personal entre episodios.

3. Enfermedad Actual

Transcribir brevemente los problemas o molestias principales de acuerdo a los informantes y al mismo paciente, subrayando las diferencias significativas entre unos y otro.

3.1 Describir con lenguaje sencillo, evitando juicios y calificaciones, cuándo se advirtieron las primeras evidencias de cambios de carácter. En orden cronológico relatar la evolución de estos cambios o síntomas, prestando especial atención a los de su adaptación a las diversas situaciones de la vida (trabajo, estudio, relaciones con la familia y los demás), hasta el momento de la consulta.

3.2 Para la descripción de los síntomas responder a las preguntas siguientes: ¿Cómo son? ¿Cuál ha sido su curso? ¿Cómo se iniciaron? ¿En qué circunstancias? ¿Dónde se localizan? ¿Cuál es su severidad? ¿Qué los agrava o qué los mejora? ¿Son continuos o episódicos? ¿Existen variaciones dentro de las 24 horas? ¿Están mejorando o empeorando?

3.3 Las circunstancias precipitantes fisiológicas, como el ejercicio, la alimentación, el ciclo menstrual, la gestación y las relaciones con el crecimiento, el desarrollo o la involución; o exteriores, como los estresores físicos en relación a los cambios meteorológicos, condiciones físicas del trabajo y de la vida, traumatismos, toxinas, venenos, polen, microorganismos, parásitos, desnutrición o por estresores interpersonales, como adaptación a nuevas situaciones, pérdida de relaciones, apoyo, autoestima o interdependencia y amenazas diversas (salud, integridad física, sobrevivencia, frustración de necesidades básicas y otras). En general, no indagar exclusivamente acerca de las grandes calamidades de la vida sino tener en cuenta que las situaciones de estrés moderado y prolongado, sin esperanza asociada, pueden afectar tanto como serias privaciones, amenazas o frustraciones.

3.4 Siguiendo el relato de los síntomas comunicados y de la averiguación de estresores precipitantes, se debe continuar preguntando por otros síntomas que el paciente no ha mencionado. Uno de los signos más precoces de enfermedad es la pérdida de los poderes o capacidades ordinariamente mantenidas en reserva. Tal pérdida se demuestra mejor no cuando el órgano sospechoso se encuentra en reposo, sino cuando debe responder a demandas extras para su funcionamiento. Así, la averiguación debe incluir los cambios en la tolerancia al ejercicio físico o a la frustración, a una necesidad aumentada de sueño o a una tolerancia disminuida al alcohol, por ejemplo. La revisión de funciones y órganos deberá considerar cualquiera de ellos, pero haciendo hincapié en el sistema nervioso central (SNC) y en las funciones vitales. Respecto al primero, indagar sobre cefaleas, síncope, vértigos, ataques, dificultad en pensar o hablar, compromisos de la sensibilidad, insomnio o hipersomnia, pérdida de conocimiento, automatismos psicomotores, angustia, depresión, irritabilidad u otros estados emocionales pronunciados, amnesia o hipomnesia, entorpecimiento o anublamiento de la conciencia, alteraciones del comportamiento de la niñez o adolescencia, aspectos desusados del desarrollo psicosexual. Para las segundas, se precisará los aspectos en cuanto al apetito, sueño, deseo sexual, movimientos intestinales, menstruación y fuerza muscular.

4. Historia Personal

Da cuenta al entrevistador sobre factores tempranos que han influido en el paciente y que, por eso, suelen ser causas, también tempranas, de su condición presente. Sin embargo, la habilidad de la persona para reaccionar frente a estresores actuales, deriva del moldeamiento de su organismo por la interacción, a lo largo de muchos años, de su dotación genética y de sus experiencias previas. La historia personal, debe recordarse asimismo, no es sólo un registro de causas exteriores que obran sobre el paciente, sino, también, de sus respuestas a esos estímulos.

5. Situación Actual del Paciente

El entrevistador posiblemente no puede comprender el estado psicológico del paciente y, a menudo, su estado físico, sin un conocimiento de la situación o circunstancias presentes de su vida. Este conocimiento sirve para la comprensión del origen de la enfermedad y para tomar medidas con miras a su rehabilitación y tratamiento. Los tópicos a considerar son:

5.1 Residencia física

5.2 Comunidad donde se halla ubicada la residencia.

5.3 Pertenencia a grupos.

5.4 Miembros del grupo doméstico (personas con las que vive diariamente).

5.5 Hábitos sociales.

5.6 Ocupación, como posible fuente de tensión, conflicto, riesgos diversos, satisfacciones.

5.7 Condición económica y seguridad.

5.8 Actitudes hacia la situación actual de la vida.

6. Personalidad

La enfermedad afecta la personalidad, así como ésta afecta la enfermedad. Cuando la enfermedad afecta ligeramente la personalidad el mismo paciente puede, generalmente, proveer información confiable sobre su personalidad, pero cuando conlleva grandes cambios, el paciente, comúnmente, es un mal testigo de éstos y el entrevistador ha de recurrir a los parientes para obtener información al respecto. Se debe averiguar sobre:

6.1 Inteligencia.

6.2 Satisfacciones.

6.3 Habilidades especiales.

6.4 Hábitos y empleo del tiempo.

6.5 Estado de ánimo habitual.

6.6 Rasgos dominantes.

6.7 Relaciones con otras personas.

6.8 Objetivos y aspiraciones.

6.9 Ideales.

Deben evitarse generalidades sobre la personalidad del paciente y más bien precisar las características a través de ejemplos, referencias a un estilo de comportamiento interpersonal o al modo de responder a las diversas circunstancias de la vida.

7. Historia Familiar

Debe dar datos sobre los aspectos siguientes:

7.1 La historia pertinente de cada miembro familiar significativo.

7.2 La situación social, cultural y económica de la familia.

7.3 La estructura familiar, incluyendo las relaciones genéticas.

7.4 Los valores y hábitos sociales del grupo familiar.

7.5 Las relaciones interpersonales de sus miembros y con el paciente.

De cada miembro anotar los rubros siguientes: nombre y edad; en caso de muerte, edad en el momento del deceso, naturaleza y duración de la enfermedad final (edad del paciente cuando tal miembro falleció); religión; grupo étnico; ocupación (cambio de ocupación, razones para ello); educación (razones para no terminarla); estado marital e hijos; características físicas, incluyendo la constitución, salud y enfermedades principales. Características psicológicas a través de una breve descripción de los hábitos más importantes, valores y actitudes.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. SÁNCHEZ GARCÍA, J. Manual para Evaluar el Caso Psiquiátrico. Diagnóstico. Entrevista Clínica. Anamnesis. Guía para la anamnesis. Examen Mental. Guía para el Examen Mental. Lima: Eximpress S.A., 1991.
2. SHEA, S.C. Psychiatric Interviewing. The Art of Understanding. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1988.
3. ROTONDO H. Métodos para la Exploración y Diagnóstico en Psiquiatría. [Mimeografiado]. Lima: Dpto. de Psiquiatría, U.N.M.S.M. 1979.

CAPÍTULO 3: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS ORIENTACIONES AL ESTUDIANTE PARA LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

1. Respecto a la Historia Clínica general, es:

- Totalmente diferente.
- Idéntica.
- No difiere, salvo en el énfasis que da a algunas áreas.
- Más complicada.
- Menos complicada.

2. En cuanto a la descripción de los problemas, debe:

- Utilizar términos médicos sofisticados.
- Emplear lenguaje sencillo.
- Evitar juicios del entrevistador.
- La primera y segunda son ciertas.
- La segunda y tercera son ciertas.

3. Debe tener en cuenta que:

- Situaciones de estrés moderado pero prolongado, sin esperanza asociada, pueden ser tan nocivas como una de gran intensidad.
- Debe indagar sobre los estímulos que afecten al paciente y sus respuestas a ellos.
- Uno de los síntomas más precoces de la enfermedad es la pérdida de las capacidades mantenidas en reserva.

La primera y tercera son ciertas.

Todas son ciertas.

4. Respecto a la personalidad NO corresponde:

Inteligencia.

Estado de ánimo habitual.

Rasgos dominantes.

Características del sueño.

Ideales.

5. La historia familiar debe informar sobre:

La situación social, cultural y económica de la familia.

La estructura familiar incluyendo las relaciones genéticas.

Las relaciones interpersonales de sus miembros y con el paciente.

Son ciertas la segunda y la tercera.

Todas son ciertas.

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 4

ORIENTACIONES AL ESTUDIANTE PARA
EL EXAMEN MENTAL*

Humberto ROTONDO

*Resumido y adaptado por Manuel ZAMBRANO

TÉCNICA DEL EXAMEN MENTAL

La técnica del examen mental carece de los procedimientos estereotipados del examen físico. Importa más la habilidad del examinador para adaptarse al paciente y a la situación creada por la sintomatología o enfermedad de éste. Existen, sin embargo, algunos principios de orientación de índole muy general:

a. La entrevista debe ser privada. La presencia de otras personas (miembros de la familia, amigos u otros pacientes) la hace insatisfactoria.

b. El acercamiento al paciente debe ser amigable, pero con naturalidad. Preferible es comenzar por las molestias principales de la enfermedad actual, tanto si consulta a iniciativa propia o cuando es enviado por un colega o es la familia quien lo solicita. En todos los casos el entrevistador hará constar su interés de ayudarlo a resolver sus molestias o a evaluar su situación emocional (nerviosa) sin ideas preconcebidas. Se sirve mejor a los intereses del paciente con la franqueza. Bajo ninguna circunstancia debe engañarsele.

En la entrevista se observa su comportamiento a medida que manifiesta sus molestias y discute la historia de la enfermedad o problema actual. Casi siempre dará cuenta espontáneamente de algunos de sus síntomas o maneras en que ha sido perturbado. Debe animársele a elaborar la descripción de lo sucedido y de cómo lo ha afectado. Entonces son necesarias ciertas preguntas directas formuladas sobre otras preocupaciones (funciones psicológicas parciales) que pudieran haberle perturbado. Finalmente, algunas preguntas adicionales respecto de la memoria y funciones intelectuales completan el examen mental. Recuérdese que el mismo paciente es un informador de su propia historia personal y familiar.

c. Son esenciales tacto y gentileza. Las preguntas sobre la molestia principal o sobre las preocupaciones del paciente deben ser formuladas con cautela y en un lenguaje que éste sea capaz de entender de tal manera que no le perturbe. La aparición de angustia y hostilidad durante el examen podría estar, muchas veces, confirmando una mala técnica. Si por algún motivo el paciente se altera debe cambiarse el tema de la conversación previa reaseguración. Nunca debe concluirse la entrevista dejando perturbado al examinado.

La gentileza es esencial; las dificultades emocionales de los pacientes son de fácil acceso una vez que éste tiene confianza en el examinador y se da cuenta de su interés y respeto genuinos.

Deben aceptarse sin crítica o sorpresa las declaraciones del paciente. Síntomas con respecto a los cuales el sujeto puede estar a la defensiva, pueden aflorar si la técnica del examen se basa en el respeto. Como regla general debe evitarse las interpretaciones y usarlas sólo cuando sea estrictamente necesario, por ejemplo, cuando la angustia es intensa, y para los fines de una debida reaseguración.

d. Dentro de un tiempo prudencial el examen mental debe desarrollarse abarcando todos los aspectos particulares enfatizando algunos de ellos en relación al trastorno fundamental. El examen mental no difiere para un paciente psicótico o neurótico. Los diferentes tipos de trastorno no cambian el objetivo del examen ya que siempre hay que determinar la naturaleza de las respuestas psicológicas y psicopatológicas más o menos individualizadas de la persona. Ningún paciente debe ser examinado de

modo irrespetuoso. Ni el severamente enfermo ni aquel con una enfermedad menor es traumatizado por un examen adecuado y hábilmente conducido. Cuando un paciente se halla agudamente perturbado, estuporoso o por alguna razón no colaborador, el examen inicial debe ser pospuesto, pero es importante obtener un registro preciso del comportamiento y de las declaraciones del paciente durante tal período, aunque ciertos aspectos manifiestos o nítidos pueden estar ausentes o ser inaccesibles. Un nuevo examen detallado debe ser hecho luego si ocurre cambio significativo en el comportamiento.

e. El relato escrito final debe ser, en lo posible, tan conciso cuanto completo. Es esencial mencionar las preguntas importantes efectuadas y registrar literalmente las contestaciones más significativas del paciente. Las conclusiones deben apoyarse, cuando sea posible, mediante citas de las declaraciones formuladas del paciente que las sustenten, de tal modo que el lector pueda comprobar, sin dificultad, las bases de la formulación, simples, descriptivas, no ambiguas, evitándose las expresiones técnicas, así como aquellas que manifiesten juicios morales. Se anotarán tanto los hallazgos positivos cuanto los negativos.

ESQUEMA DEL EXAMEN MENTAL

1. Porte, comportamiento y actitud

Se describirá la edad que aparente el paciente en contraste con la declarada; el orden, desorden o excentricidad en el vestir. En caso de la mujer, los arreglos o cosméticos que utiliza. Anotar si hay evidencia de que el sujeto está perturbado o enfermo somáticamente: palidez, cianosis, disnea, enflaquecimiento. Asimismo, describir la expresión facial: alerta, móvil, preocupada, de dolor, inexpresiva, triste, sombría, tensa, irritable, colérica, de temor, despreciativa, alegre, afectada, de ensimismamiento, vacía.

Valorar el habla: tono moderado de voz con enunciación clara y acento ordinario o indebidamente fuerte o débil, apagada, cuchicheante, disártrica, ronca, tartamudeante, monótona o flexible. Otro tanto se hará con la postura y la marcha: erguida, encorvada, oscilante, tiesa o torpe. Asimismo, se anotará si se presentan gestos desusados, tics, temblores, tendencia a pellizcarse, frotarse o coger su ropa. No dejar pasar una cojera, una rigidez muscular, una resistencia tipo rueda dentada o la flexibilidad cérica. Por último, describir la actividad general durante el examen, anotando si ésta está dentro de los límites normales o si el paciente se encuentra agitado, inquieto, hipoactivo, retardado, inmóvil o se mueve espontáneamente o sólo como respuesta a estímulos externos. En general, precisar si la actividad es organizada y con objetivos, o desorganizada, impulsiva o estereotipada. Asimismo, si los movimientos son graciosos o torpes y si hay tendencia a mantener actitudes motoras o a repetir los movimientos, actitudes o palabras del examinador, por ejemplo.

2. Actitud hacia el médico y hacia el examen

No debe preguntársele directamente al sujeto pero se registrará cualquier comentario a ese respecto. Anotar, entonces, la forma en que saluda y cómo relata su malestar: de manera impersonal o como si fuera un negocio, amigable, desconfiado o respetuoso, turbado, miedoso, no sólo al hablar de sus síntomas sino al hablar en general con el entrevistador; es decir, si se muestra indiferente ante éste o lo ignora o trata de suplantarlo o se comporta tímida, afectada o juguetonamente.

3. Temas principales. Molestias y manera de manifestarlas

La molestia es lo que el paciente comunica acerca de sus malestares, preocupaciones y trastornos principales que más lo perturban, aun cuando no sea lo que más amenaza su salud. Las explicaciones que el paciente proporciona al respecto de ella pueden ser correctas, pero pueden ser totalmente erradas como ocurre con los hipocondríacos o los psicóticos. La molestia debe anotarse tan literalmente

como se pueda, pero que sea compatible con una razonable brevedad. El registro debe indicar si el paciente tiene una o varias molestias y ha de indicar el orden de importancia o énfasis que les otorga. Es, asimismo, muy importante anotar la expresión emocional que acompaña al relato ya que muchas veces las emociones expresadas en esas circunstancias son más reveladoras que el contenido de las palabras. Respuestas del tipo de resentimiento, angustia, culpa y cólera son sugestivas de problemas significativos.

En algunos casos el paciente puede negar la existencia de cualquier malestar o dificultad personal o francamente puede manifestar o dar a entender que la culpa es de alguna otra persona. La descripción de la calidad de la molestia debe ponerse en evidencia dentro de lo posible, con citas textuales expresadas por el paciente. Los temas principales de la molestia y de las preocupaciones pueden, generalmente, ser puestos de manifiesto haciendo preguntas similares a las siguientes: ¿Por qué ha venido acá? ¿Está Ud. enfermo? ¿En dificultades de alguna manera? ¿Cómo se ha manifestado su enfermedad, su nerviosidad o su dificultad? ¿De qué se ha quejado o qué molestias ha tenido? Si el paciente manifiesta que no tenía deseos de consultar al médico o que ha sido traído, sin quererlo él, para un examen, hay que elaborar otro tipo de preguntas que pueden ser como las siguientes: ¿Por qué lo trajeron aquí sus parientes o amigos? ¿Pensaron que Ud. estaba enfermo o nervioso? ¿Por qué pensaron eso?

Es mejor que el paciente describa la enfermedad a su manera, con la menor interrupción posible. Puede hacerse preguntas apropiadas para destacar con mayor claridad los asuntos importantes. Para tal efecto, el examinador selecciona las preguntas adecuadas guiándose por el sentido de lo obtenido en las declaraciones espontáneas del paciente, de su comportamiento, de los aspectos formales del lenguaje y de su estado afectivo. Estas preguntas pueden tener las siguientes características: ¿Tiene el paciente alguna molestia o trastorno físico? ¿Preocupaciones especiales? ¿Situaciones especiales que lo han perturbado? (situación general en el hogar, en el trabajo, en la escuela; muertes recientes, fracasos, engaños, dificultades económicas, enfermedades; pequeñas dificultades y mortificaciones, pero constantes).

En caso de que el paciente no colabore y por lo tanto el contenido no sea fácilmente accesible porque no desea el examen, la exploración ni el tratamiento, o por ser suspicaz, desconfiado o antagonista a tales procedimientos, es necesario emplear preguntas directas: ¿Nos han dicho que Ud. ha estado enfermo? (o nervioso, preocupado o actuando de manera no acostumbrada) ¿Es eso así? Queremos ayudarlo y escuchar su punto de vista del asunto. ¿Le ha ocurrido a Ud. últimamente algo extraño? ¿Tiene Ud. motivos para quejarse de algo o de alguien? ¿Han sido todos correctos con Ud? ¿Qué piensan los demás de su estado? Si existe resistencia, debe emplearse mucho tacto, antes de ejercer presiones, y proceder a una averiguación indirecta y no interrogativa: "deduzco o me parece, que algo le ha sucedido, que algo ha ocurrido; me agradecería que me contara lo sucedido para formarme una mejor idea, para aclarar cualquier malentendido".

4. Revisión de las funciones parciales

4.1 Atención. Apenas iniciada la observación directa se precisará la atención que el sujeto presta a los procedimientos del examen o durante la entrevista. Ante todo se anotará la orientación o dirección dominante y de qué manera se mantiene despierta. Si es necesario aplicar pruebas simples como la sustracción seriada, no sólo anotar las respuestas logradas sino el monto del esfuerzo al responder, el grado de fatigabilidad y la presencia de distraibilidad como un factor de interferencia.

4.2 Estado de la conciencia. Las condiciones en que está disminuida o alterada la conciencia se describen como estrechamiento, entorpecimiento y anublamiento y sus variedades (Ver Capítulo 5). Tener en cuenta, sin embargo, que las alteraciones de la conciencia se presentan o exacerban en la noche muy frecuentemente y su carácter es fluctuante. Asimismo, no sólo compromete la orientación, la atención, la memoria o la actividad perceptiva con una interpretación errónea de la realidad sino que produce una perturbación global del comportamiento.

4.3 Orientación. Es necesario estudiarla en cada una de sus esferas: tiempo, lugar, con respecto a las otras personas y consigo mismo. En muchos, especialmente en la práctica de consultorio, tratándose de pacientes venidos voluntariamente, es aconsejable el empleo de preguntas formales concernientes a la orientación y, en ningún caso, debe prejuzgarse que existe una orientación correcta.

4.4 Lenguaje. Tener en cuenta que la comunicación entre el paciente y el entrevistador se realiza no solamente a través del lenguaje oral, sino, también, del mímico e, inclusive, del escrito. Hay que estar atento a reparar en la velocidad de la emisión del discurso y sus fluctuaciones en relación a los estados o cambios de ánimo en el sentido de su aceleración o retardo, a la tonalidad aguda o grave, a la intensidad exagerada o disminuida, a la productividad aumentada o restringida, a la fluidez o a las detenciones, al orden o desorden de las asociaciones, a las repeticiones innecesarias y a la comprensibilidad o no del discurso. Otro tanto hay que anotar a la mímica; si está exagerada, disminuida o ausente y si concuerda con las palabras o el estado de ánimo dominante. De otro lado, generalmente, hay concordancia entre el lenguaje oral y el escrito.

4.5 Afectividad. La evaluación del estado emocional debe tomar en cuenta criterios objetivos y subjetivos, anotándose las emociones y estados de ánimo dominantes. Han de distinguirse las reacciones emocionales que son respuestas a una situación significativa de los estados de ánimo de naturaleza endógena y las actitudes emocionales que orientan la conducta dando significación a las situaciones, pudiendo referirse a otras personas, a la propia persona y, en general, a todo tipo de situación.

Se considera, objetivamente, la expresión facial, el comportamiento general, la postura, la marcha, los gestos. Debe prestarse atención a la ocurrencia de lágrimas, sonrojos, sudor, dilatación pupilar, taquicardia, temblores, respiración irregular, tensión muscular, aumento de presión arterial, modificaciones somáticas presentes en estados de tensión, angustia, miedo y depresión. Es importante, para la conveniente identificación, el aspecto subjetivo, es decir, la descripción que hace el paciente de su propio estado afectivo, sea espontáneamente o como respuesta a nuestras indagaciones. De otra parte, es indispensable anotar los cambios o modificaciones que se producen a propósito de tal o cual declaración. Signo de haberse tocado o aproximado a un asunto importante es la aparición de una emoción intensa, y una manera de acercarse a su mejor comprensión es ayudar a conocer las situaciones que la provocan. Tan importante como lo mencionado es el estudio de cómo se las controla o suprime y de qué manera el estado afectivo modifica o compromete el funcionamiento psicobiológico; por ejemplo, precisa saber qué ha condicionado ese estado emocional, por qué responde así, tan intensamente, qué es lo que siente y manifiesta y qué es lo que hace en ese sentido.

En cuanto a los estados de ánimo, hágase similares observaciones, tomándose nota de cualquier tendencia a la periodicidad y a la alternancia con otros estados de ánimo, su presentación accesual o ictal y su vinculación a otros fenómenos (crisis convulsivas, por ejemplo) en general; buscar qué conexiones se dan con alguna conducta irracional o peligrosa (ideas de suicidio) tendencia agresiva, pródiga, promiscua u otras. Prestar atención a la concordancia o discordancia entre lo que dice el paciente y su expresión emocional. Puede ocurrir que la expresión de los pensamientos no se acompañe de las emociones o expresiones emocionales correspondientes; así, hable de asuntos serios sonriendo o viceversa. Otras variables importantes son: la facilidad y la variabilidad. Puede ocurrir que asuntos chistosos susciten torrentes de risa o que pensamientos apenas tristes provoquen llanto intenso y prolongado; en estos casos, con causa insuficiente, ¿reconoce el paciente lo excesivo e incontrolable de su respuesta?

4.6 Experiencias pseudoperceptivas. Pueden ocurrir en todas las esferas sensoriales, pero las más frecuentes son las pseudopercepciones auditivas y visuales; luego, las referidas al propio cuerpo, las táctiles y las olfatorias. Precisarlas a través de la actitud alucinatoria correspondiente, cuando exista, y anotar si se acompaña de lucidez de conciencia o no, cuál es el contenido y las circunstancias en que aparecen y desaparecen. Asimismo, en qué forma influyen en el comportamiento y en el estado

afectivo. Otro tanto respecto a la explicación del fenómeno y la conciencia de anormalidad o no.

4.7 Necesidades. Considerar:

. 4.7.1. Sueño: la averiguación requiere precisar su duración, profundidad y continuidad. Asimismo, la satisfacción del haber dormido. Si el paciente se queja de insomnio, ahondar sobre su significado en el sentido de la dificultad para conciliar el sueño, si es fraccionado o si existe despertar temprano. Luego conviene un estudio de los aspectos formales de los ensueños y de las actitudes que el paciente tenga hacia ellos. Hay algunos que les otorgan gran valor de realidad y pueden obrar en consecuencia.

. 4.7.2. Hambre: no sólo catalogarlo sobre su aumento o disminución, sino por la satisfacción o no que produce el comer, la facilidad de saciarse o no, el rechazo a determinados alimentos o la apetencia de sólo algunos. Otro tanto puede hacerse para la sed.

. 4.7.3. Sexo: tener mucho tacto en el interrogatorio a este respecto. Aprovechar la mejor oportunidad para realizarlo, pero nunca dejar de hacerlo. Precisar las primeras experiencias, las fantasías, los periodos de abstención, la satisfacción lograda y las preferencias.

4.8 Acción. Al tratar acerca del "porte, comportamiento y actitud" (2.1) se precisan en la descripción de la actividad general los aspectos más saltantes de esta función. Es indispensable, además, anotar, entre otros, la facilidad para la iniciativa motora en el sentido de la ausencia, la mengua o el aumento.

4.9 Memoria y funciones intelectuales. Es bueno iniciar la exploración preguntando cómo se sirve de la memoria o si se ha vuelto olvidadizo. Si se presenta un defecto de memoria hay que determinar si el trastorno es difuso, más o menos variable o circunscrito, anotándose si compromete la memoria para el pasado reciente o para el pasado remoto. Asimismo, determinar si hay evidencia de otros compromisos en el funcionamiento intelectual, especialmente dificultad en la comprensión de la situación global inmediata y dificultades en el cálculo. Si el efecto es circunscrito, anotar si envuelve algún período específico de tiempo o dificultad en recordar experiencias asociadas a una situación personal determinada. En cualquier tipo de defecto de memoria se debe anotar si el paciente tiende a soslayar la dificultad recurriendo a la evasión, a generalidades o llenando los vacíos con material fabricado.

Las funciones intelectuales que se han manifestado durante la entrevista a través del diálogo con el examinador, seguramente, han sido calificadas de una manera cualitativa por el tipo de respuestas a las diversas preguntas que se le han formulado o por el discurso espontáneo que ha expresado. Pero siempre es necesario precisar el comportamiento cuantitativo de estas funciones intelectuales y para ello se requiere de pruebas simples que cuantifiquen la capacidad de cálculo, información general o las funciones intelectuales superiores como la comprensión, razonamiento, juicio y formación de conceptos. Todo ello puede dar una estimación muy cercana del nivel de inteligencia.

4.10 Comprensión de la enfermedad y grado de incapacidad. Comprensión es la capacidad del paciente de penetrar y entender la naturaleza general, causas y consecuencias de su enfermedad o problema. En un sentido más amplio incluye el concepto que tiene de su enfermedad y de las circunstancias por las que atraviesa. La forma más elevada de comprensión contempla la penetración y entendimiento de los efectos de las propias actitudes sobre los demás y, asimismo, una utilización constructiva de las propias potencialidades.

Cuando se discuta las opiniones del paciente acerca de su enfermedad o dificultad deben evitarse, en esta fase diagnóstica, contradecirlo o cuestionar sus argumentos. Al mismo tiempo, usando preguntas con tacto se han de determinar las razones que apoyan su opinión y así evaluar mejor el grado de calidad de su comprensión.

Si se observa discrepancia entre la comprensión manifiesta, teniendo en cuenta su grado de inteligencia, educación y condición social, y la esperada, es importante determinar la razón subyacente.

Entre los factores que interfieren comúnmente el entendimiento de los trastornos psiquiátricos, mencionamos los siguientes: simple falta de conocimiento de los hechos de la situación, falta de experiencia previa con situaciones similares; una tendencia aprendida a interpretar síntomas somáticos en términos de enfermedad física y los síntomas y trastornos de comportamiento en términos morales de folclore y de la superstición. Otras veces, la discrepancia se explica por miedo a conocer los hechos, basado en supuestas o reales implicaciones personales o familiares del problema o de la enfermedad, una necesidad de evitarse turbación o angustia, de guardar las apariencias. Estas discrepancias pueden ser consideradas como una "falta de conciencia de enfermedad mental" en los casos de una personalidad rígida con incapacidad para cambiar fácilmente una opinión, una actitud de suspicacia, de odio o cólera, un estado dominante de tristeza o euforia, un alejamiento psicótico de la realidad, una aversión hacia el médico, una inteligencia defectuosa, un enturbamiento de la conciencia y deterioro intelectual.

Una manera de cuantificarla es tomando en cuenta cómo el trastorno ha interferido en el trabajo o estudios o con las actividades sociales del paciente. La incapacidad puede graduarse como ausente (0), leve (1) moderada (2) y severa (3). Puede ocurrir: 1° Que no haya podido trabajar, estudiar o realizar las tareas domésticas por estar en cama, sentado o dando vueltas, por ejemplo, por más de dos semanas. 2° Las mismas manifestaciones por menos de dos semanas. 3° Que el trabajo, el estudio o las labores domésticas sean interferidas por los síntomas, pero sin encontrarse el paciente incapacitado totalmente; por ejemplo, llega tarde al trabajo, lo realiza mal, evita salir de compras, entre otros. 4° Las relaciones interpersonales pueden haberse alterado severamente (pleitos, tensiones familiares, irritabilidad) durante el último mes.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. GINSBERG, G.I., "Psychiatric History and Mental Status Examination" Capítulo 12.2. En: Kaplan, H., y Sadock, B.J., *Comprehensive Textbook of Psychiatry-IV*. Cuarta Edición, Baltimore Williams & Wilkins, 1985.
2. ROTONDO, H., *Métodos de Exploración y Diagnóstico Psiquiátrico*. Lima, Mimeo.- Dpto. Psiquiatría U.N.M.S.M., 1973.

ANEXO

ESQUEMA DE EXAMEN MENTAL (Adultos) *

* Usado por el Dr. Rotondo (N. de los E.)

I. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD.

- A. Apariencia general y actividad psicomotora.
- B. Molestias y maneras de manifestarlas.
- C. Actitud hacia el médico y hacia el examen.

II. CONCIENCIA.

- A. Conciencia y atención.
 1. Orientación en el tiempo, lugar y persona.

III. CURSO DEL LENGUAJE.

- A. Velocidad y productividad del lenguaje.

B. Relación entre el curso y los temas u objetivos, distraibilidad.

C. Anormalidades de la estructura intrínseca del curso del lenguaje.

1. Asociaciones superficiales.

2. Desorden de la asociación lógica.

3. Bloqueo.

4. Perseveración.

5. Afasia.

6. Miscelánea, estereotipia, neologismos, ecolalia.

IV. ESTADO AFECTIVO: ESTADOS DE ÁNIMO, EMOCIONES, ACTITUDES EMOCIONALES

A. Estado de ánimo dominante.

1. Labilidad.

B. Relación entre el estado de ánimo y contenido.

V. CONTENIDO: TEMAS DE PREOCUPACIÓN, TENDENCIAS Y ACTITUDES DOMINANTES.

A. Principales temas de las molestias y preocupaciones.

1. Tendencias pesimistas.

2. Tendencia auto-acusatoria y de auto-depreciación.

3. Tendencia nihilista.

4. Tendencia paranoide.

5. Tendencia de disociación esquizofrénica.

6. Tendencia expansiva.

7. Tendencia hipocondríaca.

8. Tendencia obsesiva y compulsiva.

9. Tendencia fóbica.

10. Tendencia histérica.

11. Tendencia neurasténica.

12. Tendencia del tipo de la despersonalización, del sentimiento de irrealidad, de "lo ya visto" y "de lo nunca visto".

13. Experiencias pseudoperceptivas.

VI. MEMORIA, CAPACIDAD INTELECTUAL.

A. Memoria.

1. Remota.

2. Reciente.

3. Retención y memoria inmediata.

- B. Cálculo.
- C. Información general.
- D. Operaciones intelectuales.

VII. COMPRENSIÓN DE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA, GRADO DE INCAPACIDAD

CAPÍTULO 4: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

ORIENTACIONES AL ESTUDIANTE PARA EL EXAMEN MENTAL

1. En la técnica del examen mental debe recordarse que:
 - La entrevista debe ser privada
 - El acercamiento al paciente debe ser amigable
 - Debe lograrse información exacta aunque el paciente, por vergüenza, se resista a ofrecerla
 - La primera y la segunda son válidas
 - La primera y la tercera son válidas
2. En general, el acercamiento al paciente debe ser:
 - Amigable
 - Respetuoso
 - Desconfiado por posibles ataques del paciente
 - Todas son válidas
 - La primera y la segunda son válidas
3. En porte, comportamiento y actitud:
 - Describir el contraste entre edad aparente y declarada.
 - Anotar si el paciente está físicamente enfermo
 - Valorar el habla
 - La primera y segunda son válidas
 - Todas son válidas
4. Respecto a la molestia:
 - Es la que el paciente comunica acerca de lo que más lo perturba
 - Las explicaciones del paciente al respecto pueden ser correctas o erradas
 - Debe anotarse literalmente en lo posible
 - La primera y la segunda son válidas
 - Todas son válidas
5. Si el paciente no colabora conviene:

- Emplear preguntas directas
 - Emplear preguntas indirectas
 - Emplear mucho tacto
 - La primera y la tercera son válidas
 - Todas son válidas
6. En el examen de la atención, al aplicar la prueba de sustracción seriada, anotar:
- Respuestas logradas
 - Monto del esfuerzo
 - Grado de fatigabilidad
 - Presencia de distraibilidad
 - Todas son válidas
7. En el examen de la conciencia puede observarse:
- Disminución
 - Alteración
 - Fluctuación
 - Son válidas la segunda y la tercera
 - Todas son válidas.
8. En el examen de la orientación, señale la que no corresponde:
- Ubicación en el tiempo
 - Ubicación en lugar o espacio
 - En relación a la propia persona
 - Orden que el paciente ocupa entre los hermanos
 - No prejuzgar que está correcta.
9. En las experiencias pseudoperceptivas:
- Las más frecuentes son las olfativas
 - Las más raras son las auditivas
 - Las más comunes son las auditivas y visuales
 - Las más comunes son las táctiles
 - Las más raras son las visuales
10. En la exploración de la memoria, señale la que no corresponde:
- Si compromete a la reciente o remota
 - Si el trastorno es difuso, variable o circunscrito.
 - Si el paciente soslaya el problema y trata de disimularlo con material

fabricado

Si puede sumar adecuadamente

Si hay evidencia de otros compromisos.

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 5

SEMILOGÍA PSIQUIÁTRICA

Manuel ZAMBRANO

La semiología, o semiótica, es la parte de la medicina que trata del estudio de los síntomas y signos de las enfermedades; y, la propedéutica es la enseñanza preparatoria a un determinado conocimiento. Así, pues, en este capítulo y, teniendo en cuenta estos dos principios, no sólo se describirá el síntoma o signo sino que se indicará su forma de exploración y su valor y frecuencia en la clínica psiquiátrica. De otro lado, aunque la vida mental es una unidad, sólo con fines didácticos se la estudia dividida en las llamadas funciones parciales.

CONCIENCIA

1. Definición

Es el conocimiento simultáneo, en la unidad del tiempo, de sí mismo (sujeto) y del mundo circundante (objeto) y, por lo tanto, es el reflejo de la realidad.

2. Alteraciones

Las alteraciones de la conciencia comprenden:

2.1 Estrechamiento anormal. Consiste en la reducción del campo de la conciencia por selección sistemática de los contenidos actuales y pasados (toma unos y deja de lado otros). Pueden agregarse juicios falsos sobre la realidad y pseudopercepciones de tipo alucinaciones negativas. Típicamente se presenta en pacientes en disociación histérica y en sujetos normales bajo gran estimulación emocional.

2.2 Entorpecimiento. La característica fundamental es la mengua o pérdida de la lucidez y de la vigilancia. De acuerdo a la duración puede variar desde las llamadas ausencias, intermitencias brevísimas (segundos) de la conciencia sin recuerdo posterior, presentes en la epilepsia de tipo pequeño mal o los desmayos, con su carga emocional y neurovegetativa, hasta la que aparece en los traumatismos encefalocraneanos graves que pueden durar horas, días, meses y, raramente, años. El embotamiento, la somnolencia y el coma corresponden a la intensidad del compromiso de conciencia que va de la respuesta a los estímulos leves, medianos e intensos hasta ausencia total de ésta en el coma.

2.3 Anublamiento. Consiste en que, además del entorpecimiento en grado variable, se agrega productividad anormal de otras funciones parciales (pseudopercepciones, ideas delusivas, trastornos del afecto y de la cognición, entre otras). Las siguientes son sus variedades:

a. Estado oniroide. Estado que con un leve compromiso de la conciencia se sufre pasivamente, con predominancia del mundo de la fantasía e ilusiones, y del cual se guarda recuerdo. Se presenta al comienzo de la esquizofrenia, en las intoxicaciones medicamentosas, en la epilepsia psicomotora y por el uso de psicodislépticos.

b. Embriaguez. Tiene un mínimo de entorpecimiento, pero con una intensa actividad psíquica sobrecargada con exaltación del ánimo, locuacidad y facilidad asociativa e imaginativa. Hay pérdida de la autocritica con exagerada valoración de las capacidades físicas y mentales. La intensidad y calidad de la embriaguez está en relación a la calidad y tipo de sustancia tóxica utilizada (alcohol, marihuana, PBC, cocaína, mescalina, LSD, opio, morfina y sus derivados, analgésicos).

c. Estado crepuscular (automatismo psicomotor). Es el estrechamiento del campo de la conciencia de manera súbita y con una variación de minutos a horas, días y hasta meses, de tal manera que en el sujeto se advierte el predominio de un sistema limitado de móviles e ideas con desconexión mayor o menor del resto de la actividad ordinaria y que, por lo tanto, puede aparentar una conducta normal. En oportunidades se agrega a este entorpecimiento abundante productividad patológica del tipo de delirium. Se presenta, especialmente, en los trastornos disociativos y en la epilepsia psicomotora (etiología psicológica u orgánica, respectivamente). Tiene además, importancia en Medicina Legal por que bajo este estado un sujeto puede realizar actos complicados como emprender viajes, actos de violencia u otros extraños de los cuales, pasado el estado, no recordará o lo hará sólo en forma borrosa o fragmentaria (Ver Capítulo 34).

d. Delirio (delirium). Antes que síntoma es un síndrome que consiste en un intenso anublamiento y, por lo tanto, se acompaña de variada productividad psicopatológica como ser la desorientación, el pensamiento incoherente, ilusiones y alucinaciones, intranquilidad motora y labilidad emocional con exacerbación sintomatológica nocturna. Significativa es la participación activa del sujeto en el mundo

delirante que lo puede llevar a cometer actos insensatos. La duración varía de horas a días con intermitencias. Deja amnesia total o parcial. Generalmente se acompaña de fiebre. El más conocido de todos es el delirium tremens, producido, especialmente, por el alcohol, en que aparte del temblor característico están las pseudopercepciones zoomórficas y cenestésicas, el humor patibulario y las representaciones visuales terroríficas o angustiosas. El delirio, en general, se presenta en enfermedades febriles o infecciosas, estados tóxicos, trastornos metabólicos (uremia, coma hepático), insuficiencia cardíaca, traumatismo craneoencefálico, tumores cerebrales y otros (Ver Capítulo 15 de T.O.C.).

e. Alucinosis aguda. Aparte del leve compromiso de la conciencia tiene como característica la presencia de alucinaciones auditivas como manifestaciones llamativas. El contenido de éstas va de lo simple a lo complejo: de ruidos o palabras aisladas a voces insultantes, amenazadoras o acusadoras que son interpretadas delusivamente y dando como consecuencia un franco tema persecutorio acompañado de angustia e intranquilidad, además de desorientación. Se presenta en el alcoholismo y en otras adicciones crónicas como la cocaínica y barbitúrica. También en algunas infecciones cerebrales.

f. Confusión mental (amencia). Es el anublamiento de la conciencia en el cual el pensamiento se muestra incoherente con juicios falsos y fragmentarios, presencia de alucinaciones e ilusiones con estado de ánimo variable e inestable. La vigilancia sufre oscilaciones y la perplejidad es muy característica. La confusión mental acompaña a los mismos procesos que producen delirium y alucinosis aguda.

Formas de exploración. El mismo paciente puede describir la alteración manifestando dificultad en el pensar o en el recordar, en sentirse "aturdido" o "confundido" y preguntar, por ejemplo: ¿Qué me pasa? ¿Dónde me encuentro?, en forma perpleja.

Se comprueba, también, por el fracaso de la comprensión ante las circunstancias rutinarias y la situación inmediata, no entender el porqué del examen o no saber qué hacer con un lápiz y un papel. Asimismo, la interpretación ilusoria de los estímulos como los ruidos y las sombras; la desorientación en el tiempo, el lugar y las personas son otros indicativos importantes. La tendencia al sueño cuando no se le estimula y la variabilidad en el grado de la vigilancia que va de la fugaz intermitencia a la desconexión absoluta del ambiente son, también, confirmatorias de trastornos de conciencia.

ATENCIÓN

1. Definición

Intimamente ligada a la conciencia (vigilancia), es la función psicológica que permite seleccionar un

estímulo o grupo de ellos del conjunto de una experiencia, y que implica, generalmente, un esfuerzo del sujeto para conseguirlo.

2. Alteraciones

Las alteraciones de la atención comprenden:

2.1 Distraibilidad e inestabilidad de la atención. Es cuando la capacidad de concentración no se mantiene lo suficiente y, por lo tanto, no existe la tenacidad necesaria para sostener un adecuado examen del estímulo. Se presenta como signo característico en el síndrome deficitario de la atención de los llamados niños hiperquinéticos; asimismo, como componente importante del síndrome maniaco en adultos.

2.2 Hiperprosexia. Opuesta a la anterior, es la concentración tenaz y constante de la atención sobre un estímulo o grupo de ellos con exclusión casi total de los otros que suceden alrededor de la persona. Se presenta en la depresión, en los obsesivos y en los hipocondríacos.

2.3 Indiferencia anormal. Es la falta de interés (prestar atención) a los acontecimientos del medio ambiente que normalmente interesarían a cualquier persona. Se presenta cuando hay fatiga o elevación del umbral de la atención que acompaña a los síndromes orgánico cerebrales; también, como signo muy característico de la esquizofrenia.

2.4 Perplejidad anormal. Deriva de los contenidos extraños y sobreagregados que impiden la determinación del problema actual y que pueden producir extrañeza o ansiedad ante esta incapacidad. Se presenta, especialmente, en la depresión melancólica y en la esquizofrenia en sus comienzos.

2.5 Frustración del objetivo. Es la falla en la culminación de la dirección de la atención hacia el estímulo escogido (intencionalidad correcta) por la aparición de experiencias ajenas que la desvían o interrumpen de la meta precisa. Es un síntoma importante de la esquizofrenia que explicaría la disgregación en esta psicosis, y que ha dado cuerpo a la denominada teoría del déficit psicológico para la esquizofrenia sustentada por Chapman y McGhie.

3. Formas de exploración

Durante la entrevista, se observa la manera en la que el paciente presta atención a los procedimientos del examen y la forma espontánea o meditada (concentrada) como responde a las preguntas. Precisar la magnitud del estímulo que se requiere para despertar su atención, el tiempo que la mantiene y la facilidad o dificultad con que se desprende de ella. Pruebas sencillas pueden ayudar a cuantificar las alteraciones. Así, la cancelación de ceros (prueba de Valdizán) es muy útil, pero puede ser reemplazada con la de tachar una letra cualquiera en un escrito determinado. Asimismo, la substracción seriada (restar, de 7 en 7, de 100). También la exposición brevísima (segundos) de una lámina que contenga diez objetos. Se anota aquellos que capta, aprende o identifica en ese tiempo.

ORIENTACIÓN

1. Definición

Es el conocimiento del medio ambiente y de sí mismo en un momento determinado, y que permite al sujeto dirigir las actividades de acuerdo a sus intereses y necesidades.

2. Alteraciones. Las alteraciones comprenden:

2.1 Desorientación autopsíquica. Es aquella que se refiere a la persona (no saber quién se es) y que puede estar relacionada con un trastorno de conciencia, de la memoria o con una interpretación delusiva.

2.2 Desorientación alopsíquica. Cuando se refiere al tiempo (fecha) o lugar (ubicación). Se presenta en similares condiciones que la anterior.

2.3 Desorientación en el cálculo del tiempo. Se presenta la lentificación o aceleración del tiempo transcurrido, como sucede en los síndromes depresivos o maníacos respectivamente. Otro tanto acontece con la doble cronología que se observa en la esquizofrenia como una contabilidad peculiar del tiempo ajena a la ordinaria, pero sin desconocer a ésta.

3. Formas de exploración

Generalmente, para la orientación autopsíquica basta, previo al conocimiento del nombre, apellido, edad, profesión, preguntar por estas condiciones. El desconocimiento de la identidad implica un severo desorden orgánico cerebral. En la exploración del tiempo, preguntar por el día de la semana, el momento del día, el mes y el año. Si no sabe, pedirle que estime aproximadamente o adivine. La desorientación puede ser parcial; p. ej., saber el año pero no el mes; el mes, pero no el día de la semana. En cuanto al lugar, preguntar por la calle, barrio o distrito de la institución o consultorio donde se le atiende. La orientación con respecto a los lugares habituales no se pierde sino en las desorientaciones graves. Una forma de explorar es pedirle que explique el recorrido de su casa al lugar del examen. Tener en cuenta que la desorientación puede acompañarse de una serie de condiciones que hay que considerar para precisarlas. Así, la desorientación puede estar en relación a un trastorno de conciencia, un estado de ánimo exaltado, de pánico o terror, un déficit de memoria, una interpretación delusiva, una indiferencia o apatía y a una absurda desorientación en un simulador.

LENGUAJE

1. Definición

Es la expresión de ideas o pensamientos a través de la palabra o de sonidos articulados o inarticulados (lenguaje oral), de signos gráficos convencionales (escritura), o mediante ademanes y gestos (mímica) que permiten la relación y el entendimiento entre las personas.

2. Alteraciones

2.1 Las alteraciones del lenguaje oral comprenden:

a) Disartria. Dificultad para la articulación de las palabras que contienen determinadas letras; está en relación a lesiones o afección tóxica de los centros nerviosos o de los nervios periféricos como sucede en la embriaguez alcohólica, en la intoxicación por drogas y en la parálisis general progresiva.

b) Anartria. Es el grado mayor de la anterior. El paciente tan sólo puede emitir un gorjeo. Se presenta en los accidentes cerebro-vasculares, sífilis del SNC y tumores cerebrales.

c) **Dislalia.** Es un defecto de pronunciación de las palabras por dificultad en la emisión del sonido correcto de determinada letra: rotacismo para la "erre", labdacismo para la "ele" y sigmacismo para la "ese", entre las más frecuentes. Se presenta por insuficiente inervación en el aparato fonador, malformaciones de la lengua o del velo del paladar, tartamudez o disfemia que es la falta de coordinación en la pronunciación de determinada sílaba de la palabra, generalmente la inicial al comienzo de la frase. Puede deberse a lesiones de los sistemas pontocerebelosos, bulbares o trastornos congénitos del desarrollo o a malos aprendizajes tempranamente adquiridos.

d) **Afasia.** Es la imposibilidad de expresarse por medio del lenguaje, oral o escrito, y de entender las palabras que se le dirigen (se estudia in extenso en el curso de Neurología).

e) **Verborrea.** (logorrea o taquilalia). Es la exageración del lenguaje hablado por aumento de su productividad (hablar incesante) y, frecuentemente, coincidente con una aceleración del tempo psíquico; se presenta en las excitaciones psicomotrices y en las crisis maníacas, también en la embriaguez alcohólica.

f) **Mutismo.** Es la ausencia del lenguaje hablado que se presenta en la inhibición grave de la depresión melancólica, en la catatonia esquizofrénica y en la simulación; en los delirantes, por temor o por otras razones igualmente delusivas.

g) **Musitación.** Se trata de movimientos de los labios sin expresión de sonidos o en los que existe una murmuración constante, en voz muy baja, como si se hablara consigo mismo. Se presenta en esquizofrénicos (autistas).

h) **Soliloquio.** El paciente habla en voz alta acompañándose de ademanes y gestos, como dirigiéndose a un auditorio imaginario (generalmente coincide con contenidos alucinatorios).

i) **Neologismo.** Es el uso de palabras inventadas o condensadas, comprensibles sólo para el paciente. Se presenta en esquizofrénicos y es la expresión de conceptos delusionales; también en deficientes mentales.

- j) Ensalada de palabras. Se caracteriza por la emisión de palabras sin conexión alguna y, por lo tanto, el discurso se torna incomprensible. Puede presentarse en deficientes mentales graves. Se denomina esquizofasia en los esquizofrénicos.
- k) Ecolalia. Repetición no intencionada por parte del paciente de la palabra o frase dirigida por el interlocutor, generalmente, con la misma entonación. Se observa en los catatónicos, en pacientes estuporosos y en algunos orgánico cerebrales. Entre sus variedades tenemos: la metalalia, que es la repetición también no intencionada pero no de lo pronunciado por el interlocutor, sino de lo oído de alguna persona del alrededor, muy característico de los niños autistas; y la palilalia, que es la repetición múltiple de la misma palabra o frase.
- l) Logoclonía. Es la repetición múltiple y compulsiva de la última sílaba de las palabras. La palilalia y la logoclonía indican organicidad.
- m) Coprolalia. Es el empleo incontrolable de palabras obscenas, como se observa en la enfermedad de Gilles de la Tourette y en algunos trastornos de personalidad.
- n) Verbilocuencia. Es el uso innecesario de rebuscadas palabras y formas gramaticales que tornan el discurso artificioso, formalista y hasta grotesco. Se presenta en pacientes con ideas de grandeza, en hipomaníacos, en dementes incipientes y en personalidades histriónicas.
- o) Oligofasia. Consiste en la pobreza de la cantidad de palabras y formas gramaticales utilizadas; muy característico de los deficientes mentales y dementes, especialmente en aquellos casos incipientes. Debe distinguirse de la que depende del grado de desarrollo cultural adquirido.
- p) Verbigeración. Es la repetición frecuente y anormal de un vocablo o frase corta que se intercala en el discurso. Presente en los esquizofrénicos y deficientes mentales.

2.2 Las alteraciones del lenguaje escrito comprenden:

a) **Disgrafía.** Es la dificultad de elegir las letras que han de formar las palabras debido, generalmente, a alteraciones en los mecanismos motores.

b) **Agrafía.** Incapacidad de escribir por ausencia total de las imágenes gráficas.

c) **Macrografía y micrografía.** Son formas de disgrafia; la primera consiste en escribir con trazos muy grandes, desiguales y con tendencia a dirigirse hacia arriba, tal como se presenta en la fase maníaca de la enfermedad maniaco-depresiva; en la segunda, los trazos son muy pequeños y con tendencia a dirigirse hacia abajo, como se observa en la melancolía.

Modificaciones serias en los trazos de la escritura habitual se producen en los casos de parálisis de origen central y periférico, y en el temblor que produce el alcoholismo, la demencia senil o arteriosclerótica y la parálisis general progresiva, entre otras. Actualmente se observan disgrafias como consecuencia de las impregnaciones medicamentosas, particularmente de neurolépticos.

Los contenidos del lenguaje escrito guardan relación con el estado mental del paciente de tal manera que pueden estar presentes las mismas alteraciones del lenguaje oral. En los pacientes esquizofrénicos de larga data (crónicos), en sus escritos, son frecuentes los subrayados, adornos, signos cabalísticos, dibujos y otros, con lo cual el sujeto destaca la importancia de su ideación. También puede encontrarse microescritura y escritura en espejo (escritura en forma inversa que para leerla debe ponerse frente a un espejo).

2.3. Las alteraciones en el lenguaje mímico comprenden:

a) **Hipermimia.** Es la exageración de los rasgos fisonómicos en relación o no al estado afectivo dominante. La acentuación de las arrugas de la frente que forman la omega en la depresión, las verticales del entrecejo que dan el signo de Veraguth y ambos, más las comisuras labiales caídas y la cabeza inclinada, reciben el nombre de signo de Schule en la melancolía. La perplejidad tiene también una expresión característica. En la agitación maníaca el rostro es de alegría, satisfacción y euforia con risa estruendosa o escandalosa. En estado de éxtasis, cólera, amor y miedo hay también marcada hipermimia.

b) **Hipomimia.** Es la marcada disminución de la mímica. La expresión facial del paralítico general con la desaparición de las arrugas y surcos nasogeniano y nasolabial es muy característica. En la catatonía esquizofrénica también se la encuentra.

c) Amimia. Es la inmovilidad de la expresión facial que no traduce vida afectiva. Muy característica es la facies parkinsoniana o fija (figé). También se encuentra en el estupor melancólico o en el catatónico y en los síndromes confusionales.

d) Ecomimia. Es la ecolalia en relación a la mímica.

e) Paramimia. Es la gesticulación que no corresponde ni a las palabras expresadas ni al estado afectivo dominante. Es un signo muy característico de la esquizofrenia. Puede también estar presente en pacientes con deficiencia mental. Es un arma de los simuladores.

3. Formas de exploración

Aparte de la atenta observación que se presta a la emisión del discurso en su entonación, fluidez y contenido, a veces se requiere de estimulaciones especiales como pedirle que lea en voz alta párrafos de un escrito o escriba un dictado en un momento determinado. Asimismo, puede pedírsele que relate su último viaje, si lo ha hecho, o discierna sobre su tierra natal, las actividades de su profesión u ocupación y así por el estilo. Precisar si el discurso es espontáneo o si requiere de constante estimulación. Recordar que existe normalmente una relación estrecha entre el afecto y el lenguaje.

AFECTIVIDAD

1. Definición

Es la experiencia afectiva total que comprende fundamentalmente los sentimientos, las emociones y el ánimo (humor). Por sentimientos se entiende estados afectivos complejos, duraderos y no intensos. Ejemplos: orgullo, celos, amor, vergüenza. En cambio, las emociones son también estados afectivos que aparecen de manera brusca, más o menos violenta, pero de pasajera duración. El miedo, la cólera y la angustia son considerados como típicos ejemplos de emociones. Por último, el estado de ánimo es la manifestación afectiva prevalente y subjetiva que domina y colorea la experiencia total de un individuo en un momento dado, e indicaría el equilibrio que existe entre los distintos sistemas funcionales del organismo y el grado en que las circunstancias ambientales satisfacen las necesidades e intereses del sujeto.

2. Alteraciones

Las alteraciones de la afectividad comprenden:

2.1 Angustia o ansiedad. Es una respuesta emocional lógica del organismo ante lo nuevo y lo no estructurado, muchas veces necesaria (mientras no desorganice la conducta), como sucede durante el aprendizaje. Como respuesta global del organismo tiene un correlato fisiológico, especialmente en relación al sistema nervioso autonómico, que se traduce por tensión, aprensión, temor, excitabilidad neuromuscular y sensitivo sensorial. En la vertiente psíquica se expresa como un miedo sin objeto actual y definido con conciencia de peligro o amenaza inminente e insoportable asociada a un sentimiento de desamparo o incertidumbre. El grado severo de la ansiedad -y sus concomitantes somáticos- cuando se presenta en forma de crisis (ataque) se denomina pánico, diferenciándose de la ansiedad generalizada. La selectividad limitada e intensa genera la fobia. La angustia acompaña a una serie de procesos orgánicos como las arritmias cardíacas, las valvulopatías, especialmente al prolapso mitral, al angor pectoris, a la enfermedad obstructiva pulmonar crónica, a los tumores aminosecretantes, al hipertiroidismo, a la enfermedad de Cushing, al síndrome menopáusico, al uso de estimulantes, alucinógenos o al síndrome de abstinencia del alcohol y otros. Presente también en la esquizofrenia, sobre todo al comienzo; frecuentemente complica la depresión y se considera el eje dinámico de las antes llamadas neurosis.

2.2 Tristeza. Es un sentimiento desagradable, penoso y aflitivo que se acompaña de relajación con pobreza de los gestos y movimientos y de un tono monótono, cansado, lento o quejumbroso de la voz. Puede no existir llanto, pero cuando existe es muy significativo, pese a que sea contenido por el sujeto. El grado máximo de la tristeza se denomina melancolía y los intermedios distimias. La tristeza en sus diferentes gradaciones y presentaciones es un síntoma casi obligado de los estados depresivos.

2.3 Depresión. Es un síndrome que tiene como síntomas cardinales a la tristeza o al estado de ánimo venido a menos, a la dificultad para elaborar el pensamiento, a la lentificación motora. El deprimido se siente desanimado, pesimista, desesperanzado y desesperado. Además, se agrega a esta sintomatología la mengua o pérdida del interés por los objetos del entorno, cansancio o fatiga, sentimiento de culpa, ideas de suicidio y muerte, disminución del apetito, estreñimiento, insomnio, impotencia o frigidez como un compromiso del estado vital. La angustia, en mayor o menor grado, siempre está presente. En los casos graves se comprueba ideas delusivas, elaboraciones pseudoperceptivas y estupor o agitación motoras. El síndrome depresivo es uno de los más frecuentes de la clínica psiquiátrica, y en su etiología confluyen factores genéticos neurobioquímicos, psicosociales y orgánicos (cáncer pancreático, enfermedad de Addison o uso de sustancias hipotensoras, contraceptivas, digitálicas).

2.4 Alegría. Es un sentimiento agradable de bienestar y satisfacción que se acompaña de viveza y variabilidad de gestos y movimientos y de un tono de voz de sonoridad cambiante interrumpido por sonrisas. El júbilo o euforia es el grado máximo de alegría, y ésta es uno de los síntomas obligados del síndrome maniaco.

2.5 Manía o síndrome maniaco. Tiene como síntomas cardinales, a la manera de la depresión, el estado anímico de inestable euforia con elación, la presión para verbalizar que pueda llegar al pensamiento ideofugal (fuga de ideas) y el aumento de la actividad motora que puede ascender hasta una solemne agitación. A esta sintomatología básica se agregan con frecuencia, la distraibilidad de la atención y el optimismo con sobrevaloración de las capacidades físicas y mentales acompañado de ideas megalomaniacas. Cuando el síndrome se presenta atenuado se denomina hipomanía. El síndrome maniaco no tiene la misma frecuencia de presentación que el depresivo, pero los factores etiológicos son similares, especialmente en relación a la enfermedad bipolar o enfermedad maniácodepresiva. Tampoco hay que dejar de mencionar los factores orgánicos, como las endocrinopatías de tipo hipertiroidismo o la enfermedad de Cushing; los neurológicos, como determinados tumores cercanos al diencéfalo, la esclerosis múltiple o la epilepsia psicomotora; el uso de sustancias simpatomiméticas, anticolinérgica o antidepressivas, entre otras.

2.6 Apatía. Es la incapacidad, más o menos prolongada, para experimentar sentimientos con conservación de las funciones cognoscitivas. Existe una carencia de afecto o de su expresividad. No hay capacidad de goce o de sufrimiento. Se presenta en neurosis graves, en las diferentes formas clínicas de la psicosis esquizofrénica, en los estados demenciales y como síntoma importante en el síndrome de estrés-post-traumático. Afín a la apatía y confundiendo con ella, se describe la frialdad afectiva, que es la falta de afecto por las necesidades e intereses de las otras personas, pero no de las propias y que se manifiesta en la ausencia de resonancia o empatía afectiva (indiferencia si los demás están tristes o alegres, satisfechos o descontentos). Se presenta como rasgo de carácter en las personalidades psicopáticas, como síntoma, en los síndromes delirantes demenciales de tipo paranoico; en los melancólicos, con la denominada anestesia dolorosa, en la cual el paciente se queja de no poder sentir el cariño y la comprensión que le muestran y tienen las personas que lo rodean, a pesar que lo reconoce; como aplanamiento afectivo constituye uno de los llamados signos negativos de la esquizofrenia.

2.7 Ambitimia o ambivalencia afectiva. Es la adjudicación de sentimientos o emociones opuestos, aparentemente irreconciliables, sobre un mismo sujeto, objeto o situación en un mismo momento. Se presenta, a veces, cuando hay compromiso de la conciencia (confusión), en la esquizofrenia (síntoma cardinal para Bleuler); también en cuadros psicóticos leves. En las neurosis se presenta como sentimientos opuestos, pero no en el mismo momento.

2.8 Paratimia, discordancia o incongruencia ideoafectivas. Es la falta de relación entre lo expresado verbalmente y el vivenciar afectivo cuantitativa y cualitativamente. Este síntoma es privativo de la esquizofrenia.

2.9 Labilidad emocional. Es la presencia de rápidos y a veces contradictorios cambios emocionales (falta de resolución). Se nos impone como desproporcionado a los estímulos de la situación. Consiste en accesos de risa o de llanto de variable intensidad por estímulos estresantes o a veces inocuos. La

incontinencia emocional, una forma extrema, se presenta en los orgánico-cerebrales (síndrome pseudobulbar), pero también en las psicosis y neurosis, personalidades anormales y hasta en sujetos normales en determinadas circunstancias como en los velorios, por ejemplo.

2.10 Inversión de los afectos. Se refiere a la irrupción de sentimientos opuestos a los que anteriormente manifestaba el paciente hacia otras personas. El cambio puede ser gradual y comprensible o súbito e incomprensible. El valor clínico será más severo cuanto más dramático sea el cambio afectivo. Así, la inversión de afectos manifiesta indica una franca psicosis. Por este mismo mecanismo se llega a la negación de la paternidad que el profesor Honorio Delgado consideraba privativo de la esquizofrenia.

2.11 Anhedonia. Consiste en la mengua o incapacidad de goce sin pérdida de las funciones cognoscitivas. Se presenta en la esquizofrenia (S. Rado la consideraba como patognómica de ésta); sin embargo, se manifiesta también en las depresiones. En éstas, como una queja expresada por el paciente y sufrida por él; mientras que en el esquizofrénico se comprueba por el observador clínico.

2.12 Alexitimia. Es la dificultad o incapacidad de describir con palabras los estados afectivos. Estos estados afectivos se refieren especialmente a aquellos que subyacen en los llamados trastornos psicósomáticos y en algunos síndromes orgánocerebrales. (Se comprueba más en la medicina interna que en la psiquiatría).

3. Formas de exploración

A través de la entrevista se puede comprobar si hay una concordancia de la afectividad con la ideación y la actividad motora. Averiguar si existen fluctuaciones del ánimo: diurnas, nocturnas, por períodos o durante la entrevista ¿Qué parte del día es más difícil? ¿Cuál es la más desagradable o temida? ¿Por qué?, (ritmo, horario). Partiendo del pesimismo expresado verbalmente o a través de la actitud o mímica, establecer la presencia de tendencias suicidas (profundizar al respecto). La comprobación de tristeza expresada verbalmente o por respuesta a la pregunta de si es capaz de alegrarse, permite explorar la depresión. En las facies del depresivo se encuentra el signo de la omega (pliegues de la frente que simulan esta letra griega), las comisuras labiales caídas y la profundización de los pliegues verticales del entrecejo que constituye el signo de la Veraguth y, todos ellos en conjunto, más la cabeza inclinada, el de Schule. Además, la actitud general es característica por la lentificación de los movimientos, la marcha casi arrastrando los pies, encorvamiento del cuerpo y voz queda. Sugiere apatía la indiferencia con ausencia de reacción a estímulos habituales, así como la falta de interés por lo que hace o por lo que sucede a su alrededor. En la angustia, como en el miedo, hay hipertonia muscular, dilatación pupilar, logofthalmus y sudor facial. Los movimientos son rápidos (de pies y manos si están sentados) o hay inquietud motora de traslación. Voz entrecortada. La cuantificación de los estados depresivos y de angustia puede realizarse a través de cuestionarios especiales como los de Hamilton, Taylor, Beck, Zung, subtest del MMPI, los diversos de la Tavistock Clinic de Londres, entre otros. (Ver anexo N° 89-94).

PERCEPCIÓN

1. Definición

Organización e interpretación de los estímulos que llegan al organismo a través de los órganos de los sentidos. Constituye un proceso que requiere la integridad anatómica y funcional del SNC y de los órganos sensoriales especializados. Este proceso implica la relación entre la vida interior del sujeto y el mundo circundante y la concordancia entre el estímulo y la significación del objeto.

2. Alteraciones

Las alteraciones en la percepción comprenden:

2.1 En cuanto a la intensidad, puede estar aumentada sin causa orgánica, lo que significa que las experiencias perceptivas son más vívidas, cromáticas, sensibles o audibles (hiperestesia sensitivo-sensorial), como sucede eventualmente en la manía, bajo la acción de psicodislépticos, en el trastorno de ansiedad generalizada y en algunos estados de éxtasis. Puede estar disminuida, también sin causa orgánica, y por lo cual las características de la percepción son menos vivaces o nítidas que lo normal (hipoestesia), de tal manera que en la sensibilidad general llega hasta la analgesia; en la esfera visual que todo aparezca pálido y gris.

2.2 En cuanto a la cualidad, se dan anormalidades por la generalización o falta de uno o más de los caracteres perceptivos como sucede en la xantopsia y cloropsia por altos niveles de xantopsina o bilirrubina circulante, o en la visión coloreada como consecuencia del consumo de sustancias psicodislépticas, o en la ausencia de la visión de un color como ocurre en la ceguera cromática o daltonismo; especial mención merece la sinestesia que es la unión en un mismo órgano sensorial de la propia respuesta perceptiva y de otra ajena, como sucede en la audición coloreada. Se presenta en personalidades impresionables o artísticas o bajo el efecto de sustancias alucinógenas como la mescalina. Se denominan alucinaciones funcionales

o reflejas, generalmente auditivas, las que aparecen en relación a determinados estímulos reales como ser el ruido de un motor en funcionamiento, el canto de un ave, el ruido de una canilla que gotea agua. Desaparecen al cesar el estímulo real. Se presentan en la esquizofrenia y en la psicosis debida al alcohol con mayor frecuencia.

2.3 En cuanto a la forma espacial, están las dismegalopsias y sus variedades como las micropsias, macropsias y metamorfopsias que se caracterizan porque los objetos se perciben más pequeños, más grandes o con modificaciones simultáneas de la forma y el tamaño en el mismo objeto, respectivamente; todos estos trastornos se producen cuando hay lesión cerebral o en casos de delirium tremens o bajo el efecto de sustancias psicodislépticas; la diplopia y la polipopia, en que el objeto visual se duplica o multiplica en más de dos; son frecuentes cuando existen problemas retinianos, de acomodación y convergencia o por lesiones del lóbulo temporal (epilepsia).

2.4 Pseudopercepciones. Son alteraciones que consisten en percibir objetos que no existen en la realidad o, si existen, adquieren apariencia distinta o extraña. A las primeras se les denomina alucinaciones, que pueden presentarse en cada órgano de los sentidos, siendo las más frecuentes las auditivas, que varían desde sonidos elementales hasta pseudoperceptos de contenidos melódicos, musicales o voces humanas perfectamente organizadas; las voces que oyen los esquizofrénicos o las que se presentan en la alucinosis aguda de los alcohólicos son ejemplos característicos. También pueden estar presentes en los deprimidos y hasta en los maníacos. Los contenidos alucinatorios auditivos son muy variables en contenido: persecutorios, denigrantes, acusatorios, mandatorios, comentadores; raramente halagüeños.

Las alucinaciones visuales también van de las simples a las complejas: fotopsias o fomas a fantopsias hasta verdaderas escenificaciones. Las alucinaciones extracámpicas son las que se presentan fuera del campo visual; próximas a éstas, están las cogniciones corpóreas que consisten en la certidumbre de la existencia de algo o alguien con carácter de percepción real detrás o arriba del sujeto. La convicción puede tener carácter delusivo o no; las hipnagógicas y las hipno-pómpicas son las que suceden antes de conciliar el sueño o al momento de despertar, respectivamente; las negativas, que se refieren a la ausencia de visión de objetos presentes como sucede en trastornos disociativos que antiguamente se calificaban de histeria (escotoma intencional por factores psicógenos).

Las alucinaciones del gusto y olfato son menos frecuentes y diferenciadas; se presentan en el aura de la epilepsia, especialmente la psicomotora, y en algunos esquizofrénicos que relatan el envío de olores o sabores.

En la sensibilidad general se encuentran las alucinaciones táctiles (hápticas) que se refieren a sensaciones cutáneas indiferenciables de las corporales en que los pacientes informan que los tocan, los sujetan, los soplan, los queman, les pinchan, les hacen cosquillas, los sierran, los estrangulan, los siegan, experimentándolas con dolor o sin él. También la sensación de ser calentados y de ser enfriados (alucinaciones térmicas) o de ser humedecidos (alucinaciones hígricas). Las primeras, frecuentes en esquizofrénicos y, las segundas, en las psicosis orgánicas. Las denominadas alucinaciones cenestésicas a partir de las táctiles que se refieren a la sensación de estar petrificado, desecado, reducido de tamaño, vacío, hueco, de creerse por dentro de oro o de piedra. El cuerpo recibe corrientes eléctricas, rayos o fluidos diversos. Con frecuencia afectan a los órganos genitales y hay extracción del semen, masturbación y vivencias de coito.

También, en esta esfera, se presentan alucinaciones del esquema corporal que van desde considerar que el cuerpo crece de tamaño o disminuye, se desfigura se hace más grueso, más pesado, más ligero hasta que sólo partes del cuerpo cambian de forma y tamaño. La pseudolevitación, como la sensación de ingravidez que el paciente interpreta como "capacidad de volar". La autoscopia, fenómeno ilusorio raro, consiste en la visión del propio cuerpo o parte de él, interna o externa, como un doble o imagen en

espejo. Estas alteraciones están presentes en esquizofrénicos, en el síndrome de Cotard y en depresivos melancólicos, también bajo el efecto de sustancias tóxicas para el SNC.

Las ilusiones, la otra gran categoría de las pseudopercepciones, consisten en la errónea percepción por deformación del estímulo y que puede ser fácilmente corregible por el sujeto, pero que en el paciente, especialmente en el psicótico puede no suceder así. Las alucinaciones pueden presentarse en cada uno de los órganos de los sentidos, siendo más frecuentes las visuales, las auditivas y las cenestésicas. Las ilusiones no necesariamente entrañan patología psíquica y suelen presentarse por fallas en la atención o bajo tensión emocional; asimismo, cuando hay miedo, angustia o fatiga (oír ruidos como voces o sombras como personas o animales amenazantes). Las ilusiones pueden estar presentes en algunos síndromes depresivos, en estados confusionales y en muchos complejos delirantes, pero su valor clínico es limitado. La paraidolia, afin al fenómeno ilusorio, consiste en la percepción de figuras estáticas o móviles en campos pobremente estructurados como sucede en las nubes, en viejas paredes, en alfombras o en manchas en los muros. Otro tanto puede suceder con ruidos monótonos que se tornan musicales. Estos fenómenos se viven con reconocimiento de su cualidad de erróneo; hay, pues, conciencia de realidad. En el delirium febril, por ejemplo, pueden acentuarse las paraidolias hasta hacer desaparecer al objeto real, es decir, la paraidolia se transforma en ilusión.

3. Formas de exploración

Fundamentalmente a partir del comportamiento y del interrogatorio. La actitud de escucha, las musitaciones, los gestos y ademanes cuando están a solas, acciones como coger algo invisible, mirar con atención aquí y allá o la utilización de tapones en los oídos, por ejemplo, son claros indicios de alteraciones perceptivas. Comprobadas estas alteraciones, es conveniente precisar si se acompañan de compromiso del sensorio o están en relación con determinado estado de ánimo o si ocurren en completa lucidez. Los contenidos pseudoperceptivos son importantes determinarlos tanto en su aspecto formal como en lo temático; así mismo, las circunstancias en que aparecen o desaparecen: fatiga, silencio, oscuridad, distracción. Tener en cuenta la conciencia de anormalidad o no de este tipo de fenómeno. En los pacientes reticentes muchas veces es necesario partir asumiendo que existen pseudo-percepciones y en el interrogatorio afirmar: "las voces que Ud. escucha..." Otro tanto sucede con los esquizofrénicos de larga data, o en el agudo muy explorado, que tratan de disimularlas al percatarse del interés del entrevistador.

PENSAMIENTO

1. Definición

Proceso complejo por el cual se aprehende un objeto o un aspecto de un objeto o situación. Así, juzgar, abstraer, concebir, razonar y, en sentido amplio, imaginar, recordar y anticipar son formas de pensar. Tener en cuenta que los procesos perceptivos antes que antagónicos son suplementarios en un acto cognoscitivo dado. El pensamiento se reconoce a través del lenguaje oral, escrito o mímico.

2. Alteraciones

Las alteraciones del pensamiento pueden ser en el contenido, en el curso o progresión y en lo formal o intrínseco:

2.1 Contenido. El Pensamiento delusional o delirante es aquel que se relaciona, especialmente, con la alteración del juicio, es decir, con la creencia o el saber erróneo e inmodificable pese a los argumentos lógicos en contra. Cuando esta forma de pensamiento se presenta sin antecedentes o precipitantes, inmediatamente reconocibles, se denomina delusión o delirio y cuando deriva de una experiencia mórbida, perceptiva o afectiva frecuentemente se designa como idea delusiva, delusión secundaria o delirio secundario.

La convicción delusional puede aparecer de un modo súbito o desarrollarse paulatinamente a partir de un temple o estado de ánimo delusional caracterizado por un sentimiento de alarma, de que algo va a suceder sin saberse cómo ni cuándo, que existe un significado no precisado en el mismo y en su entorno (amenaza, sospecha, desconfianza, conmoción, horror, inseguridad, agobio, perplejidad, expectativa angustiada) llamado Trema por Conrad. Cuando cristaliza la delusión y llega a constituir una estructura coherente cerrada en sí misma, se trata entonces de un sistema delusional. Los temas son muy variados y algunos caracterizan determinados síndromes o entidades psicopatológicas; así, en los deprimidos aparecen ideas delusivas de ruina, culpa, acusación, minusvalía; en los paranoides las de persecución, referencia, alusión, daño; alcurnia, grandeza, megalomaniacas en general, en los episodios maníacos; negación, nihilista, de enormidad, especialmente, en el síndrome Cotard y en algunas esquizofrenias; místicas, religiosas, mesiánicas, eróticas, en los esquizofrénicos hebefrénicos y paranoides; de reforma, de querrela o reivindicación y celotípicas, en los paranoicos. Adquiere un valor clínico importante para el diagnóstico de esquizofrenia cuando el tema es raro y extraño y la claridad de la conciencia está conservada. Puede presentarse, también, en los trastornos orgánico cerebrales (Alzheimer) o en las psicosis tóxicas, como sucede con el delirio dermatomórfico de la intoxicación cocaínica o en el síndrome paranoide producido por la anfetamina. Asimismo, la interpretación delusiva es frecuente en los trastornos de conciencia y en las psicosis afectivas.

Pensamiento obsesivo. Se refiere a pensamientos, representaciones o grupos de pensamientos que ejercen un dominio sin motivo sobre la mente y que, en reaparición constante e inoportuna, tienen tendencia a la repetición infinita y a la incoercibilidad, a pesar del esfuerzo voluntario para desecharlos. La lid que se entabla entre las representaciones o pensamientos y el normal fluir de éste provoca un tono afectivo altamente angustiados. La obsesión como resultante es vivida con conciencia de falsedad o, por lo menos, de inutilidad y siempre con la convicción de que no es sugerida del exterior, padeciéndose, además, a plena lucidez de conciencia. Los temas obsesivos son muy variados y estarán de acuerdo a la jerarquía de valores del sujeto y a su actividad preeminente del momento.

Lo más valioso entra en conflicto obsesivo (antinomia); para unos, los de mayor valor serán la salud, la moral, la religión, la sexualidad, la existencia, la filosofía; para otros, lo absoluto, los números, el orden, la limpieza o la verificación. En todo caso son casi siempre de tipo negativo: tristes, crueles, angustiantes, deprimentes, atormentadores, odiosos, espantosos, penosos; nunca alegres ni felices. Estos temas se convierten en preocupaciones exclusivas llevando a la duda que obliga a la repetición interminable que en el caso del acto, se denomina compulsión, es decir, el pensar que no se ha ejecutado bien un acto simple o complejo que obliga a recomenzarlo o repetirlo en su totalidad. El lavado repetido de manos es una de las compulsiones más frecuentes. La duda compulsiva conforma

la famosa locura de la duda. En la clínica el fenómeno obsesivo se presenta acompañando a la depresión melancólica, a la esquizofrenia, a algunos síndromes orgánico cerebrales como el epiléptico y por sí solo, constituye la anteriormente llamada neurosis obsesiva y ahora denominada trastorno obsesivo compulsivo.

Pensamiento Fóbico. Es aquel que está constituido por ideas que aparejan temores irracionales a objetos, situaciones o seres vivientes cuya presencia real, y a veces imaginada, provoca angustia que puede llegar hasta el pánico. El sujeto reconoce como anormal su respuesta. En la actualidad su clasificación se ha simplificado en tres grupos:

a) **Agorafobia.** Es el temor de estar o sentirse solo en lugares públicos y donde podría tener dificultades para escapar o ser auxiliado en caso de súbita incapacidad. Ello motiva una conducta evitativa. Por lo tanto, las muchedumbres, los grandes almacenes, los cines, se tornan objetos fóbicos. Además, el agorafóbico puede tener miedo de estar solo o de apartarse de su fuente de seguridad y, por ello, sentirse indefenso o incapaz de huir.

b) **Fobia Social.** La característica fundamental es un miedo persistente e irracional a las situaciones en que el sujeto puede verse expuesto a observación o evaluación por parte de los demás, con un deseo apremiante de evitar tales situaciones. También existe miedo a comportarse de una manera humillante o embarazosa. Los ejemplos incluyen hablar o actuar en público, utilizar los urinarios o lavabos comunales, comer en público y escribir en presencia de otras personas.

c) **Las Fobias Simples.** Constituyen una categoría residual una vez excluidas las dos anteriores. Los objetos temidos son a menudo animales (insectos, reptiles, ratones) y situaciones (claustrofobia o miedo a los espacios cerrados, aunándose una acrofobia o temor a las alturas, por ejemplo).

Desde el punto de vista clínico las fobias son manifestaciones de los trastornos de ansiedad en las clasificaciones actuales. La agorafobia es más frecuente en las mujeres. La fobia social suele empezar al final de la infancia o al principio de la adolescencia. (Muchos individuos normales tienen dificultades de hablar en público, pero sólo será fobia social a menos que la ansiedad y el miedo provocado se considere excesivo e irracional, con conducta de evitación). Como síntoma puede

estar presente en la melancolía, en la esquizofrenia y constituir por sí sola la llamada anteriormente neurosis fóbica y ahora trastorno fóbico.

Ideas sobrevaloradas. Son pensamientos en que el aspecto afectivo del convencimiento predomina sobre el racional, de manera que éstos tienen un lugar privilegiado en la vida del sujeto llegando a

orientar unilateralmente su conducta. Normalmente este tipo de ideas se encuentra entre los políticos, artistas, religiosos o los partidarios de un club deportivo ("hinchas"). Cuando estos contenidos ideicos se manifiestan como una prolongación de la personalidad se constituye la llamada personalidad del fanático. Las ideas sobrevaloradas de tipo hipocondriaco son las más comunes y acompañan con mucha frecuencia a los estados depresivos, en oportunidades a la esquizofrenia, en su comienzo, y a la patología de la tercera edad.

2.2 Curso o progresión. La disgregación del pensamiento consiste en la asociación laxa, distante o ilógica de pensamientos entre sí que tornan incomprensible su sentido racional o emocional a pesar que el paciente elabore frases que, siendo adecuadas por separado, no están relacionadas consecuentemente y, por lo tanto, el razonamiento no llega a una conclusión veraz. Cuando la disgregación no es muy marcada puede pasar inadvertida en el lenguaje hablado, pero fácilmente objetivable en el escrito. En otras oportunidades puede ser tal que el discurso se componga de palabras aisladas o fragmentarias, condensaciones de ellas, neologismos o solamente sílabas, constituyendo una ensalada de palabras, como llaman algunos a esta alteración extrema.

Características similares se observan cuando hay trastornos de conciencia, especialmente cuando ésta oscila entre el entorpecimiento y la lucidez, llamándose entonces pensamiento incoherente. La disgregación está presente en la excitación psicomotora y en sujetos normales bajo gran tensión emocional. En los procesos esquizofrénicos tienen valor diagnóstico cuando no hay alteración en el nivel de la conciencia.

Pensamiento inhibido o lentificado. Es manifestado por el paciente como una dificultad en su fluidez; las asociaciones son escasas y existe una franca dificultad en la elaboración mental con una pobre variedad ideacional que, sin embargo, con esfuerzo logra un pensamiento completivo. Este trastorno es frecuente en las llamadas depresiones inhibidas y se presenta, también, en los compromisos de conciencia, en los síndromes psicorgánicos y en algunos esquizofrénicos preocupados y afligidos.

Aceleración del pensamiento y fuga de ideas (pensamiento ideofugal). Aquí la asociación y la facilidad de pasar de un tema a otro se oponen a la alteración anterior, y se transforma en fuga de ideas cuando pierde la dirección hacia la meta inicial que lo originó, o se cambia con frecuencia hacia otras, por interurrencias externas o internas intercaladas, que la distraen constantemente o por la superficialidad y fugacidad de las asociaciones, muchas veces sólo por asonancia o contiguidad que no permiten la completividad del razonamiento. Esta alteración asociada a la verborrea y el ánimo eufórico es muy característica de los episodios maníacos. Presente en cuantía menor en los estados expansivos, hipomaniacos y en las diversas embriagueces de grado moderado. La fuga de ideas extrema por un mecanismo inverso al pensamiento inhibido y exceso de asociaciones, puede llegar, como éste, al mutismo.

Pensamiento prolijo o circunstancial. Tiene como fundamento la mengua de la capacidad de síntesis y, por lo tanto, no distingue lo esencial de lo accesorio, elaborando un discurso cargado de minuciosidades y detalles que intervienen en los acontecimientos, pero que alargan innecesariamente el relato, aunque no se pierde el sentido principal, llegando finalmente a conclusiones precisas y concordantes con la realidad. Presente en los trastornos orgánico cerebrales como las demencias y las epilepsias deteriorantes, y en las personalidades con rasgos pedantes.

Bloqueo o interceptación del pensamiento. La fluidez se detiene bruscamente por la falta, en ese momento, de asociaciones consecuentes que le permitan continuar el discurso que, pasado un breve lapso, puede ser reanudado con el mismo u otro tema. A diferencia de la ausencia, este trastorno se produce con la conciencia clara y el sujeto se percata y explica su dificultad. Presente, especialmente, en los esquizofrénicos catatónicos; también, en los estados de perplejidad o de terror, y durante el sentimiento de vacío de los deprimidos y esquizofrénicos en general.

2.3 Formales o intrínsecos. Pensamiento esquizofrénico. Se rige por una serie de características como que el sujeto "piensa mayormente en términos más concretos, realistas y factuales y como consecuencia las cosas tienen un valor más personal que simbólico" (Kassanin). De otro lado, el pensamiento no tiene una organización lógica normalmente sindética y sí utilización de metónimos y expresiones idiosincráticas con interpenetración y sobreinclusión de temas. De esta manera se puede tipificar, entre otras, las alteraciones siguientes:

Pensamiento autístico o dereístico, en el que el mundo subjetivo (recuerdos, vivencias, ensueños o producciones anormales como las alucinaciones) se impone sobre el objetivo, haciendo caso omiso de la realidad presente aunque la percibe correctamente. Afines o derivadas de esta alteración están el simbolismo primitivo, el poder mágico del pensamiento y la palabra, la reificación o concretismo de lo mental y la participación en el alma ajena y en el ser de las cosas.

Enajenación del pensamiento. Implica que éste escapa al control del sujeto perdiendo su autonomía y son sus variedades los pensamientos hechos o introducidos, la substracción (robo), la publicación del pensamiento y el eco del pensamiento, entre otras.

Ambivalencia. Consiste en referir juicios opuestos sobre un mismo sujeto, objeto o situación en un mismo momento. Por ejemplo "José está vivo pero está muerto".

Adjudicación de significaciones adventicias. Las palabras y conceptos adquieren denotación distinta de la habitualmente aceptada.

Otra alteración intrínseca es el pensamiento deficitario u oligofrénico, caracterizado por una estructura rudimentaria donde los conceptos son escasos, la abstracción y generalización, siempre difíciles, lo son aún más cuando se trata de lo que está relacionado con sus propias y elementales necesidades. Precaria tanto la comprensión cuanto la explicación de los hechos por la no distinción entre causa y efecto, todo y partes, y realidad y fantasía.

Pensamiento demencial. Comparte muchas de las características del anterior, pero es adquirido. No es homogéneo en su producción, pues al lado de fallas notables se logran aciertos notables, indicando que en algún momento el funcionamiento fue normal; sin embargo, estos aciertos no tienen mayor continuidad. Asimismo, al lado de la pérdida de las capacidades mentales superiores se comprueba un menoscabo de la memoria, atención y expresión verbal con una tendencia a la repetición.

Neologismos. Consisten en la formación de nuevas palabras a base de uniones, de una parte de un vocablo con una parte de otro, y las cuales adquieren un significado especial. Los neologismos son propios de los esquizofrénicos, pero pueden presentarse en personalidades histriónicas o pedantes con el objeto de llamar la atención por una supuesta originalidad; también en los deficientes mentales por mal uso de las palabras.

3. Formas de exploración

A través de la entrevista y de un ordenado, pero no incisivo interrogatorio, se logran los mejores resultados. El discurso espontáneo permite valorar la riqueza asociativa y conceptual, la consistencia y profundidad de los raciocinios o temas tratados, ordenados y congruentemente en relación a los intereses, necesidades o el nivel cultural del sujeto. Asimismo, a pesar de la dificultad o la facilidad de producción ideica, no hay que dejar pasar por alto la ideación paranoide en pacientes recelosos, desconfiados o egocéntricos con preguntas acerca de sus relaciones con la gente en general o los compañeros de trabajo y estudio. Preguntar si considera que alguien o algunos tienen interés en perjudicarlos, burlarse, criticarlos o envidiarlos; si son dueños de su pensamiento, o si existen fuerzas o personas que se apoderan, sustraen o publican su pensamiento (enajenación); asimismo, si se cree que lo observan, acosan o persiguen o si hay personas que lo malquieren. No dejar de preguntar tampoco, en sujetos de ánimo alegre o expansivo, acerca de la posesión de riquezas, abolengo, proyectos a ejecutar, aumento de las capacidades intelectuales o físicas. Otro tanto hay que precisar en alguien de humor triste, respecto a ideas de culpa, reproche, temor al castigo divino o de la justicia por actos supuestamente deshonorosos o perjudiciales a terceros, por ejemplo. Tampoco dejar de formular preguntas en relación a obsesiones y fobias en sujetos rígidos, ordenados y escrupulosos, preguntándoles si hay ideas o pensamientos difíciles de erradicar de la mente, tendencia a repetir actos para comprobar su exactitud o si existen temores infundados a objetos o situaciones que se reconocen inofensivos.

La calidad final del pensamiento puede sopesarse a través de pruebas simples como hallar diferencias y similitudes o dar el significado a refranes conocidos. De otro lado, para el análisis funcional del pensamiento existen pruebas especialmente diseñadas como las de Jung, Zucker, Hanfmann-Kassanin y la de Wechsler misma.

INTELIGENCIA

1. Definición

Capacidad para resolver con buen éxito situaciones nuevas por medio de respuestas adaptativas. Esta capacidad implica la utilización de una serie de funciones psicológicas con primacía del pensamiento.

2. Alteraciones

Las alteraciones de la inteligencia comprenden:

2.1 Retardo o deficiencia mental. Es el funcionamiento intelectual por debajo del promedio general que se origina durante el período temprano del desarrollo. Para la OMS existen dos categorías: el retardo mental propiamente dicho, debido fundamentalmente a causas ambientales y sin alteración del SNC; y la deficiencia mental debida a padecimientos del SNC. La clasificación del retardo mental se basa, especialmente, en los resultados de la aplicación de pruebas psicométricas, para lo cual el concepto de cociente intelectual (CI) es preponderante.

Entiéndese por CI a la relación entre la edad mental (EM) obtenida en la prueba aplicada, y la edad cronológica (EC) en años de edad cumplidos por el examinado. El resultado se multiplica por cien para obtener el porcentaje de donde se obtiene la fórmula de $CI = EM/EC \times 100$.

Se considera el CI de 100 como normal. La OMS preconiza, tomando este criterio, la clasificación siguiente: retardo mental leve, cuando el CI varía entre 50-69; moderado, entre 35-49; severo o grave, de 20-34; y profundo, cuando el CI es menor de 20. Generalmente, los dos últimos se acompañan de padecimientos del SNC. De otro lado, aunque la clasificación psicométrica es útil, el concepto de adaptabilidad social, pese a no tener una medición precisa, es posiblemente más confiable, ya que muchos niños con CI bajo funcionan bien como adultos debido a un buen ajuste social, mientras otros con CI con menor menoscabo terminan en los hospitales u otras instituciones debido a su conducta aberrante. Son, también, útiles la consideración de entrenables y educables. Los primeros, están comprendidos entre los que poseen un CI entre 20 y 34, que se benefician con programas especiales para que puedan cuidarse por sí mismos y realizar tareas sencillas. Los retardos comprendidos entre los CI: 35-69 son educables, a través, también, de programas especiales, llegando a participar en grado suficiente para adquirir pericia vocacional en tareas necesarias para su automantenimiento. Los retardos con menos de 20 de CI tendrán que depender por completo y ser cuidados durante toda su vida.

El retardo mental puede ser consecuencia de lesión del SNC de diverso origen, y de un aspecto muy especial y frecuente entre comunidades primitivas o estratos económicamente desamparados, cual es la privación psicosocial. (Ver Capítulo 11).

2.2 Demencia. Es el deterioro de las funciones mentales previamente normales, que se manifiesta principalmente en el menoscabo de la inteligencia, el pensamiento, la atención y la memoria; secundariamente en la afectividad y la conducta. Este disturbio es susceptible de comenzar en cualquier época de la vida: infancia, niñez, adolescencia, adultez y con mucha mayor frecuencia en la senescencia. La distinción entre retardo mental y demencia infantil no siempre es fácil; sin embargo, si se considera que el retardo mental es congénito o adquirido precozmente (período natal o perinatal), entonces todos los disturbios psíquicos deficitarios graves de naturaleza orgánica, precedidos por una etapa de años, en el cual el niño desarrolló y se comportó de acuerdo a su edad cronológica, debe incorporarse a los disturbios demenciales. En cambio, el llamado síndrome deficitario de la atención o daño o disfunción cerebral mínima no se acompaña de reducción o retardo intelectual y, en consecuencia, no es una demencia, a pesar de las serias dificultades de aprendizaje exhibidas por estos pacientes. A la esquizofrenia también se le achaca una forma demencial.

3. Formas de exploración

Una buena apreciación de la inteligencia se obtiene a través del estudio del pensamiento. La llamada inteligencia medida es aquella que se obtiene por intermedio de pruebas elaboradas especialmente con ese fin, que varían en complejidad, de acuerdo a la conceptualización acerca de la noción de inteligencia. Así, el Raven o Prueba de Matrices Progresivas está saturado del factor "g" de Spearman. La prueba de Weschler o Escala de Bellevue (WAIS para adultos y WISC para niños) consta de una serie de subtests que evalúan funciones como la memoria, la formación de conceptos verbales, la capacidad de análisis y síntesis, la concentración, la atención, la anticipación, la coordinación visomotora y la organización visual. La importancia de esta prueba radica no sólo en la obtención de un nivel o de un CI de acuerdo a lo esperado para una edad determinada, sino en el estudio funcional de la inteligencia por la discordancia o concordancia de los diferentes subtests. Útil por lo tanto, también, para la exploración de las demencias.

MEMORIA

1. Definición

Función de recordar o revivir una experiencia pasada con conciencia más o menos definida de que esa experiencia, denominada recuerdo, es reproducida. De otro lado, la memoria comprende por lo menos cuatro procesos diferentes:

1.1 Memorización y fijación (memoria anterógrada).

1.2 Conservación de la información.

1.3 Recuerdo o evocación (memoria retrógrada).

1.4 Reconocimiento.

2. Alteraciones

2.1 Cuantitativas. Las hipermnésias consisten en un aumento extraordinario de la capacidad recordatoria muchas veces cuajado de hechos triviales. Se presentan en las psicosis agudas, en los estados excitatorios y febriles, en los estados crepusculares de origen epiléptico o histérico (disociativo) y en los trances de muerte inminente. Las amnesias se definen de manera general como la pérdida de la función memorística; éstas pueden referirse a la evocación y estar en relación a la extensión y al contenido. Así, habrá una amnesia masiva cuando compromete grandes porciones del pasado o de todo él; otra, que sólo compromete grandes porciones limitadas y corresponden a la amnesia lacunar; o selectiva, cuando el olvido se refiere a determinadas informaciones relacionadas entre sí, aunque pertenezcan a diferentes épocas de la vida del sujeto. Si se tiene en cuenta la evolución, la amnesia puede ser reversible, progresiva o irreversible. La causa de la amnesia puede ser orgánica como sucede en los traumatismos encefalocraneanos, las enfermedades infecciosas, vasculares, tumorales, tóxicas o degenerativas cerebrales y que pueden tomar cualesquiera de los tipos descritos. Como dismnésias, se conocen las hipomnesias que pueden estar en relación a la dificultad de mantener nuevas informaciones: dismnésia de fijación o dificultad para evocar de nuevo los hechos u objetos que antes se recordaban con facilidad. La de fijación se comprueba en el paciente que no puede mantener en la memoria datos sencillos como nombres, cifras, pequeños sucesos, inclusive a los pocos minutos de haber recibido la información, pero los puede recordar pasadas unas horas o días. Se presenta en los estados depresivos, en los síndromes ansiosos, en las demencias incipientes, cuando hay disminución del nivel de vigilancia o de la atención y en los síndromes donde predomina la apatía; la dismnésia de evocación es la dificultad para recordar en el momento oportuno datos que antes se evocaban adecuadamente, pero estos recuerdos pueden aparecer en otras circunstancias sin esfuerzo alguno. Se presenta en similares situaciones que la anterior.

2.2 Cualitativas. Las paramnesias son fallas en el proceso de reconocimiento, localización y evocación, pero desde el punto de vista de la calidad. Así, en cuanto al reconocimiento están los fenómenos del *déjà vu* y *déjà vécu* que se caracterizan porque el sujeto tiene la sensación de haber visto o haber experimentado respectivamente con anterioridad el lugar o la situación en que se encuentra en ese momento, aunque no categóricamente; la variante *jamais vu*, impresión de no haber visto o estado anteriormente en el lugar, en que se encuentra y que de hecho le es harto conocido, se comprueba como los anteriores en pacientes histéricos y en los momentos previos a la crisis temporales. El falso reconocimiento es la atribución de la calidad de conocido con certidumbre a un objeto o situación percibido o no por primera vez. En algunos pacientes esquizofrénicos es posible comprobar que consideren a extraños como amigos o parientes y negar firmemente que sus amigos o parientes sean tales y sí, más bien, impostores o dobles. Este último síntoma corresponde al síndrome de Sosias o de Capgras. Las confabulaciones son falsos recuerdos de sucesos verosímiles que el sujeto considera que realizó o presenció, muchas veces a partir de la insinuación premeditada del examinador, como sucede en los pacientes con trastornos globales de la memoria evocativa o cuando predomina la alteración de la fijación en la presbiofrenia o el síndrome de Korsakov, en el que las fantasías suplen los recuerdos.

3. Formas de exploración

Esta puede comenzarse preguntando directamente si se ha vuelto olvidadizo; de contestar afirmativamente se confrontará luego con los resultados de los exámenes. Si está presente un defecto de memoria se debe precisar si es difuso, circunscrito, constante o variable. Si el compromiso es para la memoria reciente o remota y si se acompaña de otros disturbios del funcionamiento intelectual. Si el defecto de memoria es circunscrito, debe aclararse si está en relación a situaciones específicas personales como el matrimonio o la identidad personal. Tener en cuenta que el paciente tiende a soslayar el déficit recurriendo a la evasión, a generalizaciones o llenando los vacíos con material fabricado como sucede en las confabulaciones. Buenos datos de memoria retrógrada se obtienen en la revisión de los hechos cronológicos de la historia personal como los aniversarios, comienzo y fin de los estudios y de los trabajos, lugares de residencia y edades de los hijos, por ejemplo. Pruebas simples como la retención de un nombre, un color y una dirección, inmediatamente y después de 5 a 10 minutos, permiten explorar la memoria de fijación, retención o memorización. Para la memoria inmediata se puede utilizar la repetición de series numéricas (series de dos a ocho dígitos a la velocidad de uno por segundo) que deben ser repetidos por el sujeto en cuanto finaliza su enunciado; los números escogidos no deben estar en su orden natural ni sugerir fechas históricas conocidas.

ACCIÓN

1. Definición

Se refiere, especialmente, a la actividad exterior, visible y hasta cuantificable, pero en íntima relación con la actividad interior del organismo. Comprende, fundamentalmente, la conducta motora.

2. Alteraciones

Las alteraciones de la acción pueden ser:

2.1 Cuantitativas. Comprende la agitación y el estupor con sus estadios intermedios. La agitación se refiere al aumento patológico de la actividad motriz, muchas veces acompañada de la psíquica. Esta actividad puede ser más o menos organizada o francamente desorganizada. El aumento patológico de la actividad motriz puede estar o no acompañada de hiperactividad mental, como se presenta en la llamada inquietud ansiosa; exaltación, cuando a un grado menor de actividad motriz se agregan síntomas psíquicos como la euforia, las ideas megalomaniacas y el pensamiento ideofugal tal cual se observa en la hipomanía; agitación propiamente dicha, cuando existe una hiperactividad tanto motriz cuanto psíquica, pero mucho mayor que en las anteriores y que obliga al empleo de medios de contención, especialmente, farmacológicos en la actualidad; furor, que es el grado extremo de la agitación y se manifiesta con tendencias destructivas y agresivas. Aunque esta alteración forma parte de diversos síndromes, las características estarán en relación a la etiología; así, se puede distinguir la agitación catatónica que puede sobrevenir después de un estado de estupor, presentándose bruscamente con actos incoordinados, violentos, repetitivos e inconsecuentes entre ellos mismos que el paciente realiza sin fin premeditado; los actos resultantes son peligrosos para él y para los demás.

Cuando es de etiología esquizofrénica se acompaña de los síntomas fundamentales de esta enfermedad; la agitación delusional está constituida por un tipo destructivo, agresivo o defensivo, conducta que se realiza sobre los objetos y personas que rodean al paciente, pero en estrecha relación con la interpretación delusiva de éste acerca de la realidad circundante. La violencia está en relación al contenido delusional de daño o de persecución y la organización conductual al grado de claridad de la conciencia; generalmente se presenta en forma de crisis; la agitación ansiosa se caracteriza por los actos repetitivos, especialmente, de traslación u otros movimientos del cuerpo y sin actuar sobre los objetos o personas que lo rodean. Esta actividad improductiva la refiere el sujeto a su intranquilidad interior. La agitación tiene, también, características especiales en las psicosis tóxicas y sintomáticas, en la epilepsia y en trastornos disociativos en que se muestra por episodios dominados por una tendencia precisa: fuga con terror, agresividad o erotismo, respectivamente, por ejemplo.

El estupor se refiere a la ausencia patológica de movimientos (inmovilidad patológica) sin respuesta a los estímulos habituales y se acompaña o no de alteraciones del tono muscular. Su duración es variable, entre horas, días o semanas. Un grado menor de estupor se denomina inhibición. Aquí, como en la agitación, la etiología es muy variada. Así, se describe el estupor orgánico producido por la encefalitis, el tumor cerebral u otra condición similar y corresponde a un verdadero apagamiento de toda actividad psíquica, amén de la correspondiente sintomatología neurológica. El estupor disociativo (histérico), llamado, también, psicógeno o estado cataléptico, se caracteriza porque junto con la inmovilidad patológica no se encuentra resistencia negativista ni hipertónias musculares y cuando más una ligera hipotonía. Si se le impone al paciente una posición forzada o incómoda, no la mantiene por largo rato, tomando espontáneamente otra más habitual. Generalmente permanecen con los ojos cerrados. La expresión facial es de indiferente placidez y conformidad o de asombro y extrañeza, pero no de temor. Existe mutismo. El estupor melancólico, caracterizado por una facies de profunda tristeza, mutismo completo y aunque la inmovilidad es extrema, habitualmente el paciente se levanta para realizar sus necesidades elementales. El rechazo a la ingestión de alimentos es también completo. Su comienzo no es súbito sino que se instala después de un período más o menos prolongado en un paciente que ha tenido un estado depresivo. El estupor maniaco llega a la inmovilidad consecutiva a una fase de hiperactividad o de agitación. Se distingue la variabilidad de los estados afectivos por los que atraviesa el sujeto aunque de manera fugaz, por su expresión facial; otras veces por los movimientos oculares o los intentos de hablar (fuga de ideas puramente psíquica). El estupor catatónico es el estupor por excelencia. La actividad motora presenta grados diversos que van desde empobrecimiento y lentificación de los movimientos hasta la pérdida total de ellos. En los grados más marcados se acompaña, habitualmente de hipertonia muscular, o de pseudoflexibilidad cérea (el paciente mantiene la postura en que se le ubique por incómoda que sea como si su cuerpo fuera de cera). Las manifestaciones verbales espontáneas son escasas y lacónicas o faltan en absoluto. El discurso reactivo tiene las mismas características, pero por la expresión facial se aprecia que ha comprendido el lenguaje del interlocutor. En otras circunstancias la facies del estuporoso puede denotar más bien un ánimo placentero indiferente y, al mismo tiempo, de comprensión pasiva de los acontecimientos que se producen en su alrededor. Otras veces concuerdan con los contenidos alucinatorios y delusionales, especialmente si el estupor es de origen esquizofrénico. Éste tiene una gradación creciente, desarrollándose con bastante rapidez (días o semanas) y su duración puede ser hasta de meses. La recuperación es, también, gradual, aunque un poco más rápida. Otras veces el curso es oscilante con períodos de exacerbación y disminución de síntomas. En oportunidades, en plena fase estuporosa profunda aparecen cortos períodos, casi siempre nocturnos, que duran minutos u horas, en el curso de los cuales aminoran y hasta desaparecen los síntomas; luego vuelve a la fase estuporosa profunda.

De otro lado, es importante reconocer lo que se denomina abulia, que sería la incapacidad absoluta para culminar un acto voluntario (no necesariamente de movimientos) por falta de decisión, especialmente, para los actos voluntarios superiores; puede ser transitoria o permanente. Como hipobulia, mas frecuente, se considera la mengua o disminución de la capacidad resolutive o la dificultad para la iniciativa motora. Presente en sujetos normales cuando el trabajo ha sido excesivo o la fatiga es intensa. En la patología mental se comprueba en los estados depresivos, al comienzo de la esquizofrenia y en el curso de éstos, como uno de los signos negativos de la enfermedad; en las intoxicaciones crónicas y en los síndromes ansiosos de larga data.

2.2 Cualitativos. Hay que considerar los denominados impulsos irresistibles que consisten en la ejecución irrefrenable de algunos actos en forma muchas veces violenta y que escapan a todo control; existe la cleptomanía, que es la apropiación de objetos ajenos sin tener en cuenta el valor pecuniario de éstos; la dromomanía o fuga, que es la aparente necesidad imperiosa de cambiar de lugar o alejarse del medio habitual; la piromanía que es el impulso a producir incendios; y, entre otros, el impulso homicida que culturalmente corresponde al Amok de los malayos. La etiología de estas alteraciones está en relación a desórdenes de tipo epiléptico o histérico como es en la fuga o dromomanía, pero fundamentalmente a personalidades anormales de tipo psicopático.

De otro lado, en el síndrome catatónico se observa una serie de manifestaciones que H. Delgado engloba como iteración anormal o repetición inmotivada, que va de la perseveración a la catalepsia, en la cual se mantiene, por tiempo prolongado, una misma posición o postura, ya sea porque el mismo sujeto la tomó o el examinador se la impuso. Presenta asimismo negativismo, que varía de la abstención a la ejecución del acto contrario de la indicación solicitada; al primero se le denomina pasivo, y activo al segundo. En cambio, en la obediencia automática el paciente realiza pasiva e inmediatamente las indicaciones, sugerencias u órdenes que se le nombren, llegando a ejecutarlas, pese a que entrañen dolor o peligro.

En las reacciones de eco basta que el paciente observe u oiga determinados actos, palabras o frases para que inmediatamente las repita; así, la ecopraxia, será la imitación de los actos que ve ejecutar, especialmente del interlocutor o del sujeto cercano a él; la ecomimia se refiere a la imitación de los gestos y ademanes, y, la ecolalia, a la del lenguaje hablado.

3. Formas de exploración

Especialmente por la observación atenta. Para el efecto hay una serie de escalas, llamadas de conducta, que sirven para ese fin, como la Fergus-Falls, por ejemplo. De otro lado, es indispensable comprobar el tono muscular, la excitabilidad refleja y la temperatura, entre otros, ante un estado estuporoso para descartar cualquier compromiso neurológico.

CONCIENCIA DEL YO*

1. Definición. Saberse a sí mismo como viviente y actuante de manera coherente, certera y autónoma en la realidad y en el tiempo.

2. Alteraciones

2.1 El transítivismo. Es la confusión entre el Yo propio y el ajeno, de tal manera que los pacientes piensan que otros experimentan o hacen aquello que en la realidad sienten o realizan ellos. En los esquizofrénicos se comprueba que sus propios síntomas se atribuyen a una o varias personas sanas: también se observa en intoxicaciones por LSD y otras drogas psicotomiméticas.

2.2 Transformación de la personalidad (o del modo de ser). Va desde la afirmación con el sentimiento respectivo del cambio fundamental de la personalidad, llegando, inclusive, a creer que la anterior ha sido vivida por alguien distinto, como sucede en algunos esquizofrénicos, hasta sólo modificaciones caracterológicas, como ocurre al comienzo de las psicosis y en los procesos psicoterapéuticos. Se observa transitoriamente en las llamadas crisis de la adolescencia o cuando modificaciones en el medio externo obligan a cambios en los roles y status, como sucede al alejarse de la familia, al ingresar al servicio militar, durante el noviazgo, el matrimonio, los estudios profesionales y su culminación.

2.3 Despersonalización. El sujeto se queja de no ser el mismo, pero sin ser una persona distinta. La experiencia pierde su connotación emocional, predominando el sentimiento de extrañeza o irrealidad o que ésta se ha paralizado. Manifiesta que sus pensamientos y actos se suceden mecánicamente. Se acompaña de extrañeza de lo percibido y cambios en la percepción del propio cuerpo. Se presenta en forma de crisis, estados o períodos. Puede manifestarse, transitoria y esporádicamente, en sujetos normales después de estrés o de agotamiento. Se encuentra en los trastornos de angustia, trastornos disociativos, hipocondriacos, estados obsesivos, la melancolía, la epilepsia y en la esquizofrenia, especialmente al comienzo.

3. Formas de exploración

Las modificaciones de la conciencia del Yo pueden ser verbalmente comunicadas por desazón (despersonalización) o dudas (transformación de la personalidad) que producen en el sujeto y, naturalmente, por el interrogatorio. De otro lado, se pueden deducir a partir del comportamiento.

HAMBRE Y APETITO

1. Definición

Se entiende por hambre la necesidad de alimento como una urgencia fisiológica del organismo para salvaguardar la homeostasis, y en relación a la cantidad de nutrientes; en cambio, apetito es la necesidad selectiva de los alimentos, muchas veces más en concordancia a los factores culturales que a los nutritivos.

2. Alteraciones

Las alteraciones del hambre y el apetito comprenden:

2.1 Anorexia. Es la pérdida del hambre o apetito. En la clínica psiquiátrica es más frecuente la hiporexia, de común presentación en las depresiones en general, especialmente en la llamada Mayor, donde es uno de los primeros síntomas en aparecer en forma de fácil saciedad y uno de los últimos en eliminarse; también, en los estados estuporosos o de perturbación de la conciencia; asimismo, en las enfermedades orgánico cerebrales con lesión de la hipófisis o sin ella.

En los estados obsesivos el paciente se priva de comer por efecto de un temor anormal denominado sitiofobia. A veces acompañada de enflaquecimiento y de repugnancia, se comprueba en la hipocondría. El rechazo de alimentos se manifiesta en oportunidades como una expresión de negativismo en catatónicos y en algunos esquizofrénicos que, por el contenido anormal del pensamiento (temor a ser envenenados, por ejemplo), se niegan a alimentarse.

La anorexia mental o nervosa es una entidad patológica caracterizada porque el sujeto rehusa comer. Con mayor frecuencia se presenta en mujeres y se acompaña de amenorrea. En el hombre es rara. La edad de presentación es entre los 12 y 21 años. Algunos autores insisten en que no hay anorexia sino una reacción de disgusto al alimento. Muchos tienen un hambre voraz y se resisten a comer, otros sólo ingieren determinados alimentos. En oportunidades se alterna con episodios de bulimia.

El enflaquecimiento por restricción alimenticia puede alcanzar niveles caquéticos y llegar por lo tanto a confundirse con la enfermedad de Simmonds o la de Sheehan con las cuales hay que hacer el diagnóstico diferencial. En algunos casos la anorexia puede ser tan severa que el paciente fallece (Ver Capítulo **)

2.2 Bulimia. Es el aumento desordenado e insaciable del hambre que se observa en el síndrome de agitación y en la deficiencia mental, a veces en la demencia, la esquizofrenia, y, en oportunidades, en los trastornos psicogenéticamente condicionados de larga data; aisladamente, en personalidades psicopáticas.

Cuando en la psicosis el sujeto come con estas características, el síntoma se denomina sitiomanía. La bulimia como entidad nosográfica se refiere a episodios recurrentes de comilonas (consumo rápido de una gran cantidad de alimentos en un período de tiempo, usualmente menor de dos horas) al lado de otras manifestaciones como autoinducción del vómito, repetidos intentos para bajar de peso, uso de diuréticos o catárticos, ayunos y aislamiento social. La bulimia hay que distinguirla de la hiperfagia hipotalámica producida por tumores a ese nivel.

2.3 Pica o alotriofagia y malacia. La pica se puede definir como una anomalía del apetito en el sentido de la inclinación a comer sustancias inasimilables como tierra, cenizas, madera, papel, jabón, parafina, sustancias en descomposición o excrementos (coprofagia). Se observa especialmente en deficientes mentales profundos, dementes seniles o paralíticos generales; de modo raro en esquizofrénicos y maníacos y, excepcionalmente, en epilépticos, y personalidades anormales. En los esquizofrénicos se puede observar, de otro lado, por la naturaleza de sus trastornos, engullir objetos que entrañan peligro para su salud y vida como piedras, monedas, clavos, llaves, agujas y demás. Todas estas desviaciones de la alimentación se consideran como perversiones en el sentido de no cumplir con el fin de nutrir el organismo, pero la denominada malacia "no siempre carece de sentido trófico", como dice H. Delgado; así, las comidas muy condimentadas o con excesivo sabor ácido pueden servir para estimular el hambre o para compensar una hipoclorhidria. La geofagia (comer tierra) en los niños puede estar de acuerdo con la carencia de determinados elementos minerales. Asimismo, los denominados antojos de las embarazadas pueden estar indicando insuficiencias nutricionales. De otro lado, hay que tener en cuenta los aspectos culturales de la alimentación y las normas de aprendizaje social y no tomar como alteración lo que para el grupo es habitual y para los demás exótico. Hasta hace poco tiempo entre los norteamericanos los tomates eran considerados como venenosos o incomibles; en el Japón, la leche de vaca era considerada como un alimento de uso no humano. También las creencias religiosas obligan a abstenerse de determinados alimentos, como sucede con los mahometanos; la carne de cerdo entre los judíos, o en el caso de ciertas sectas hindúes que, al considerar a la vaca como animal sagrado, no ingieren su carne y llegarían a morir de hambre antes de comerla. En el otro extremo, en muchos países y algunos de ellos cercanos a nosotros, se come como plato exquisito hormigas, gusanos, culebras, monos o cocodrilos, entre otros.

3. Forma de exploración

Fundamentalmente por el interrogatorio, donde hay que precisar la cantidad ingerida asociada a satisfacción, ansiedad, frecuencia, rechazo con repugnancia o por fácil llenura; asimismo, las preferencias alimenticias o los rechazos selectivos. También la observación es importante o los informes de terceros porque muchas veces o niegan sus excesos, sus preferencias, su insuficiencia, o no le dan importancia al considerarlos normales.

SUEÑO

1. Definición

Es una función fisiológica cuya función y mecanismo aún no están bien precisados; sin embargo, la distinción entre sueño normal o de onda larga, y sueño paradójico o sueño MOR, derivada del estudio electroencefalográfico, electromiográfico y de los movimientos oculares, es un buen aporte a la clínica.

2. Alteraciones

Las alteraciones del sueño comprenden:

2.1 Entre las hiposomnias está el insomnio, que no es solamente la agripnia (falta total del sueño) sino que también se considera entre ellas la mengua de la duración, la dificultad para conciliarlo, el sueño entrecortado o el despertar temprano. Debe distinguírsele del pseudoinsomnio que consiste en la enorme diferencia de la queja comunicada y la comprobada por la observación de los demás o por los hallazgos del registro electroencefalográfico tomado mientras el paciente duerme. Ello ocurre en los sujetos fatigados o con reposo incompleto, en el sueño superficial y cargado de ensueños o como queja hipocondriaca (idea sobrevalorada). El insomnio puede ser ocasional cuando se produce por emociones intensas, fatiga o ambiente no familiar, o causado por enfermedades somáticas, especialmente por aquellas que cursan con fiebre, dolores o contracturas (estimulación interoceptiva visceral que produce impulsos aferentes nociceptivos). También por condiciones psicopatológicas como la angustia que demora la aparición del sueño, tornándolo entrecortado y con presencia de pesadillas. En otras oportunidades se instalará el temor a no poder conciliar el sueño, como un mecanismo de retroalimentación; el no dormir acrecienta la angustia y la angustia impide dormir. La depresión, especialmente la del trastorno depresivo mayor, se acompaña de despertar precoz y tanto más temprano cuanto más intenso es el cuadro de fondo. En el estudio EEG en estos casos se comprueba que el sueño de onda larga es el disminuido. En general, el deprimido duerme menos horas totales que un sujeto sano. En la manía, el insomnio es casi completo, y en la hipomanía la disminución de las horas de sueño tiene las características de los depresivos. En los cuadros orgánico cerebrales crónicos es asimismo frecuente el insomnio como ocurre en las demencias tipo Alzheimer, inclusive con inversión del ciclo sueño/vigilia.

2.2 Hipersomnias. Es el aumento del tiempo diario de sueño que puede presentarse de modo continuo o en forma de crisis. Así, la letargia o hipersomnina propiamente dicha, es un trastorno cuantitativo opuesto al grupo anterior, de mucha menor frecuencia. Se presenta en la enfermedad del sueño y en otras encefalitis de variada etiología; también en aquellas condiciones que comprometen la región mesoencefálica, en la hemorragia cerebral, en las intoxicaciones con narcóticos o alcohol, en determinadas infecciones y en algunas afecciones endocrinas; sin causa orgánica demostrable en la letargia nerviosa, como sucede en la histeria. En la narcolepsia o síndrome de Gelineau que se caracteriza por accesos de sueño fulminante acompañados o no de cataplexia, que comienzan y terminan en forma brusca, el EEG comprueba que el tipo de sueño es el MOR. En el síndrome de Klein-Levin la crisis de sueño se asocia a bulimia y se presenta en forma periódica. En el síndrome de Pickwick el acceso de sueño se acompaña de obesidad y trastornos respiratorios.

2.3 Parasomnias. Son trastornos cualitativos del sueño, muchos de ellos sin mayor significación

clínica, como el somnoliento o hablar dormido que se presenta en la etapa del sueño ligero, con mayor frecuencia. El sonambulismo, es decir, la presencia de una actividad bien coordinada y compleja, pero no extraordinaria, que ejecuta el sujeto sin despertar. El substrato neurofisiológico es similar al de la hipnosis. Electroencefalográficamente se comprueba ondas largas del sueño que son sustituidas por una norma similar a la encontrada en la vigilia relajada. La enuresis, en niños y adolescentes, ocurre en un momento que se puede reconocer al despertar espontáneamente del sueño de la etapa cuatro; y en los adultos ocurre electroencefalográficamente durante una norma similar al sonambulismo. El pavor nocturno es un episodio en el cual el sujeto despierta aterrorizado y confuso, pero amnésico en cuanto a la causa de la ansiedad; correspondería a la actividad paroxística en estructuras límbicas del lóbulo temporal y es más frecuente en niños. Las pesadillas, no como un mal sueño sino como sensación confusa y terrorífica de aprensión, parálisis y ansiedad que es recordada al despertar. La jacatio capitis, como movimientos pendulares de la cabeza, que algunos autores los extienden a todo el cuerpo y se presentan al momento de conciliar el sueño; frecuente en niños. La cataplexia del despertar, como falta de movilidad voluntaria en plena vigilia, se presenta al final del sueño; electroencefalográficamente corresponde a una alteración del sueño MOR. Las hipnalgias son dolores que aparecen durante la iniciación del sueño como la topoparesia o la braquialgia parestésica nocturna.

2.4 Los trastornos de sueño vigilia como la demora progresiva de una hora al acostarse y levantarse que produce una menor sensibilidad a los horarios sociales. El retraso o desfase del sueño, que consiste en una dificultad para quedarse dormido al acostarse y trae como consecuencia la somnolencia diurna y el sueño compensatorio de los fines de semana, o el desfase temporal que está vinculado a los viajes en jet del este al oeste o al que se produce en el trabajo por turnos (horarios múltiples o cambiantes del sueño), que se acompaña de quejas gastrointestinales frecuentes y requiere de períodos variables de adaptación entre turnos.

3. Formas de exploración

El interrogatorio es fundamental y debe estar vinculado a las quejas más frecuentes respecto al sueño, como son la dificultad para dormirse o para mantenerse dormido (es decir, despertar con frecuencia durante la noche) o despertarse prematuramente por la mañana o la falta de sueño reparador. Determinar si el paciente está soñoliento durante el día o tiene necesidad de hacer siesta y si su rendimiento en las tareas habituales es normal. Precisar a qué hora se acuesta o si cambia de día en día. Cuánto tiempo le parece que debe dormir; si se despierta a intervalos frecuentes durante la noche o cuánto tiempo le lleva la siesta. Si se suman las horas de sueño es posible que el total sea mayor de lo que el paciente pensaba. Distinguir, también, las horas en que está en cama en otras actividades que no son el sexo o el sueño como, por ejemplo, las lecturas o las conversaciones telefónicas. Tener en cuenta, asimismo, que la irritabilidad durante el día, la fatiga física, la falta de eficiencia y la mengua en la capacidad de concentrarse pueden ser síntomas vinculados a insomnio como se comprueba en la privación del sueño en los laboratorios para tal fin.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. BASH, KS. Psicopatología General, Madrid. Ed. Morata, 1985.
2. DELGADO, H. Curso de Psiquiatría (Primera parte), Barcelona. Ed. Científico-Médica, 1969.
3. JASPERS, K. Psicopatología General. Buenos Aires. Ed. Beta, 1963.
4. ROTONDO, H. Diccionario abreviado de términos usuales en psicología y psiquiatría. Lima. Departamento de Psiquiatría, U.N.M.S.M, 1976.
5. TABORDA LC. et al. Principios de Semiología Psiquiátrica. Bogotá, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Fac. de Medicina. Departamento de Psiquiatría, 1977.
6. ZAMBRANO M. Síndromes Psiquiátricos Básicos y sus Variedades. Mimeografiado. Lima. Dpto. de Psiquiatría. U.N.M.S.M. 1978.

CAPÍTULO 5: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

1. El estrechamiento anormal de la conciencia se presenta en:
 - Disociación histérica
 - Sujetos normales bajo gran estrés
 - Fase maníaca
 - Las dos primeras son válidas
 - La primera y la tercera son válidas
2. Consiste en que, además del entorpecimiento de la conciencia en grado variable, se agrega productividad anormal de otras funciones:
 - Estrechamiento
 - Despersonalización
 - Anublamiento
 - Las dos primeras son válidas
 - Ninguna es válida
3. Tiene importancia médico-legal porque el sujeto no tiene pleno control de sus actos:
 - Estado oniroide
 - Estrechamiento de conciencia
 - Estado crepuscular
 - Anhedonia
 - Ninguna es válida

4. Según Chapman y McGhie, es importante síntoma de la esquizofrenia que explicaría la disgregación:

- Indiferencia anormal
- Perplejidad anormal
- Frustración del objetivo
- Distraibilidad de la atención
- Hiperprosexia

5. Relacione:

- (a) Desorientación alopsíquica () En tiempo y espacio
- (b) Desorientación autopsíquica () Manía
- (c) Lentificación del tiempo transcurrido () Depresión
- (d) Aceleración del tiempo transcurrido () En cuanto a persona

6. La anartria se presenta en:

- Accidentes cerebro-vasculares
- Sífilis del SNC
- Tumores cerebrales
- Todas son válidas
- Ninguna es válida

7. En esquizofrénicos, suele coincidir con alucinaciones:

- Ensalada de palabras
- Soliloquio
- Pensamiento en tropel
- Apatía
- Bloqueo

8. Es la repetición múltiple compulsiva de la última sílaba de las palabras:

- Ecolalia
- Metafalia
- Palilalia
- Logoclonía
- Coprolalia

9. Las delusiones de grandeza se presentan en:

- Fase maníaca
- Trastornos paranoides

- Esquizofrenia
- Estados disociativos
- Ninguna es válida

10. La inversión de afectos sugiere :

- Depresión
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Psicosis
- Síndrome orgánico-cerebral
- Trastorno de Estrés Post-traumático

11. Si un paciente afirma "ver cosas que otras personas que están con él no pueden ver, sin que haya estímulo reconocible", presenta:

- Paraidolias
- Ilusiones
- Alucinaciones
- Extrañeza de lo percibido
- Sinestesia

12. Es síntoma importante en el trastorno orgánico cerebral:

- Alteración de memoria
- Desorientación
- Crisis de pánico
- Las dos primeras son válidas
- La primera y la tercera

13. Las dismegalopsias obligan a descartar:

- Esquizofrenia
- Trastorno bipolar
- Trastorno Disociativo
- Patología cerebral orgánica
- Trastorno de Estrés Post-traumático

14. Las alucinaciones auditivas en forma de voces dialogantes que comentan los actos del paciente, sugieren fuertemente el diagnóstico de:

- Trastorno bipolar
- Trastorno esquizofrénico
- Trastorno de pánico
- Síndrome orgánico-cerebral

Epilepsia

15. Relacione:

- (a) Alucinación térmica Trastorno disociativo
- (b) Alucinación higríca Trastorno esquizofrénico
- (c) Alteración de conciencia Trastorno de pánico
- (d) Crisis episódicas Síndrome orgánico cerebral
- (e) Fuga de ideas Fase maníaca

16. El pensamiento que muestra mengua de la capacidad de síntesis, no distingue lo esencial de lo accesorio, pero no pierde su objetivo, se llama:

- Disgregado
- Inhibido
- Prolijo
- Fuga de ideas
- Obsesivo

17. La demencia se distingue del retardo mental en que:

- El CI está más disminuido en el segundo
- El comportamiento está más afectado en el primero
- El pensamiento está más comprometido en el segundo
- El primero es adquirido y el segundo congénito
- No existen diferencias básicas

18. No comprende a las alteraciones de la Conciencia del Yo:

- Transítivismo
- Transformación de la personalidad o del modo de ser
- Sonambulismo
- Despersonalización
- Todas son válidas

19. Relacione:

- (a) Rituales Bulimia
- (b) Delusión Depresión
- (c) Aumento insaciable de hambre Trastorno obsesivo
- (d) Coprofagia Psicosis
- (e) Baja autoestima Retardo mental

20. Parece corresponder a la actividad paroxística en estructuras límbicas del lóbulo

temporal:

- Pesadillas
- Insomnio
- Cataplexia del despertar
- Pavor nocturno
- Hipnalgias

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 6

EVALUACIÓN CLÍNICA SEMIESTRUCTURADA:
El Formato de Evaluación Inicial Abreviado

Juan E. MEZZICH

Javier E. SAAVEDRA

INTRODUCCIÓN

La implementación de instrumentos clínicos que fomenten la obtención de información confiable y abarcativa se ha convertido en crucial para la psiquiatría contemporánea, máxime si se intenta cumplir con las metas de una institución psiquiátrica moderna. Como parte de esta preocupación, ha habido un notable interés en estructurar la entrevista diagnóstica, es decir, controlar algunas de las indeseables fuentes de variabilidad (Warthon, et al 1988). Al mismo tiempo, la información sistematizada de historias clínicas debiera generar un banco de datos que provea una fuente invaluable de información para actividades educacionales y de investigación, intrínsecos a los avances de los conocimientos psiquiátricos.

Los procedimientos para conducir y registrar evaluaciones psiquiátricas discurren desde aproximaciones con formatos libres a formatos completamente estructurados. Estos procedimientos se clasifican en estandarizados y no estandarizados, dependiendo si incluyen o no una clara especificación de las áreas o ítems a cubrir. Los procedimientos estandarizados pueden ser, a su vez, estructurados o no, dependiendo si el fraseo y el orden de las preguntas para la entrevista del paciente son o no fijas. La elección del tipo de instrumento dependerá del área de estudio en el cual se pretende utilizarlo.

Algunos investigadores y clínicos opinan que los instrumentos altamente estructurados tienden a interferir con el establecimiento de una relación médico-paciente apropiada, crucial en un establecimiento asistencial; también juzgan que restringen las posibilidades de comprobar y verificar la validez de la información que se recibe. Un estudio comparó el diagnóstico al que se llegó a través de una entrevista altamente estructurada con el del diagnóstico psiquiátrico estándar, y encontró que el problema de la entrevista altamente estructurada estaba relacionada con los siguientes puntos, entre otros: 1) información insuficiente e inadecuada, 2) cobertura insuficiente de los criterios diagnósticos; y, 3) grado de confianza en los informes de síntomas de los sujetos de estudio. Estos problemas pueden ser adecuadamente superados con instrumentos semi-estructurados, más adecuados y ventajosos para propósitos clínicos y de investigación, que son aquellos que además de preguntas fijas de respuesta cerrada permiten describir narrativamente otros puntos que complementan la información del área estructurada.

En esta línea, está apareciendo una preocupación creciente en describir, además de los trastornos

mismos, las características individuales del paciente. Strauss, por ejemplo, resalta que el psiquiatra y los otros profesionales de la salud mental, en vez de atender trastornos aislados, tratan y asumen el cuidado de personas que están experimentando trastornos y otros problemas relacionados con la salud. En este sentido, Mezzich ha sugerido una formulación cultural que intenta detallar aspectos relacionados a la identidad individual, el ambiente psicosocial y la relación médico-paciente. Estas individualidades ausentes en entrevistas altamente estructuradas pueden ser recogidas con mayor facilidad en formatos semi-estructurados.

INSTRUMENTOS SEMIESTRUCTURADOS DE EVALUACIÓN

Las características fundamentales de la evaluación psiquiátrica semi-estructurada son las siguientes:

- a. Uso de procedimientos estandarizados y de una entrevista programada en forma flexible. El primer aspecto involucra la especificación de las áreas a ser cubiertas, incluyendo las definiciones de todos los ítems y guías para la evaluación de severidad y temporalidad. El segundo se refiere a la provisión de guías amplias para conducir la entrevista de tal manera que los sentimientos del paciente y la necesidad de verificar información poco clara, dada por él, sean considerados y articulados por un clínico entrenado.
- b. Uso de un formato de registro que contenga componentes narrativos y estructurados que se complementen. La razón de incluir un componente narrativo refleja la consideración de que, sin importar cuán extenso pueda ser un mapeo psicopatológico, probablemente no pueda cubrir todas las particularidades de la condición del paciente, especialmente cuando decisiones de atención clínica deban basarse en dicha evaluación. Como ya ha sido señalado, otra ventaja del componente estructurado del instrumento, además de ayudar a la organización del proceso de evaluación, es la de permitir una eficiente computarización de la información fundamental que lleve al desarrollo de una base de datos acumulada de un gran potencial para la investigación clínica y administrativa.
- c. Uso de todos los recursos de información. Involucra no sólo entrevistar al paciente, sino también a los familiares o cualquier acompañante que pueda proveer información importante. Aun más; incluye el uso de cualquier documento de atención clínica previa con la misma finalidad.
- d. Conducir a una formulación diagnóstica multiaxial en concordancia con las actuales clasificaciones, DSM-IV o CIE-10.

DISEÑO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN INICIAL ABREVIADO

(Ver anexo al final del capítulo)

Estas consideraciones han sido relevantes para el diseño del Formato de Evaluación Inicial Abreviado (FEIA). El FEIA sirve para la confección de historias clínicas, en base a una presentación semi-estructurada que permite obtener datos en forma flexible, útiles tanto para las actividades clínicas asistenciales como para la investigación.

El FEIA se basa en otro instrumento que lo antecedió, el Formato de Evaluación Inicial (FEI), utilizado ampliamente en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" y en el Western Psychiatric Institute and Clinic de la Universidad de Pittsburgh. Constituye un instrumento semiestructurado de evaluación psiquiátrica que permitía una formulación diagnóstica multiaxial en términos de la Clasificación Americana de Trastornos Mentales, 3ra. edición (DSM-III). Un estudio de la confiabilidad interevaluador del FEI conducido en el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» y en la Universidad de Pittsburgh, mostró resultados bastante confiables en Lima ($k=0,78$).

El desarrollo de una versión abreviada (FEIA) deriva de la necesidad de contar con un instrumento que permita una evaluación rápida pero eficaz, necesaria en unidades asistenciales donde el ahorro de tiempo es importante y sin poner en riesgo la obtención eficiente de la información clínica requerida. La versión original extensa y meticulosa requería por lo menos de dos horas para su completamiento, y la experiencia obtenida, tanto en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" como en el Western Psychiatric Institute and Clinic de la Universidad de Pittsburgh, sugería la necesidad de desarrollar un versión más corta. El FEIA se basó en un diseño selectivo y no redundante de las áreas evaluativas, y en un análisis factorial de los distintos ítems del FEI, agrupando la información sintomatológica en áreas claves. Está focalizado en el episodio actual, aunque permite obtener información pasada, y contiene elementos que, además de asegurar un afronte multiaxial, facilita cierta visibilidad sobre posibles conductas terapéuticas inmediatas. El FEIA requiere de estudios ulteriores que evalúen su utilidad, confiabilidad, validez y eficiencia.

El FEIA, al igual que el FEI, incluye componentes narrativos complementarios y estandarizados, organizados en varias secciones (Tabla 1). Los datos demográficos, aquellos de la porción estructurada y los de la formulación multiaxial son susceptibles de ser computarizados y pasar a formar un banco de datos que permita el desarrollo de múltiples estudios en diversas áreas.

TABLA 1:

Componentes del Formato de Evaluación Inicial Abreviado, versión 1995

Área narrativa	Área Estructurada
Identificación	Marcadores de la historia
Fuente y motivo de referencia psiquiátrica	Resumen de la enfermedad actual
Observaciones sobre trastornos pasados	Trastornos psiquiátricos pasados
Observaciones del examen mental	Inventario de síntomas
Observaciones de la Historia	Antecedentes personales del desarrollo y sociales
Observaciones de la Hist. familiar	Antecedentes familiares
Observaciones de la Hist. médica	Antecedentes médicos
Anotaciones del examen físico	Sumario diagnóstico
Resumen de la historia clínica	
Problemas y recomendaciones	
Formulación diagnóstica	
Disposiciones	
Firmas de evaluadores	

SECCIONES DEL FEIA

La primera página de FEIA se inicia con una identificación general del paciente y las circunstancias de la evaluación, las molestias principales y las fuentes de información. Se continúa con una descripción resumida de la(s) enfermedad(es) actual(es), empezando con el último episodio y describiendo brevemente los anteriores. Se resalta la identificación de los estresores concomitantes en cada episodio y del impacto de la enfermedad sobre el funcionamiento laboral e interpersonal. Se complementa con la investigación sobre evolución y curso de la enfermedad, además de modalidades de tratamientos recibidos, incluyendo los tratamientos folclóricos.

La página 2 continúa con la sección de Trastornos psiquiátricos pasados. En esta sección debe identificarse los síndromes psiquiátricos antiguos no diagnosticables actualmente; se basa en las categorías amplias de trastornos mentales de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). En seguida continúa con el examen mental y el inventario de síntomas, los cuales prosiguen en la página siguiente. El inventario incluye 42 síntomas que intentan evaluar todo tipo de trastorno psiquiátrico, y cubren las siguientes áreas: aspecto general y conducta, lenguaje y curso y forma de pensamiento, humor y afecto, contenido del pensamiento y percepción, manifestaciones somatomorfas, sensorio, orientación, funcionamiento intelectual y conciencia de enfermedad. Cada síntoma se evalúa en relación a su presencia durante la entrevista, en el episodio actual y en el pasado. En el episodio actual se evalúa la severidad de cada síntoma en dos grados, leve-moderado o severo. El examen

mental es una sección no estructurada que flexibiliza y enriquece la descripción del paciente en las mismas áreas.

En la página 3 se describe, además, la sección sobre antecedentes personales. Ésta se divide en dos aspectos: A. Desarrollo, cubre datos perinatales, desarrollo psicomotor, aspectos relacionados con la educación, problemas durante el crecimiento e historia de abuso físico o sexual; y B. Social en general, que investiga sobre aspectos conyugales, interpersonales, legales, laborales, económicos y aspectos sobre soporte social.

La página 4 empieza con una sección estructurada sobre los antecedentes de los familiares más cercanos en relación a los principales trastornos psiquiátricos y médicos. La sección siguiente se refiere a problemas médicos actuales o pasados. A continuación se encuentra un espacio no estructurado para la descripción del examen físico, resumen de la historia clínica y sección de problemas y recomendaciones. Finalmente la página 5 contiene la formulación diagnóstica. La formulación multiaxial que se incluye con el FEIA se basa en la CIE-10, con una diferenciación adicional de diagnósticos clínicos de acuerdo con la Clasificación Americana de Trastornos Mentales, 4ta. edición (DSM-IV). Contiene tres grandes ejes, el primero se refiere a: 1º Trastornos psiquiátricos en general y otras condiciones de interés clínico, 2º trastornos de personalidad y retardo mental, y 3º trastornos psiquiátricos en general; el segundo evalúa las discapacidades; y el tercero se relaciona con los factores contextuales.

En relación a la evaluación de las discapacidades se evalúa el funcionamiento del individuo en el último mes en ciertas áreas específicas (cuidado personal, ocupacional, familiar y social). Para ello se utiliza la escala de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de una escala visual numerada de 0 a 100, según instrucciones establecidas en el anverso de la página.

En relación a los factores contextuales, se consideran aquellos que significativamente influyen la emergencia y curso de la enfermedad actual, ocurridos en los últimos 12 meses. Estos aparecen estructurados por grupos de problemas pre-clasificados contenidos en la formulación multiaxial del CIE-10, tomándose en cuenta el total de áreas involucradas. El sumario diagnóstico termina con las disposiciones finales del paciente, la aceptación y la firma de los evaluadores.

ENTRENAMIENTO Y USO DEL FEIA

El entrenamiento de los evaluadores clínicos para el uso del FEIA, sigue los mismos lineamientos del FEI, es decir: 1) revisión didáctica sobre tópicos de evaluación y diagnóstico; 2) demostración de técnicas de entrevista por clínicos capacitados; 3) prácticas individuales con pacientes en vivo y entrevistas videograbadas; 4) monitoreo de todos los FEIA completados por personal administrativo; 5) revisiones periódicas y discusiones grupales de FEIAs elegidos al azar.

El Formato de Evaluación Inicial Abreviado esta siendo usado en la actualidad en la Unidad de Evaluación y Diagnóstico del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Las evaluaciones son conducidas por un equipo compuesto por un evaluador primario (usualmente un residente, una enfermera entrenada especialmente o un interno de psicología) y un psiquiatra asistente supervisor.

Se están desarrollando programas computarizados que incluyan todas las variables estructuradas y que conduzcan a la construcción de una base de datos que sirva para múltiples estudios posteriores. Su utilidad en la parte asistencial está garantizada tanto por la facilidad con la que pueden determinarse en una revisión la presencia o no de determinados síntomas, como por la posibilidad de individualizar la información.

En resumen, el FEIA es un instrumento de evaluación psiquiátrica semi-estructurado que resultó de una revisión del FEI, versión original extensa y meticulosa, basándose en la necesidad de contar con un instrumento que permita una evaluación rápida pero eficaz. Incluye secciones estructuradas y otras narrativas que permiten en el evaluador una actitud descriptiva fina y de compenetración con el paciente. Cubre aspectos fundamentales de la condición clínica del enfermo, utilizando todas las fuentes de información posible. Conduce a un diagnóstico multiaxial que cubre 5 aspectos considerados de una u otra forma en la CIE-10 y el DSM-IV. Su utilidad estriba en sus potencialidades para la práctica clínica, el entrenamiento profesional y la investigación científica.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. MEZZICH, J. E., DOW, J.T., RICH, C.L., COSTELLO, A.J., AND HIMMELHOCH, J.M. "Developing an efficient Clinica information system for a comprehensive psychiatric institute". II. In: Initial Evaluation Form. Behavior Research Methods and Instrumentation, 1981, 13:464-478.
2. MEZZICH, J.E. "International Perspectives on Psychiatric Diagnosis". En: Kaplan HI, Sadock B.J. (eds), Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sixth Edition. Baltimore, Williams & Wilkins, 1995.
3. RICHARDSON, S.A., DOHRENDWEND, B.S., & KLEIN, D.: Interviewing: Its Form and Functions. New York: Basic Books, 1965.
4. Spitzer, R. L., Skodol, A.E., Williams, J.B., Gibbon, M. and Kass, F. "Supervising intake diagnosis: A psychiatric 'Rashomon' ". In: Archives of General Psychiatry, 1982, 39: 1299-1305.
5. STRAUSS, J.S. "The person - Key to understanding mental illness: Toward a new dynamic psychiatry", III. In: British Journal of Psychiatry, 1992, 161 (Suppl 18): 19-26.
6. WARTHON, D., SOGI, C., MEZZICH, J.E., LÓPEZ-MERINO, I., CASTRO, J. "Experience with the semistructured Initial Evaluation Form in Peru and the United States". In: MEZZICH, J.E., y CRANACH, M. von (Editores). In: International Classification in Psychiatry. Cambridge, University Press, 1988.

CAPÍTULO 6: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

EVALUACIÓN CLÍNICA SEMI-ESTRUCTURADA:

El Formato de Evaluación Inicial Abreviado

1. La entrevista diagnóstica estructurada permite:

- Obtener información confiable
- Controlar algunas fuentes indeseables de variabilidad
- Generar un banco de datos
- Son válidas la primera y tercera
- Todas son válidas

2. Algunos investigadores y clínicos critican los instrumentos altamente estructurados porque:

- Interfieren el establecimiento de una apropiada relación médico-paciente
- Restringen las posibilidades de comprobar y verificar la validez de la información recibida
- Dificultan el diagnóstico diferencial
- Son válidas las dos primeras
- Todas son válidas

3. Los problemas descritos pueden ser superados por los instrumentos semiestructurados por ser:

- Más adecuados para propósitos clínicos
- Más adecuados para fines de investigación
- Permiten describir la individualidad personal del paciente
- Son válidas las dos primeras
- Todas son válidas

4. No corresponde a las características fundamentales de la evaluación psiquiátrica semiestructurada:

- Uso de procedimientos estandarizados y de una entrevista programada en forma flexible
- Uso de un formato de registro que contenga componentes narrativos y estructurados que se complementen
- Uso de todos los recursos de información
- Uso de criterios diagnósticos de investigación
- Conducir a una formulación diagnóstica multiaxial

5. El FEIA evalúa el funcionamiento del individuo en el último mes utilizando una escala de discapacidad de la:

- Asociación Psiquiátrica Americana
- Organización Mundial de la Salud
- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial
- Asociación Psiquiátrica Mundial
- Combinación de todas las anteriores

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 7

CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA EN PSIQUIATRÍA

Juan Enrique MEZZICH

Javier E. SAAVEDRA

El diagnóstico es un concepto fundamental en psiquiatría, tanto como actividad central del profesional de salud así como teoría de la realidad clínica. Con respecto a lo primero, no es, pues, sorprendente que la capacidad de diagnosticar sea ampliamente considerada como una de las habilidades esenciales para el desempeño profesional efectivo. Por otro lado, como teoría, el diagnóstico define el campo de la psiquiatría, es decir precisa el rango de problemas y asuntos que le son pertinentes, estructura la información correspondiente, intentando representar y clasificar adecuadamente las formas reconocibles de enfermedad y discapacidad y los factores biopsicosociales que contribuyen a su emergencia y curso. Este capítulo considera, en primer lugar, conceptos generales sobre clasificación psiquiátrica, seguidos de los avances metodológicos recientes y de las contribuciones latinoamericanas a la nosología. Complementariamente trata de los sistemas de clasificación diagnóstica, presentando una reseña histórica y un esbozo general de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 1992) y del DSM-IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994).

Nociones Básicas

Hasta hace dos décadas la importancia del diagnóstico en psiquiatría no era tan evidente como en las otras ramas de la medicina, debido a que las implicaciones terapéuticas y pronósticas del diagnóstico psiquiátrico se mostraban relativamente débiles y poco confiables (Kendell, 1975). Estos problemas se hicieron más visibles al intentar nuevas clasificaciones de los trastornos mentales, siendo una de las dificultades fundamentales la falta de acuerdo entre psiquiatras con respecto a los conceptos sobre los que el diagnóstico debía basarse. Además, los trastornos no eran descritos objetivamente y la misma condición se definía bajo un número variado y confuso de nombres (Stengel, 1959). Los recientes avances metodológicos en el diagnóstico psiquiátrico reflejan la intención de corregir tales deficiencias.

Los sistemas diagnósticos representan modelos de la realidad, en forma de enunciados sucintos de la condición clínica del paciente. Deben ser razonablemente precisos y específicos, por un lado, y comprensivos y cabales, por otro, aunque tales objetivos tienden a estar en conflicto. Finalmente, deben ser codificados para facilitar el registro, procesamiento y recuperación de la información contenida, tanto para uso clínico como para fines administrativos y de investigación científica.

Los propósitos del diagnóstico psiquiátrico son: 1) facilitar la comunicación entre profesionales pertinentes, tales como clínicos, investigadores y especialistas en salud pública; 2) orientar el planeamiento terapéutico; 3) optimizar el pronóstico sobre la evolución del paciente y sus condiciones

mórbidas; y 4) potenciar la investigación sobre factores etiológicos, modalidades de tratamiento, organización de servicios y políticas de salud pública. La eficacia de un determinado sistema diagnóstico se basa en la consecución de los objetivos mencionados. Complementariamente, su solidez requiere la demostración de su confiabilidad, la cual, usualmente, se estima a través del grado de acuerdo interevaluador obtenido entre diagnosticadores que aplican tal sistema al mismo grupo de pacientes.

El interés por fortalecer la confiabilidad y validez de los sistemas diagnósticos ha llevado, en años recientes, a avances metodológicos significativos en dos áreas importantes: 1) descripción psicopatológica precisa y 2) formulación diagnóstica integral. En relación a la primera, destacan en las nuevas clasificaciones el énfasis sindrómico y el uso de criterios diagnósticos específicos que han facilitado el diseño y empleo de entrevistas estandarizadas; en cuanto a la segunda, el uso de esquemas multiaxiales.

Criterios Diagnósticos Específicos

Constituye un avance metodológico referido a las reglas utilizadas para asignar categorías diagnósticas al paciente examinado. En comparación con las definiciones tradicionales, son más claras, denotativas y objetivas; tienden a considerar tanto cláusulas de inclusión como de exclusión (p.ej., lo que el sujeto no debe presentar para ser candidato a la categoría en cuestión).

El desarrollo considerable de los criterios operacionales fue iniciado, cronológicamente, por José Horwitz y Juan Marconi (1966) en América Latina; Peter Berner (1969) en Austria; y John Feighner y colaboradores en los Estados Unidos. Los criterios diagnósticos de este último grupo, modificados y expandidos, fueron incorporados en el DSM-III. Más recientemente, criterios diagnósticos explícitos han sido propuestos para el componente psiquiátrico de la CIE-10. Aunque la claridad representada por los criterios diagnósticos específicos los hace valiosos para el trabajo clínico y, particularmente, para el investigativo, conllevan elementos controvertidos tal como el número, frecuentemente arbitrario, de elementos requeridos para asignar un determinado diagnóstico o el percibido sacrificio de validez por confiabilidad.

El Modelo Multiaxial

Mezzich ha señalado que este enfoque de formulación diagnóstica constituye una de las innovaciones arquitectónicas más importantes en la nosología psiquiátrica mundial. El modelo considera sistemáticamente varios aspectos críticos de la condición del paciente (p.ej. síndromes psicopatológicos, problemas físicos concomitantes, factores psicosociales), y los evalúa a través de variables altamente informativas llamadas ejes. Intenta, así, describir al paciente en su condición clínica integral, configurándolo en su dimensión biopsicosocial. Los ejes o aspectos propuestos contienen escalas categóricas, típicamente focalizadas en condiciones patológicas, y escalas cuantitativas o dimensionales que flexibilizan el diagnóstico y cubren otros aspectos cruciales para entender los procesos de salud y enfermedad. El origen internacional de este modelo está documentado por los esquemas multiaxiales propuestos hace unas cuatro décadas por Essen-Moller y Wohlfahrt (1947) en Suecia; Lecomte y colaboradores (1947) en Francia; Bilikiewicz (1951) en Polonia; y Leme Lopes (1954) en Brasil. Éstos y los varios otros sistemas multiaxiales publicados desde entonces típicamente contienen cuatro o cinco ejes elaborados alrededor de dos aspectos diagnósticos fundamentales: descripción fenomenológica, por

un lado, y factores biopsicosociales causativos o asociados, por otro.

Los objetivos de este enfoque diagnóstico son los siguientes: 1) proveer una visión comprensiva de la condición del paciente; 2) articular los elementos críticos de un problema psiquiátrico (p.ej., las manifestaciones y las causas de un síndrome orgánico cerebral); 3) desplegar información pertinente a la preparación de un plan integral de tratamiento (p.ej., identificación de un síndrome psicótico que requiere medicación neuroléptica; de conflicto marital, que puede sugerir el uso de terapia familiar; y de dificultades crónicas para trabajar, lo que podría indicar la necesidad de entrenamiento vocacional); 4) optimizar la educación profesional en psicopatología; y (5) potenciar la investigación clínica y epidemiológica y promover el descubrimiento de nuevos patrones nosológicos.

Contribuciones Latinoamericanas a la Nosología

Distinguimos en primer lugar, los avances fundamentales en la conceptualización de la enfermedad mental aportados por Carlos Alberto Seguí, en cuanto al rol del estrés; de Horacio Fábrega, quien sentara las bases para un enfoque etnomédico; y de Javier Mariátegui, a través de su análisis del contexto etnohistórico del alcoholismo. En cuanto a la sistematización de la descripción psicopatológica, se debe mencionar la obra conceptual de Honorio Delgado sobre organización nosológica y diferenciaciones diagnósticas; así como las contribuciones del brasileño José Leme Lopes, uno de los pioneros mundiales en el desarrollo de sistemas multiaxiales.

La interfase entre la epidemiología y la nosología ha sido foco de significativos trabajos latinoamericanos entre los cuales destacan aquellos de Carlos León en Colombia concernientes al Estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia; y las investigaciones de psiquiatría social en el Perú, conducidas por Baltazar Caravedo, Humberto Rotondo y Javier Mariátegui, publicadas en 1963.

En el área de sistemas de clasificación diagnóstica, cabe mencionar el enjundioso Segundo Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas, que constituye una adaptación substancial del CIE-9 a una determinada realidad nacional (Acosta-Nodal y colab. 1983). Más recientemente, como parte del desarrollo del Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría, se ha publicado una adaptación de esquema multiaxial de la CIE-10 (Otero, 1994).

También en nuestro medio han aparecido propuestas con enfoques abarcativos y holísticos de corte multiaxial. Delgado (1955) propuso, en la línea del diagnóstico multidimensional de Kretschmer, la distinción entre factores patogénicos y factores patoplásticos, y la necesidad de "sondear el proceso íntimo de la experiencia morbosa en relación a la vida del sujeto, como realidad única, sin lo cual la aprehensión nosogénico-nosográfica se frustra en lo que respecta a la condición humana del paciente y su relación personal con el médico". Saavedra (1965) al analizar criterios y requisitos nosológicos consideró que ni lo sindrómico ni lo etiológico pueden servir aisladamente para una clasificación internacional, y propuso, en la línea de Essen-Moller & Wohlfahrt, que lo conveniente sería usar ambos criterios. Finalmente, Rotondo (1970) percibió la utilidad de formular los diagnósticos en dos niveles: a) el sindrómico, y b) el etiopatogénico. Además, en este último respecto, propuso un diagnóstico etiológico multiaxial con factores orgánicos, psicológicos y sociales.

Sistemas de Clasificación Diagnóstica

Entre los sistemas diagnósticos de alcance internacional se reconocen actualmente la reciente revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y el sistema Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV. Estos instrumentos nosológicos y sus predecesores se esbozan a continuación.

1. Reseña Histórica

1.1 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). La versión primera de la CIE se originó en París, en 1893, dirigida a la elucidación comparativa de causas de muerte como estimación del nivel de salud pública. Desde aquel entonces ha sufrido revisiones aproximadamente cada diez años; la quinta revisión, en 1938, incluyó por primera vez una categoría psiquiátrica, subdividida en deficiencia mental y trastorno mental.

La sexta revisión (1948) extendió la cobertura de la clasificación a la morbilidad, además de la mortalidad. La novena revisión (1977) tuvo como uno de sus aspectos notables el uso, por primera vez de un glosario aplicado a la definición de trastornos mentales. Esta revisión contiene 17 capítulos principales. El quinto corresponde a los trastornos mentales, y abarca 30 categorías de tres dígitos, organizadas en: 1) condiciones psicóticas orgánicas; 2) otras psicosis; 3) trastornos neuróticos, de personalidad y otros no-psicóticos; y, 4) retardo mental. Dado que en nuestro medio la CIE-9 será oficial aún por unos años más, se incluye un cuadro referencial con sus principales categorías (cuadro N° 1).

1.2 DSM-III y DSM-III-R. En 1980, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) publicó en Washington la Tercera Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III). El DSM-III alentó prontamente un interés notable en el diagnóstico psiquiátrico, no sólo en su país de origen sino, también, en varias otras partes del mundo. La versión oficial en español apareció en 1983. Sus características innovativas principales incluyeron: 1) uso de criterios explícitos y específicos para la definición de trastornos mentales; 2) reordenamiento de la lista de trastornos mentales, en base mayormente a patrones fenomenológicos o descriptivos; y 3) empleo de un esquema multiaxial para la formulación diagnóstica. En 1987, la APA publicó una revisión moderada, el DSM-III-R, manteniendo los principios básicos ya mencionados. La mayor parte de las modificaciones estuvieron dirigidas al refinamiento de criterios diagnósticos para un buen número de categorías de trastorno mental.

1.3 DSM-IV. El proyecto para el desarrollo del DSM-IV empezó brevemente después de la aparición del DSM-III-R, no sin crear cierta preocupación por la premura de su elaboración pues se trataba de mantener consistencia con la CIE-10. Entre sus características principales está la de haberse desarrollado con una mayor base académica que las clasificaciones anteriores. Existieron tres etapas en su elaboración: 1) la revisión sistemática de la literatura; 2) el análisis del banco de datos disponible para responder preguntas existentes; y 3) los trabajos de campo focalizados en las nuevas proposiciones nosológicas. En general, se trató de aprovechar la experiencia obtenida con el DSM-III y el DSM-III-R.

Finalmente, se desarrolló trabajos de campo en áreas clasificatorias conflictivas tales como el trastorno de personalidad antisocial, autismo, trastorno mixto ansiedad y depresión, trastorno de conducta y la esquizofrenia. En estos trabajos se trató de comparar los criterios del DSM-III, del DSM-III-R y de la CIE-10 frente a los nuevos criterios propuestos para el DSM-IV.

Reflejando la acuciosidad académica empleada en su desarrollo, el DSM-IV constituye una entrega más voluminosa y detallada que sus predecesores. Entre sus innovaciones substantivas está la redistribución de los síndromes orgánicos-cerebrales entre las diferentes secciones fenomenológicas del manual (de modo que, por ejemplo, el antiguo trastorno orgánico-cerebral de ansiedad es ahora diagnosticado primero como un trastorno de ansiedad y luego como debido a un determinado trastorno físico). Otra innovación ha sido la consideración del marco cultural de la nosología psiquiátrica, a través de la inclusión de párrafos sobre consideraciones culturales para el uso de los criterios diagnósticos específicos, de un glosario de síndromes culturales, y de pautas para una formulación cultural de la identidad del paciente, de su enfermedad y ámbito, y de la relación entre clínico y paciente. El cuadro N° 2 enumera las categorías mayores de trastorno mental incluidas en el DSM-IV.

1.4 La Décima Revisión de la Clasificación Internacional (CIE-10). La preparación de la Décima Revisión de la CIE se inició en 1979, el mismo año en que saliera a la luz su Novena Revisión. Una característica fundamental de la CIE-10 es que constituye una familia de clasificaciones, abarcando no sólo enfermedades sino también otros problemas y factores relacionados con la salud.

Otra innovación general de la CIE-10 es el empleo de un código alfanumérico, una letra seguida por varios dígitos. El primer carácter, una letra, indica el capítulo (F para los trastornos mentales); el segundo, numérico, una de diez clases mayores de síndromes psiquiátricos (p.ej., F3: Trastornos afectivos); y el tercero, también numérico, identifica hasta 100 categorías psicopatológicas básicas (p.ej., F30: Episodio maniaco). Algunas de las 100 opciones han sido dejadas en blanco para permitir futuras adiciones. Los primeros cuatro caracteres del código son oficialmente internacionales. Los lugares del quinto y sexto carácter están disponibles para adaptaciones con propósito local o especial. El Cuadro N° 3 enumera las categorías principales de trastorno mental incluidas en la CIE-10.

Otra característica importante de la CIE-10 es el de la presentación de las definiciones categoriales con cuatro niveles de especificidad. Uno muy breve se incluye en el texto general para el uso de codificadores y estadígrafos. El segundo, de pautas diagnósticas, es de mayor especificidad que la del glosario de la CIE-9, se propone para la atención clínica general y estudios abarcativos. El tercero, de criterios diagnósticos, con una especificidad similar a la del DSM-IV, está dirigido principalmente a la investigación científica. Finalmente, es importante resaltar el desarrollo de una versión de la CIE-10, Capítulo V de Trastornos Mentales y del Comportamiento para atención primaria de salud (ICD-10 PHC), que focaliza 24 condiciones frecuentemente vistas en atención primaria y que podrían ser utilizadas efectivamente por médicos generales. La clasificación involucra el uso de una tarjeta para cada una de sus categorías, que contiene, por un lado, pautas diagnósticas, y por otro, pautas sobre su utilización. Es también innovadora su presentación Multiaxial, desarrollada por la División de Salud Mental de la OMS y potencialmente pertinente para todas las especialidades de la medicina. La versión de 1993 del esquema multiaxial de la CIE-10 contiene los tres ejes siguientes:

. Diagnósticos clínicos. Incluye los trastornos mentales así como los médico-generales.

II. Discapacidades. Valora las consecuencias de la enfermedad en términos de impedimento en el desempeño de roles sociales básicos, como son el cuidado personal, el funcionamiento ocupacional (como trabajador remunerado, estudiante o labor en casa), el funcionamiento con la familia y otros habitantes del hogar (evaluando tanto regularidad como calidad de las interacciones con los familiares) y el comportamiento social en general (interacción con otros individuos y la comunidad en general y actividades de tiempo libre).

III. Factores contextuales. Se trata aquí de describir el contexto de la enfermedad, incluyéndose problemas relacionados con la familia o grupo primario de apoyo, ambiente social general, educación, empleo, vivienda y economía, asuntos legales, historia familiar de enfermedad y estilo de vida personal. Se basa en los códigos-Z seleccionados del capítulo XXI de la CIE-10 "Factores que Influyen sobre el Estado de Salud y sobre el Contacto con Servicios de Salud".

Colofón

El gran interés existente por el diagnóstico psiquiátrico se debe tanto a los avances hechos en su sistematización y confiabilidad como en la posibilidad de su creciente validez y utilidad. Proyectar estos logros a la práctica clínica requiere, tanto del profesional experimentado como del estudiante, atención diligente a las estructuras nosológicas ofrecidas en los nuevos sistemas diagnósticos. Esto implica familiarización amplia con las clasificaciones de trastornos mentales y no-mentales, y los sistemas multiaxiales que los articulan y complementan. Asimismo, se requiere consultar los manuales correspondientes al evaluar a cada paciente, de modo que se apliquen competentemente los criterios diagnósticos y escalas pertinentes a cada caso. Finalmente, es importante mantener una actitud crítica al utilizar las teorías de la realidad, que son los conceptos diagnósticos y una actitud atenta y receptora al escuchar al paciente y su familia, de modo que el diagnóstico no devenga en rótulo burocrático sino en genuino entendimiento de la condición del paciente, prometedor de un proceso terapéutico efectivo y profundamente humano.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. ACOSTA-NODAL C, MIGNAGARAY R, NOGUEIRA G, DUARTE FD, MAGRIÑAT JM. Segundo Glosario Cubano de la Novena Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1983.
2. ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV). Washington, D.C.: Author, 1994.
3. MEZZICH, J.E., KLEINMAN, A., FABREGA, H., PARRON, D.C. Culture and psychiatric diagnosis. Washington, D.C.: American Psychiatric Press. In press.
4. OTERO, O. Adaptación cultural del esquema multiaxial de la CIE-10. Cuba: Hospital Psiquiátrico de la Habana, 1994.
5. SARTORIUS, N. Progress in the Development of the Classification of Mental Disorders in the ICD-10. En: Mezzich, J.E., Honda, Y., Kastrup, M.C., Springer-Verlag, editors. Psychiatric Diagnosis: A World Perspective. New York, 1994.

6. World Health Organization. International Clasification of Diseases and Health Related Problems. Tenth Revision (ICD-10). Geneva: Author, 1992.

7. PICHOT, P., LÓPEZ IBOR, J., VALDEZ, M., editors. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España. Ed. Masson, 1995.

CUADRO N° 1

CATEGORÍAS MAYORES DE TRASTORNO MENTAL INCLUIDOS EN LA NOVENA REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-9)

Condiciones Psicóticas Orgánicas (290-294)

290. Condiciones Psicóticas Orgánicas Seniles y Preseniles

291. Psicosis Alcohólicas

292. Psicosis Inducidas por Drogas

293. Condiciones Psicóticas Orgánicas Transitorias

294. Otras Condiciones Psicóticas Orgánicas (Crónicas)

Otras Psicosis (295-299)

295. Psicosis Esquizofrénica

296. Psicosis Afectivas

297. Estados Paranoides

298. Otras Psicosis No Orgánicas

299. Psicosis con Origen Específico en la Niñez

Trastornos Neuróticos, Trastornos de Personalidad y Otros Trastornos Mentales No Psicóticos (300-316)

300. Trastornos Neuróticos

301. Trastornos de Personalidad

302. Trastornos y Desviaciones Sexuales

303. Síndrome de Dependencia Alcohólica

304. Dependencia de Drogas

305. Abuso No-Dependiente de Drogas

306. Condiciones Físicas Surgidas de Factores Mentales

- 307. Síntomas y Síndromes Especiales No Clasificados en Otra Parte
- 308. Reacción Aguda al Estrés
- 309. Reacción de Adaptación
- 310. Trastornos Mentales Específicos No-Psicóticos a Consecuencia de Daño Cerebral Orgánico
- 311. Trastorno Depresivo, No Clasificado en Otro Lugar
- 312. Alteraciones de Conducta No Clasificadas en Otro Lugar
- 313. Alteraciones Emocionales Específicas de la Niñez y Adolescencia.
- 314. Síndrome Hiperquinético de la Niñez
- 315. Retrasos Específicos en el Desarrollo
- 316. Factores Psíquicos Asociados con Enfermedades Clasificadas en Otro Lugar.
- Retardo Mental (317-319)
- 317. Retardo Mental Leve
- 318. Otro Retardo Mental Específico
- 319. Retardo Mental Inespecificado

CUADRO N° 2

CATEGORÍAS MAYORES DE TRASTORNO MENTAL INCLUIDAS EN LOS EJES I y II DEL DSM-IV

1. TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Retardo Mental

Trastornos del aprendizaje

Trastornos de la habilidad motora

Trastornos de la comunicación

Trastornos profundos del desarrollo

Trastornos de déficit de atención y de conducta perturbadora

Trastornos de la alimentación de la infancia o niñez temprana

Trastornos de tic

Trastornos de la eliminación

Otros trastornos de la infancia, la niñez y la adolescencia

2. TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

Delirio

Demencia

Trastornos amnésicos

Otros trastornos cognoscitivos

3. TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A CONDICIÓN MÉDICA GENERAL NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE

4. TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

Trastornos relacionados con alcohol

Trastornos relacionados con la cafeína

Trastornos relacionados con cannabis

Trastornos relacionados con la cocaína

Trastornos relacionados con los alucinógenos

Trastornos relacionados con los inhalables

Trastornos relacionados con la nicotina

Trastornos relacionados con los opioides

Trastornos relacionados con la fenciclidina

Trastornos relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Trastornos relacionados con polisustancias

Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas)

5. ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

6. TRASTORNOS DEL HUMOR

Trastornos depresivos

Trastornos bipolares

7. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

8. TRASTORNOS SOMATOMORFOS

9. TRASTORNOS FACTICIOS

10. TRASTORNOS DISOCIATIVOS

11. TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD Y GÉNERO SEXUAL

12. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

13. TRASTORNOS DEL SUEÑO

14. TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS NO CLASIFICADO EN OTROS APARTADOS

15. TRASTORNOS ADAPTATIVOS

16. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

17. OTRAS CONDICIONES QUE PUEDEN SER FOCO DE ATENCIÓN CLÍNICA

CUADRO N° 3
LISTA DE LAS CATEGORÍAS MAYORES DE TRASTORNO
MENTAL EN LA CIE- 10

- F0 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos
- F00 Demencia en la Enfermedad de Alzheimer
- F01 Demencia vascular
- F02 Demencia en otras enfermedades
- F03 Demencia no especificada
- F04 Síndrome amnésico orgánico (no inducido por alcohol/drogas)
- F05 Delirio (no inducido por alcohol o drogas)
- F06 Otros trastornos mentales debidos a daño cerebral, disfunción o enfermedad física.
- F07 Trastornos de personalidad o conductuales debidos a enfermedad o daño o disfunción cerebral
- F09 Trastorno mental orgánico o sintomático no especificado
- F1 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas
- F10 Trastorno mental o de conducta debido a uso de alcohol
- F11 Trastorno mental o de conducta debido a uso de opiodes
- F12 Trastorno mental o de conducta debido a uso de cannabinoides
- F13 Trastorno mental o de conducta debido a uso de sedativos o hipnóticos
- F14 Trastorno mental o de conducta debido a uso de cocaína
- F15 Trastorno mental o de conducta debido a uso de otros estimulantes, incluido cafeína.
- F16 Trastorno mental o de conducta debido a uso de alucinógenos
- F17 Trastorno mental o de conducta debido a uso de tabaco
- F18 Trastorno mental o de conducta debido a uso de solventes volátiles
- F19 Trastorno mental o de conducta debido a uso de drogas múltiples y uso de otras sustancias psicoactivas
- F2 Esquizofrenia, estados esquizotípicos y trastorno delusivos
- F20 Esquizofrenia
- F21 Trastorno esquizotípico
- F22 Trastornos delusionales persistentes

- F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios
- F24 Trastorno delusional inducido
- F25 Trastorno esquizoafectivo
- F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos
- F29 Psicosis no orgánica no especificada
- F3 Trastornos del humor (afectivos)
- F30 Episodio maníaco
- F31 Trastorno afectivo bipolar
- F32 Episodio depresivo
- F33 Trastorno depresivo recurrente
- F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes
- F38 Otros trastornos del humor (afectivos)
- F39 Trastornos del humor (afectivos) no especificados
- F4 Trastornos neuróticos, relacionados con estresores y somatomorfos
- F40 Trastornos de ansiedad fóbicos
- F41 Otros trastornos de ansiedad
- F42 Trastorno obsesivo-compulsivo
- F43 Reacción a estrés severo y trastornos de adaptación
- F44 Trastornos disociativos
- F45 Trastornos somatomorfos
- F48 Otros trastornos neuróticos
- F5 Disfunciones fisiológicas vinculadas a factores mentales y del comportamiento
- F50 Trastornos de la alimentación
- F51 Trastornos no orgánicos del sueño
- F52 Disfunción sexual no causada por trastorno o enfermedad orgánico
- F53 Trastornos mentales y conductuales asociados al puerperio no clasificados en otra parte
- F54 Factores psicosociales y conductuales asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte
- F55 Abuso de sustancias no productoras de dependencia
- F59 Síndromes inespecíficos conductuales asociados con disturbios fisiológicos y factores físicos
- F6 Anomalías de la personalidad y del comportamiento en el adulto
- F60 Trastorno de personalidad específico

F61 Trastorno mixto y otros de personalidad

F62 Cambios de personalidad duraderos, no atribuibles a daño o enfermedad cerebral

F63 Trastornos del hábito y del impulso

F64 Trastornos de identidad de género

F65 Trastornos de la preferencia sexual

F66 Trastornos psicológicos y conductuales asociados con el desarrollo y la orientación sexual

F68 Otros trastornos de la personalidad y la conducta del adulto

F69 Trastornos de la personalidad y la conducta del adulto no especificados

F7 Retraso mental

F70 Retraso mental leve

F71 Retraso mental moderado

F72 Retraso mental severo

F73 Retraso mental profundo

F78 Otro retraso mental

F79 Retraso mental no especificado

F8 Trastornos del desarrollo psicológico

F80 Trastorno específico del desarrollo del habla y el lenguaje

F81 Trastorno específico del desarrollo de habilidades escolares

F82 Trastorno específico del desarrollo de la función motora

F83 Trastorno específico del desarrollo mixto

F84 Trastorno profundo del desarrollo

F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico

F89 Trastornos del desarrollo psicológico no especificados

F9 Trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio preferente durante la infancia o la adolescencia

F90 Trastornos hiperquinéticos

F91 Trastornos de conducta

F92 Trastornos mixtos de la conducta y las emociones

F93 Trastornos emocionales de inicio preferente en la infancia

F94 Trastornos del funcionamiento social de inicio preferente en la infancia y la adolescencia

F95 Trastornos de tic

F98 Otros trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio preferente durante la infancia o la adolescencia

F99 Trastorno mental, no especificado en otra parte

CAPÍTULO 7: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS
CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA EN PSIQUIATRÍA

1. Como teoría la clasificación diagnóstica en psiquiatría (Señale la que no corresponda):
 - Define sólo los trastornos psiquiátricos severos
 - Precisa el rango de problemas pertinentes a la psiquiatría
 - Clasifica las formas reconocibles de enfermedad y discapacidad
 - Clasifica los factores biopsicosociales que se constituyen a la emergencia del trastorno
 - Es un concepto fundamental en psiquiatría
2. La importancia del diagnóstico en psiquiatría hasta hace dos décadas no era tan evidente por:
 - Las implicancias diagnósticas y terapéuticas no eran muy confiables
 - Se usaba terminología muy compleja
 - Faltaba acuerdo sobre los conceptos que lo fundamentaban
 - La primera y la segunda son válidas
 - La primera y la tercera son válidas
3. Dos avances metodológicos han sido relevantes (señale la que no corresponde):
 - Descripción psicopatológica precisa
 - Descubrimiento de neurotransmisores
 - Formulación diagnóstica integral
 - La segunda y la tercera son válidas
 - La primera y la tercera son válidas
4. El desarrollo considerable de los criterios operacionales se debe en América latina a:
 - José Horwitz y Humberto Rotondo
 - Juan Marconi y Honorio Delgado
 - Juan García y .A. Seguín
 - José Horwitz y Juan Marconi
 - Honorio Delgado y Humberto Rotondo

5. El modelo multiaxial NO considera:

- Síndromes psicopatológicos
- Problemas físicos concomitantes
- Factores psicosociales
- Factores psicodinámicos
- Ejes diagnósticos

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 8

MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMEDAD EN LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRÍA

Alberto PERALES

En mis largos años de docencia universitaria he escuchado comentarios negativos de estudiantes de medicina respecto a la dificultad de aprehender los conceptos psiquiátricos. La consecuencia visible y preocupante se traduce en una vivencia pedagógica aversiva que conduce al estudiante a un alejamiento afectivo y, por ende, vocacional, de aquella, en virtud de su aparente engorrosa teoría y escaso pragmatismo aplicativo.

Preocupado por adquirir conocimientos basados en datos "más duros" y, en consecuencia, más objetivos, con frecuencia el estudiante racionaliza su escasa motivación para el estudio serio de esta disciplina, señalando que lo único que le interesa es "pasar el curso" y que en su futura práctica profesional, ante un caso psiquiátrico, "lo enviará al psiquiatra para su correspondiente atención". Craso error el del joven estudiante si nos atenemos a estadísticas que señalan que, a nivel de consulta externa en hospitales generales, no menos del 75% de los casos atendidos por razones médicas presentan, al mismo tiempo, problemas emocionales.

Del mismo modo, otros estudiantes de las ciencias de la salud que se acercan a la psiquiatría, entre los que se encuentran los de psicología, enfermería, servicio social, tecnología médica y otros, sufren el desconcierto inevitable ante vocabularios psiquiátricos tan disímiles y enfoques tan variados que tornan su aprendizaje, sino en verdadera tortura, en un curso difícil y poco atractivo que genera escasa motivación de aprendizaje.

El presente capítulo va principalmente dirigido a los estudiantes de la disciplina en mención. Se intenta, por un lado, suavizar las experiencias señaladas. Se advierte, de inicio, que una de las razones para que el fenómeno aversivo citado se produzca depende del uso simultáneo en psiquiatría de varios modelos explicativos de enfermedad. Y, por otro, estimularlos al estudio de los modelos, no sólo por su valor heurístico sino por su valioso aporte práctico en el manejo terapéutico del caso concreto.

CONSIDERACIONES GENERALES ACERCA DEL MODELO EN LA CIENCIA

La ciencia se ha valido, con evidente beneficio, del uso de instrumentos teóricos para representar fenómenos observables. Este es el caso de los modelos. La psiquiatría no se ha excluido de estos procedimientos, habiéndolos utilizado generosamente para tratar de interpretar la enfermedad humana.

Un modelo refleja la percepción particular que el observador tiene de la realidad. En tal sentido, privilegia unos aspectos y limita o escotomiza otros. La imposibilidad de una aprehensión total de la realidad observada resulta, así, inevitable; y la captación de la misma, por ende, siempre incompleta.

A pesar de ello, el modelo cumple una función importante en la ciencia: posibilita la observación sistemática del problema en estudio ubicándolo en un marco más simple, y facilita el análisis de sus variables esenciales - siempre y cuando éstas hayan sido incluidas en la construcción de aquél-haciendo factible establecer formulaciones teóricas útiles para el diseño de las pruebas experimentales que habrán de confirmarlo o rechazarlo.

EL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD HUMANA

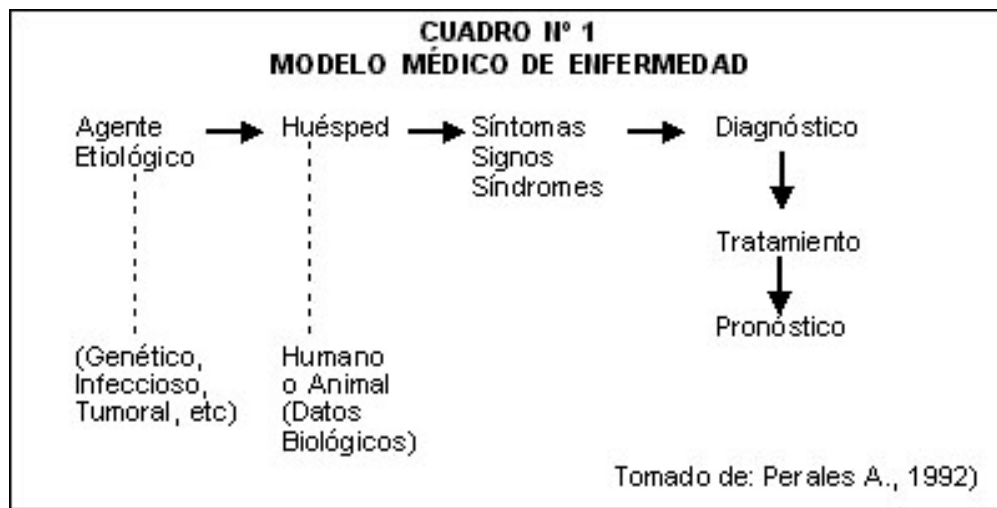
El estudio de la enfermedad humana ha planteado a la psiquiatría complejas interrogantes. La enfermedad mental o emocional, en esencia, es siempre, de acuerdo a Seguí, una reacción de toda la persona.

En nuestro afán de comprender tal fenómeno, se presentarán de manera muy resumida, cinco modelos que vienen intentando, por medio de la investigación científica poner a prueba sus hipótesis. Revisaremos los siguientes:

1. El médico
2. El psicoanalítico
3. El conductual
4. El cognoscitivo
5. El social

1. EL MODELO MÉDICO

Postula (ver cuadro N° 1) que la enfermedad se produce por acción de un agente etiológico que, actuando sobre el huésped y rompiendo su equilibrio, altera su estructura anatómica y/o la función del (de los) órgano(s), afecto(s) o del sistema involucrado. De este modo, la enfermedad, sea cual fuere el factor que la produzca, depende, en primer lugar, de la perturbación interna del organismo vía la cual se producen los síntomas.



El trastorno así establecido se evidencia bajo dos formas: a) por medio de síntomas, constituidos por percepciones, experiencias y vivencias, susceptibles de reconocimiento introspectivo por el propio individuo; y, b) por medio de signos, que constituyen manifestaciones externas deladoras de la alteración morbosa, y susceptibles de reconocimiento extrospectivo por parte del examinador. El deslinde semiológico exacto de tales manifestaciones permite al médico precisar la organización funcional de los mismos en los llamados síndromes, cuya identificación conducirá al diagnóstico diferencial frente a entidades similares y, finalmente, al diagnóstico definitivo.

En el razonamiento seguido en este modelo, el eje fundamental se apoya en el diagnóstico exacto de la enfermedad. Para ello, resulta imprescindible ser preciso en los pasos iniciales; es decir, reconocer certeramente los síntomas y signos, pues, un error a tal nivel - cual ladrillo mal ubicado en la base de una pared - terminará por hacer fracasar la estabilidad del conjunto, el diagnóstico final. En la actualidad, el modelo médico ha potencializado su eficacia con el apoyo de técnicas auxiliares de diagnóstico cada vez más sofisticadas (pruebas especiales de laboratorio, procedimientos neurofisiológicos, técnicas de imagenología, y otros que rápidamente se vienen generando). De este modo, precisada la enfermedad, el médico, ayudado por los conocimientos ofrecidos por la literatura científica y la experiencia de muchos otros casos analizados e informados, puede indicar el tratamiento más conveniente y señalar un pronóstico.

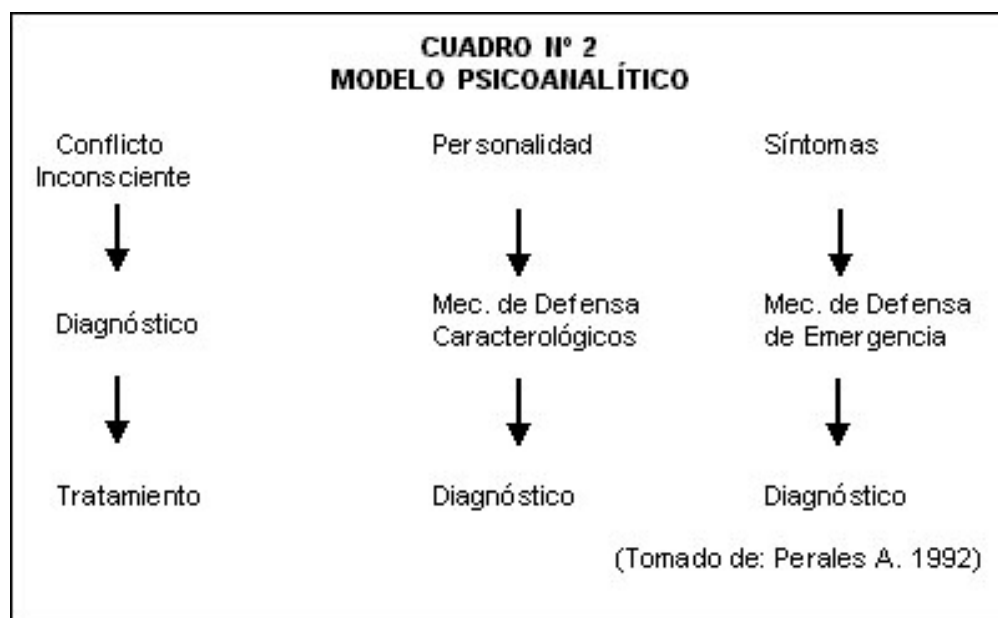
El enfoque terapéutico que se desprende de este modelo posibilita dos niveles de acción:

- a) Eliminar los síntomas, utilizando el así denominado tratamiento sintomático, considerado en el círculo profesional como terapia incompleta o sólo parcial.
- b) Eliminar la causa, tratamiento considerado, siempre que ello sea factible, como el de elección. "Eliminada la causa, eliminada la enfermedad", reza el adagio.

La psiquiatría, como buena hija de su añosa madre, la medicina, trató por siglos de seguir obedientemente los pasos del consejo materno, intentando interpretar la enfermedad mental como otra variante de enfermedad médica aunque de diferente localización orgánica, el Sistema Nervioso. De este modo, aplicando las mismas metodologías y estrategias médicas intentó descubrir las bases anatomopatológicas del trastorno mental. Los dividendos fueron pobres comparados con los esfuerzos por lograrlos. En las últimas décadas, sin embargo, el auge de la psiquiatría biológica ha hecho renacer las esperanzas del descubrimiento etiológico por esta vía, esta vez a nivel de "lesión" neurobioquímica en las enfermedades mentales.

2. MODELO PSICOANALÍTICO

En este enfoque (ver cuadro N° 2), la naturaleza de las experiencias infantiles, las vicisitudes del desarrollo instintivo, sexual y tanático, y el control logrado sobre el nivel de angustia por medio de los mecanismos de defensa, son los factores que de acuerdo a sus postulados teóricos-determinarán la patología del ser afecto. La noción de vida mental inconsciente es, en este encuadre, fundamental. La tesis patogénica central gira sobre la hipótesis que la angustia, como elemento de tensión, forma parte del diario vivir. En grado tolerable y bien manejada por los mecanismos normales de defensa, la angustia resulta útil para la conducta productiva del ser humano normal. Es sólo cuando, en virtud de sucesos actuales, se movilizan y reactualizan conflictos inconscientes reprimidos, que se eleva el nivel de angustia interno, amenazando el equilibrio psicológico. Ante ello, el Yo utilizará mecanismos de defensa más poderosos y, por ende, más anormales.

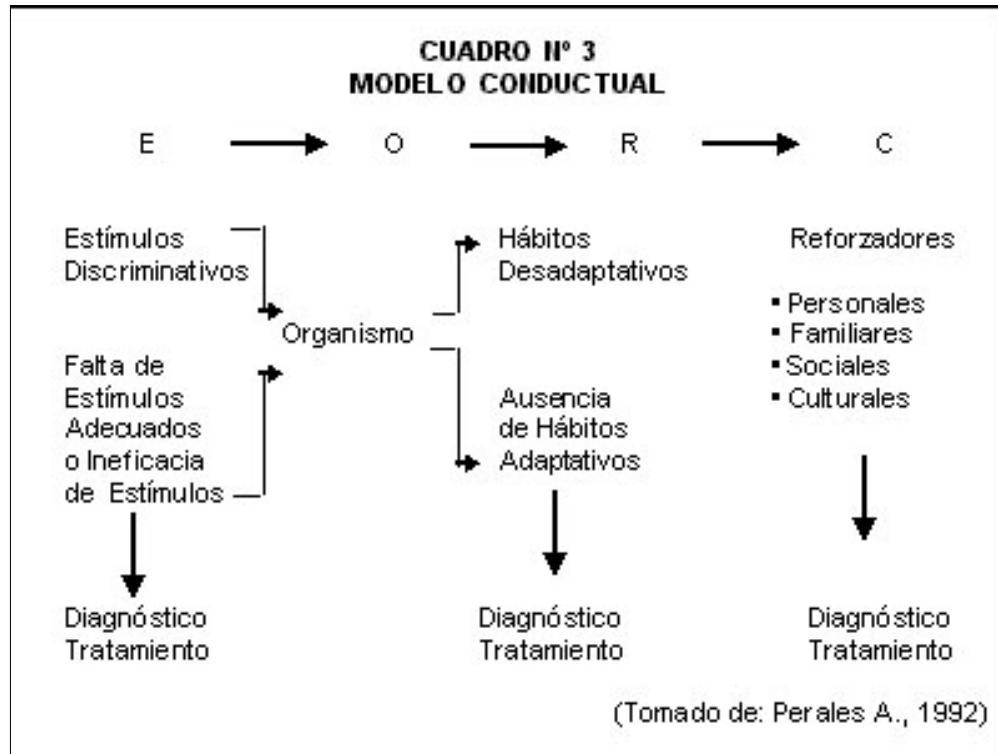


Las manifestaciones que evidencian la enfermedad, llamadas síntomas en el paradigma médico, constituyen en este modelo sólo epifenómenos del conflicto inconsciente nuclear. Éste, por su misma condición, escapa a la percepción y observación directa del paciente. Consecuentemente, el usuario de este modelo habrá de dirigir su atención preferente al estudio de la vida inconsciente del enfermo, hurgando, por medio de metodologías establecidas para tal fin, la psiquis profunda de aquél. Desaparecido el conflicto, a través de su resolución por medio de técnicas psicoanalíticas, la angustia habrá de diluirse tornando innecesarios los mecanismos anormales de defensa (síntomas). Ello permitirá, además, el desarrollo madurativo del individuo y la recuperación de su normalidad.

3. MODELO CONDUCTUAL

De acuerdo a este modelo basado en la teoría del aprendizaje (ver cuadro N° 3), toda enfermedad psiquiátrica puede interpretarse como una alteración de la conducta generada por la adquisición de

hábitos desadaptativos, vale decir, de hábitos que fracasan en lograr el ajuste del organismo a la situación real que enfrenta. Los llamados síntomas, en el modelo médico, y mecanismos de defensa anormales, en el psicoanalítico, son denominados aquí, hábitos o respuestas orgánicas desadaptativas. La fórmula epistémica, E-O-R-C (estímulo, organismo, respuesta, consecuencia), implica que toda respuesta depende de la acción de un estímulo (o conjunto de ellos) específico (discriminativo) sobre el organismo; y que toda respuesta habrá de provocar una consecuencia en el entorno que rodea al sujeto, consecuencia o respuesta del ambiente que, a su vez, habrá de influir en el proceso de aprendizaje de la respuesta orgánica emitida. Ésta aumentará su probabilidad de repetición en próxima oportunidad si la consecuencia es de gratificación o premio, y la disminuirá si representa un castigo (aprendizaje). (Skinner B.F. 1975).



Para el profesional que emplea este modelo, el síntoma pierde toda importancia como manifestación de conflicto inconsciente, concepto, por otro lado, que el conductismo no acepta; del mismo modo, rechaza la búsqueda de las causas del trastorno en el terreno biológico exclusivo. El concepto de enfermedad, en sí, no le es necesario. Las respuestas desadaptativas o la ausencia de respuestas adaptativas ante estímulos adecuados (falta de aprendizaje), constituyen "el verdadero trastorno" que el terapeuta de la conducta intentará resolver.

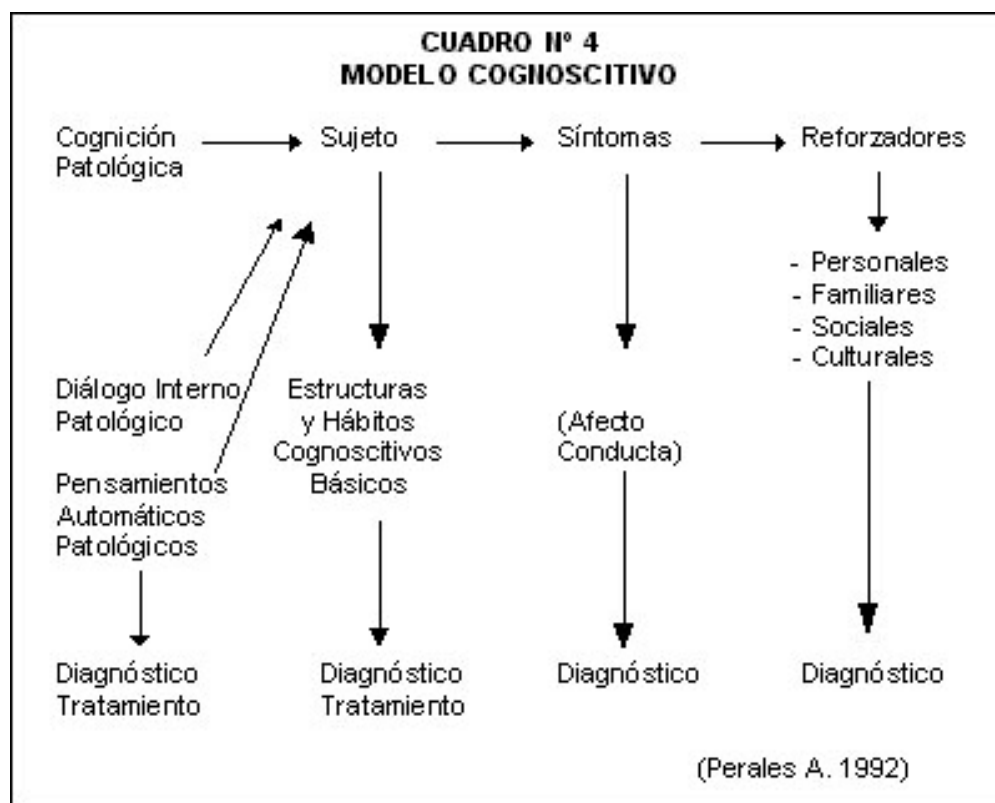
Una de las virtudes del modelo conductual es su apego a la metodología científica de investigación, y la exigencia explícita de someter a experimentación sus postulados teóricos. En tal virtud, conviene resaltar la actitud científica de B.F. Skinner - no siempre bien entendida- al expresar su decisión de no trabajar con la variable O (Organismo) del esquema, por considerar que el investigador está imposibilitado de evaluar y mensurar objetivamente la información introspectiva aportada por el sujeto en estudio, por no ser ella susceptible de observación directa.

Los diversos planteamientos terapéuticos originados de este enfoque han incrementado el armamentarium terapéutico útil para el manejo de los trastornos mentales. Actualmente se conocen mejor los cuadros que responden más específicamente a sus procedimientos, lo que apoya la tesis de

que, en su génesis, el factor aprendizaje constituye elemento esencial.

4. MODELO COGNOSCITIVO

Este afronte, descrito por Beck A.T. (Ver cuadro N° 4), parte del concepto esencial de cognición, que implica la manera idiosincrática como cada ser humano integra su experiencia en virtud de su percepción de la realidad y el cotejo automático con experiencias pasadas; dicho de otro modo, la significación específica que el individuo otorga a su realidad externa e interna en circunstancias específicas. Así, dos individuos con experiencias -personal y/o cultural- diferentes, pueden captar sensorialmente una misma situación pero concederles diferente significado con emisión de diferentes conductas. Por ejemplo, el hecho concreto de la muerte del esposo, es captado similarmente (realidad del fallecimiento) pero puede asignársele diferente significación (cognición formada): en una mujer, como catástrofe personal, en virtud de la desaparición de su soporte emocional específico, el hombre que, aparte de ser su fuente de cariño, constituía el único sustento económico de su hogar; en otra persona, de trabajo independiente y suficientes ingresos, que desde hace años soportaba un matrimonio ficticio para proteger - por lo menos así creía - a sus hijos, la muerte del marido puede ser percibida como liberación. La reacción de pena y la conducta depresiva de la primera habrá de contrastar con la sensación de plenitud y rejuvenecimiento de la segunda. La realidad externa ha sido similar: la muerte del esposo; pero, la cognición formada ha sido diferente, generando, de acuerdo a los postulados teóricos del modelo, conductas también diferentes.



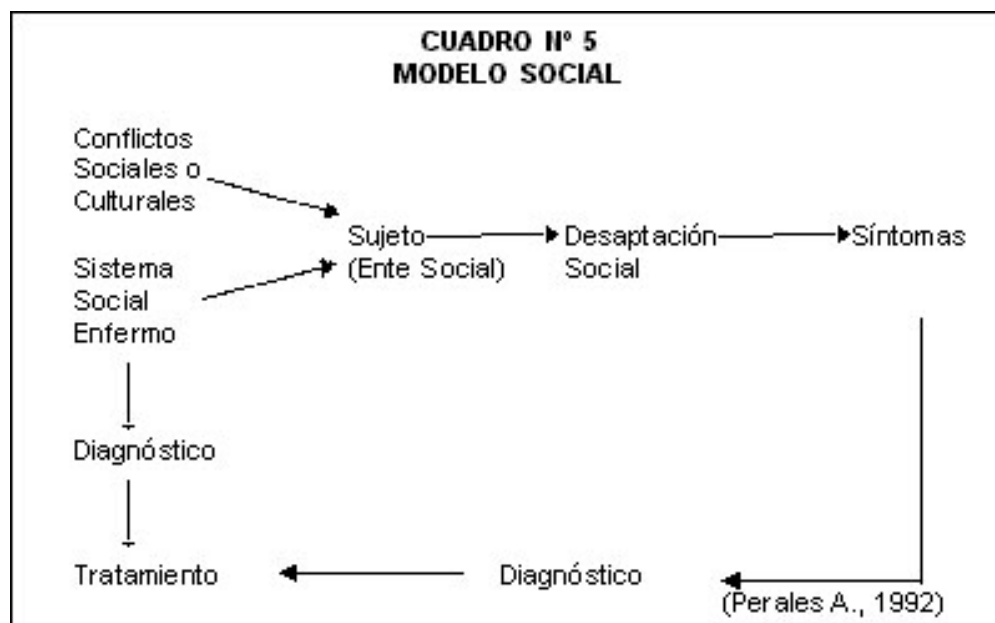
En síntesis, este afronte postula que el ser humano primero elabora cogniciones y, como consecuencia, siente (conducta afectiva) para ulteriormente actuar (conducta expresada). La conducta, en este modelo, está determinada por las cogniciones que la preceden. De este modo, si un paciente piensa depresivamente no es porque se siente deprimido, sino, a la inversa, se siente deprimido porque piensa depresivamente.

Elementos complementarios para este enfoque son los conceptos de pensamiento automático y diálogo interno, propuestos por Beck A.T. En el primero se encuentra el conjunto de pensamientos-estímulos que cual gatillos subliminales disparan las cogniciones clave para generar conductas desadaptadas. Y, respecto al segundo, el postulado de que el hombre piensa siempre dialécticamente, en continua pregunta y respuesta que afinan sus decisiones y conductas finales. Normalmente, el hombre suele hablarse positivamente y apoyarse emocionalmente con los comentarios internos autogenerados por sus actos. En los pacientes deprimidos, por ejemplo, hemos observado la presencia de un diálogo interno que ofrece poco apoyo y sí, más bien, constantes críticas que disminuyen severamente su autoestima. Existe evidencia para vincular el trastorno depresivo con vulnerabilidades cognoscitivas.

El objetivo diagnóstico de este enfoque se orienta a la elucidación de las cogniciones patológicas, de los pensamientos automáticos y del diálogo interno alterado en juego. En lo terapéutico, el uso de técnicas cognoscitivas específicas permite al sujeto, luego de identificar los elementos que gatillan sus sentimientos y, eventualmente, su conducta, neutralizarlos o corregirlos. Neutralizados los estímulos cognoscitivos, el circuito se rompe y el síntoma se extingue. Diversos informes clínicos vienen probando la validez de estos postulados.

5. MODELO SOCIAL

Para este afronte (ver cuadro N° 5) el hombre no es más que uno de los elementos constitutivos de un grupo social, primordialmente la familia, y, ésta, la célula básica de la sociedad. Así, la presencia de enfermedad en uno de los miembros de aquella evidencia la dinámica patológica de dicho grupo social. En otras palabras, el paciente es la manifestación sintomática del grupo (familiar, escolar, laboral, comunal, etc.) al que pertenece como ente social. De este modo, los síntomas no son considerados fenómenos exclusivamente individuales, sino repercusiones del impacto del medio sobre el individuo y de éste sobre aquél. Consecuentemente, el modelo social postula como objetivo terapéutico restablecer la relación alterada del individuo con su medio microsocial: la familia, su grupo laboral, de estudio, amical, u otro, de acuerdo al interjuego de las mutuas influencias.



El modelo implica, además, la consideración de variables macrosociales, pues, autores como Frank J. consideran que las actuales presiones políticas, económicas y otras sobre la salud mental, son de tal magnitud, que nuestra estructura social se encuentra en proceso de desintegración, con todos los peligros que esto implica. Factor preponderante en este riesgo lo constituye el veloz desarrollo tecnológico de nuestra era que viene produciendo una aceleración de la historia; vale decir, cambios que antes necesitaban siglos de evolución, a través del tránsito de muchas generaciones humanas para producirse, hoy requieren decenas de años y, a veces, una sola generación. Este fenómeno, según Frank, está horadando el sentimiento de continuidad temporal del ser humano. Ante ello, la psiquiatría sólo puede tener la esperanza de contribuir en algo para evitar la destrucción de nuestra propia especie, pues, en la medida que podamos influir terapéuticamente sobre la conducta y las actitudes de los miembros de la sociedad podremos, de algún modo, influir terapéuticamente sobre la sociedad en sí.

CONSECUENCIAS DE LOS MODELOS UTILIZADOS EN PSIQUIATRÍA

Distinguimos, con fines didácticos, tres niveles:

1. De terminología
2. De captación sesgada de la realidad
3. Terapéutico

1. DE TERMINOLOGÍA

La confusión que suele generarse en el estudiante –por la disímil terminología empleada en psiquiatría por los usuarios de los diferentes modelos– ha hecho decir a algunos autores que la psiquiatría es una verdadera "Torre de Babel". Al sujeto afecto se le denomina: huésped (modelo médico), personalidad (modelo psicoanalítico), organismo (modelo conductual) ente social (modelo social); a las manifestaciones de la enfermedad: síntomas (modelo médico), mecanismos de defensa anormales o de emergencia (modelo psicoanalítico) hábitos desadaptativos (modelo conductual), etc. Por ello, para que el estudiante pueda "traducir la terminología" y evitar la confusión, conviene que desde el comienzo se pregunte ¿Encontrado en qué modelo está hablando o escribiendo determinado autor? El problema agregado es que, con mucha frecuencia, los psiquiatras utilizan diferentes modelos de enfermedad inadvertidamente, con lo cual el uso indistinto de términos de diferentes vertientes en un mismo texto contribuye a incrementar el riesgo de tal confusión.

2. DE CAPTACIÓN SESGADA DE LA REALIDAD

Como habíamos señalado anteriormente, el uso de un modelo permite focalizar mejor el examen del fenómeno de estudio, en nuestro caso la enfermedad mental, magnificando el juego de sus variables. Inevitablemente, sin embargo, el mismo hecho de focalizar en determinadas variables sesga la visión de la realidad, impidiendo que se investiguen aquellas que no están incluidas en el modelo. Por ejemplo, cada uno de ellos remite al usuario, enfrentado al paciente en cuestión, a un tipo de historia clínica que, al intentar captar mejor las variables aludidas por el modelo, no explora las restantes. Así, el modelo

médico exige al usuario indagar activa y detalladamente por los síntomas. El practicante del modelo psicoanalítico, por otro lado, utilizando una entrevista no directiva, delega en el paciente la iniciativa de la entrevista aceptando que, guiado por su inconsciente, el sujeto irá gradualmente ofreciendo la información necesaria a medida que la relación con el terapeuta se vaya consolidando. Por ello, se ha dicho que, mientras el modelo médico evalúa mejor la enfermedad, el psicoanalítico preferencia a la persona.

En el ejercicio clínico que sigue y que presentamos siguiendo las perspectivas planteadas por Lazare, el lector debe poner a prueba la comprensión de lo hasta aquí expuesto, señalando, ante cada uno de los casos, qué modelo conceptual se ajusta mejor a su interpretación (Cotejar con las respuestas dadas al final del capítulo).

Caso N° 1

"Adolescente de sexo femenino, de 18 años de edad. Dice haber sido muy tímida desde niña. Consulta por presentar serios problemas de interrelación con el sexo opuesto. Motiva la consulta un último episodio que describe de la siguiente forma:

En la academia donde estudia hay un joven que la atrae sobremanera; sin embargo, piensa que no es lo suficientemente atractiva para que él se fije en ella. Se considera torpe, sin gracia ni habilidades, y critica su nariz como la parte más distintiva de su fealdad. Hace poco, ambos asistieron a una fiesta organizada por el alumnado. El se acercó a invitarla a bailar y ella, sintiéndose muy nerviosa y pensando que no tenía los atributos de belleza necesarios, se confundió y no contestó una palabra a la invitación. El muchacho se consideró descortésmente tratado y, resentido, ya no volvió a mostrarle ningún interés. Actualmente se le ve acompañado de otra joven de la clase".

Caso N° 2

"Paciente adolescente, sexo masculino, 15 años, huérfano de madre, único hijo de padre profesional de prestigio que "trabaja todo el día". Hace 6 meses se muda a un nuevo barrio donde los jóvenes de la misma cuadra se dedican, en grupo, a fumar pasta básica de cocaína. Sintiéndose muy solo y aburrido trata de acercarse al grupo que le exige que también fume. Al comienzo lo rechaza, pues, aparte de conocer los riesgos de tal práctica, no siente ningún interés por esa clase de experiencia. Pocas semanas después, acepta, porque "no tenía con quién estar". Inicia, así, su habituación a la PBC. Actualmente presenta todo el cuadro respectivo de fármaco-dependencia, para sorpresa y preocupación del padre".

Caso N° 3

"Paciente de 65 años, de sexo masculino, internado por cuadro de insuficiencia renal crónica. Desde hace 5 días presenta temperatura de 38.5 grados, tos con expectoración mucopurulenta y signos de deshidratación. En la mañana del examen se le observa confuso, excitado, grita que lo quieren matar. Confunde el tensiómetro con un arma con la que el médico quiere hacerle daño".

Caso N° 4

"Paciente de sexo masculino, 42 años, casado desde hace 19. Su comportamiento siempre se caracterizó por una marcada celotipia.

Consulta por sintomatología depresiva. El cuadro se ha iniciado hace dos meses cuando, al llegar a su casa, encuentra a su esposa conversando alegremente con un amigo, ex-enamorado en su juventud. Desde entonces, esta imagen se le repite como idea fija. Nota un creciente resentimiento con su señora y la emergencia de sintomatología depresiva, a pesar de las afirmaciones de aquella sobre lo banal de la relación actual con tal persona. Sometido a evaluación especializada, el paciente recuerda haber presenciado, a la edad de 5 años, que su madre se besaba con un amante en la puerta de su casa, para ingresar apresuradamente al ver que se acercaba el padre del paciente. Desde entonces, la relación ambivalente con su madre ha sido la característica distintiva en su vida familiar".

Caso N° 5

"Paciente de sexo masculino, de 52 años, de origen europeo. Consulta porque desde hace años, cada vez que escucha sonar la sirena de una ambulancia, experimenta síntomas de angustia, parestesias generalizadas y sentimiento de que algo le va a pasar. En ocasiones ha sentido la necesidad de correr buscando protección. Señala que este cuadro se le ha presentado desde la edad de 12 años, luego de sufrir las experiencias de bombardeos en la Segunda Guerra Mundial, cuando aún vivía en su país de origen. Informa que, en tales circunstancias, al sonar la alarma, todos corrían a los refugios antiaéreos. Últimamente, sin embargo, las manifestaciones descritas se le vienen presentando ante otros estímulos, particularmente cuando escucha sonar la sirena de la fábrica donde trabaja, que marca el inicio y terminación de las labores; también, lo viene notando cuando suena el timbre de la puerta de su casa".

3. TERAPÉUTICA

La consecuencia más importante, desde el punto de vista práctico, resulta en la siguiente hipótesis de trabajo: El modelo que mejor explica la génesis de una patología es el que ofrece mejores posibilidades de intervención con el uso de sus técnicas propias. En otras palabras, si un caso es mejor explicado por el modelo conductual, los procedimientos terapéuticos que emplearemos en primera instancia serán los conductuales.

NECESIDAD DE INTEGRACIÓN DE MODELOS Y DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

No es infrecuente, y esto parece ser una creciente corriente de opinión en el campo de la psiquiatría, que más de un modelo sea necesario para evaluar y comprender determinados casos. En mi práctica profesional ha resultado la excepción utilizar uno solo. La integración de los mismos, sin embargo, no es algo que pueda hacerse al azar. Requiere de conocimientos y de afinado arte clínico-terapéutico. La necesidad de integrar modelos y técnicas es cada vez más evidente en la especialidad, más aún, ahora que el concepto de trabajo en equipo se ha generalizado en psiquiatría, para lo cual se requieren modelos integradores que permitan la interacción de los diversos roles profesionales y técnicas terapéuticas en bien del paciente.

RECOMENDACIONES FINALES

El estudiante facilitará su aprendizaje de la psiquiatría evitando la confusión conceptual derivada del uso de diferentes modelos explicativos de enfermedad, apoyándose en las siguientes recomendaciones:

1. Reconocer y aceptar que la psiquiatría, a diferencia de otras especialidades médicas, utiliza diferentes modelos explicativos de enfermedad.
2. Adiestrarse en el uso de los modelos como instrumentos de razonamiento lógico científico. Vale decir, cambiado el modelo explicativo de enfermedad, cambian, necesariamente, las técnicas de recojo de información: tipo de historia clínica, variables a investigar, metodología de entrevista (directiva, no directiva, individual, familiar, etc.).
3. Recordar que la identificación y adecuada aplicación del modelo o modelos que mejor se ajusten al caso concreto, tiene decisivo valor práctico en el manejo terapéutico.
4. Que, seleccionado el modelo que mejor se adapta al caso particular, sus elementos más distintivos e, hipotéticamente, sus factores etiológicos en juego, se harán más fácilmente discernibles y aumentarán así la posibilidad de mayor especificidad terapéutica.
5. Que, bajo esta óptica, el concepto de "caso resistente" se torna relativo; vale decir, un caso puede ser "resistente" a los métodos empleados en un modelo y no serlo a los empleados en otro, v.gr. depresiones resistentes a medicación antidepresiva que ceden a terapia cognitiva o a la combinación de ambas.
6. Que, si bien es cierto el modelo médico debe ser priorizado como puerta de ingreso obligada al estudio del paciente, el estudiante debe exponerse al empleo de todos los demás, estimulando su capacidad crítica, el empleo racional y creativo de los modelos, la actividad investigativa y la integración juiciosa y científica de todos los medios útiles en beneficio del paciente.

CLAVE DE RESPUESTA DE LOS CASOS:

Caso N° 1 : Modelo cognoscitivo,

Caso N° 2 : Modelo social,

Caso N° 3 : Modelo médico,

Caso N° 4 : Modelo psicoanalítico,

Caso N° 5 : Modelo conductual.

NOTA: Cada caso puede admitir interpretaciones complementarias de más de un modelo.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. PERALES, A. "Un ensayo de integración en psiquiatría: la conceptualización conductual". En: Revista de Neuro-psiquiatría. Vol. XLV, 1982: 2: 68-80; y 3-4: 162-177.
2. KOHLENBERG, R.J., TSAI, M. Functional Analytic Psychotherapy Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships. N. Y., Plenum Publishing Corp., 1991.
3. VALLIS TM, HOWES J.L., MILLER P.C. (Eds) The challenge of cognitive therapy N. Y. Plenum Publishing Corp. 1991.
4. BELLACK, A.S., HERSEN, M., KAZDIN, A., (Eds). International handbook of behavior modification and therapy. Second Edition. N. Y., Plenum Publishing Corp., 1990.

CAPÍTULO 8: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

MODELOS CONCEPTUALES EN PRUEBA DE CONOCIMIENTO

1. Un modelo:

- Refleja la percepción particular que el observador tienen de la realidad.
- Tiene alto valor heurístico.
- Facilita el manejo terapéutico del caso.
- Son válidas las dos primeras.
- Todas son válidas

2. Relacione:

- (a) Conflicto cultural Modelo cognoscitivo
- (b) Síntoma y signo Modelo psicoanalítico
- (c) Inconsciente Modelo médico

(d) Diálogo interno () Modelo conductual

(e) Respuesta desadaptativa () Modelo social

3. Relacione:

(a) Sistema social enfermo () Modelo médico

(b) Estímulo discriminativo () Modelo cognoscitivo

(c) Pensamiento automático () Modelo conductual

(d) Mecanismo de defensa () Modelo social

(e) Huésped () Modelo psicoanalítico

4. Relacione:

(a) Sigmund Freud () Modelo social

(b) B.F. Skinner () Modelo médico

(c) A.T. Beck () Modelo psicoanalítico

(d) R.D. Laing () Modelo cognoscitivo

(e) R. Virchow () Modelo conductual

5. Relacione:

(a) Diagnóstico exacto () Modelo social

(b) Evalúa reforzadores () Modelo psicoanalítico

(c) Evalúa relación pensamiento
afecto-conducta () Modelo conductual

(d) Evalúa adaptación del sujeto a
su ambiente () Modelo médico

(e) Analiza mecanismo de defensa () Modelo cognoscitivo
utilizado ante conflicto inconsciente

6. El aprendizaje de la psiquiatría se dificulta cuando los autores:

() Emplean exclusivamente el modelo médico

() Utilizan el modelo conductual.

() Utilizan términos de diversos modelos inadvertidamente

() Son válidas las dos primeras

() Ninguna es válida

7. El uso racional de un modelo conceptual obliga al profesional a:

- Usar sus técnicas de recojo de información
- Usar sus técnicas de evaluación del trastorno
- Emplear las técnicas terapéuticas que recomienda
- Son válidas la segunda y la tercera
- Todas son válidas

8. Diga si es falso (F) o Verdadero (V)

- Aunque un modelo explique mejor la génesis de una patología, no ofrece mejores posibilidades de intervención con el uso de sus técnicas

9. La psiquiatría utiliza:

- Un sólo modelo de enfermedad
- De dos a cinco modelos de enfermedad
- Muchos modelos de enfermedad
- Son válidas las dos primeras
- Todas son válidas

10. El estudiante de psiquiatría debe:

- Utilizar los modelos como instrumentos de razonamiento lógico-científico
- Saber que el modelo que mejor se ajusta al caso particular ofrece más ventajas terapéuticas
- Conocer que en la práctica clínica la integración juiciosa de los modelos ofrece ventajas en el manejo del caso.
- La psiquiatría sigue buscando un modelo integrador.
- Todas son válidas



CAPÍTULO 9

EPIDEMI OLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Alberto PERALES

Cecilia SOGI

INTRODUCCIÓN

El conocimiento psiquiátrico cabal incluye información epidemiológica sobre los diversos trastornos mentales: sus tasas de prevalencia e incidencia, su distribución por sexo y edad, y otras variables sociodemográficas; así como información sobre factores de riesgo y trastornos asociados en población general o asistida.

Los estudios de epidemiología psiquiátrica determinan no sólo cuántos sujetos sufren de trastornos mentales, sino que pueden aportar información sobre los factores que favorecen su presentación (de riesgo), los causan (etiológicos), o se les oponen (protectores). Para ello, actualmente se aplican metodologías avanzadas para recabar, analizar e interpretar los datos recolectados. El uso de paquetes estadísticos computarizados permite un manejo más ágil y detallado de los mismos que, finalmente traducidos en información válida, deben servir para el diseño de los respectivos programas de intervención.

1. Tipos de estudios epidemiológicos

1.1 Descriptivos. Tienen como finalidad describir la aparición, distribución, extensión y progresión de los trastornos mentales en una población determinada. Su valor radica en que permiten generar hipótesis de trabajo para futuros estudios.

1.2 Analíticos. Pueden ser de dos clases:

a. Retrospectivos o de caso control. Comparan dos grupos, los expuestos y no expuestos a un factor de riesgo para desarrollar un trastorno, por ejemplo, depresión en mujeres usuarias o no de medicación anticonceptiva.

b. Prospectivos o de cohorte. Consisten en el seguimiento de un grupo de sujetos a través del tiempo; por ejemplo, niños con trastorno de conducta disocial seguidos hasta la adultez para comprobar si desarrollan un trastorno de personalidad antisocial.

1.3 Experimentales. La característica principal es que el investigador tiene control sobre las condiciones bajo las cuales la población está expuesta al factor de riesgo. El estudio experimental clásico es el que llevó a cabo Goldberg y Cols en el año 1923. Los investigadores enriquecieron la dieta de un orfanato conocido como foco endémico de pelagra, con lo cual las tasas de prevalencia de la enfermedad disminuyeron hasta desaparecer, para reaparecer luego de volver a la dieta clásica de la institución.

1.4 Modelos de causalidad. Los factores etiológicos en epidemiología se determinan por la identificación de asociaciones estadísticamente significativas, entre aquellos y los trastornos mentales, las mismas que pueden ser positivas, negativas o sin asociación. Identificadas las asociaciones, se consideran de utilidad tres modelos de explicación etiológica:

1.5 Causalidad única-consecuencia única. Muy popular a fines del siglo pasado, de utilidad para explicar la causalidad de las enfermedades infecciosas, por ejemplo, la tuberculosis (presencia del bacilo de Koch en el esputo del paciente) factor etiológico (causa única) que producía la tuberculosis (consecuencia única). Actualmente se sabe que la presencia del germen en el organismo humano no es condición suficiente para causar la enfermedad. Este modelo no se adecúa en psiquiatría y salud mental porque la etiología de sus problemas es siempre multifactorial.

1.6 Causalidad múltiple-consecuencia única. De mayor aceptación en nuestra especialidad. Varios factores etiológicos interrelacionados ejercen el peso causal necesario para producir el trastorno; por ejemplo, en la etiología de la depresión se postula el interjuego de variables biológicas, psicológicas y socioculturales.

1.7 Causalidad múltiple-consecuencia múltiple. Varios factores etiológicos producen diversos problemas; así, por ejemplo, la etiología del alcoholismo es mejor explicado bajo un modelo biopsicosocial y en cuanto a sus consecuencias son, también, de naturaleza biológica (cirrosis), psicológica (alteración de la personalidad) y social (conflictos familiares y laborales).

1.8 Método epidemiológico. De acuerdo a Almeida y Cols. el método epidemiológico cubre seis etapas:

1. Formulación de la hipótesis causal, preferentemente en términos de probabilidad;
2. Recolección de datos referentes a la ocurrencia del trastorno (especialmente de prevalencia e incidencia);
3. Cálculo de estimativas de asociación;
4. Control de las variables extrañas a la asociación en estudio;
5. Prueba de significación estadística;
6. Interpretación de los resultados a la luz de criterios de causalidad pre-determinados.

2. Medidas epidemiológicas. Entre las de uso más frecuente tenemos:

2.1 Prevalencia. Se define como la proporción de casos de un fenómeno determinado (enfermedad, trastorno, conducta problema, etc.) en una población delimitada y en un tiempo determinado. La prevalencia puede ser instantánea (o prevalencia puntual) cuando la medición se limita a un momento preciso en el tiempo, y de vida, cuando el periodo engloba toda la existencia de los sujetos, considerándose, como caso positivo para el recuento final, no sólo aquel que en el momento de la encuesta presenta el cuadro sino también aquel que, sin presentarlo en la actualidad, lo ha sufrido con anterioridad al momento de la encuesta.

2.2 Incidencia. Es la proporción de casos nuevos de un fenómeno determinado (enfermedad, trastorno, conducta problema, etc.) en una población delimitada, durante un periodo de tiempo determinado (usualmente un año) o, si ocurren variaciones estacionales, dentro de meses o aun semanas, dividido por el número de individuos en esa población que estuvieron en riesgo de contraer la enfermedad durante el periodo de estudio. La incidencia cuantifica la probabilidad de pasar del estado de salud al de enfermedad o muerte.

2.3 Medidas de asociación. Evalúa la posible asociación entre un factor de riesgo y un daño a la salud (enfermedad, trastorno, conducta problema, etc.). El primer paso es utilizar una prueba estadística para evaluar la posibilidad de que la asociación encontrada se deba al azar. Si se demuestra una asociación estadísticamente significativa, el segundo paso consiste en determinar si tal asociación podría explicarse por un sesgo o error en la selección de la población estudiada, de la información de ella obtenida o de variables de confusión. Si se acepta que la asociación no es artificial, la etapa final consiste en determinar si se encuentran presentes los criterios para establecer la causalidad.

Asociación estadística. Indica la probabilidad que tiene un valor o una serie de valores observados, o las diferencias entre dos valores, de ser producto del azar. Para determinar esta asociación se utiliza las pruebas de significancia. Una prueba útil en la investigación sobre factores de riesgo es el Chi cuadrado (χ^2).

Asociación causal. La asociación causal se establece a través de: a) la fuerza de la asociación; b) la especificidad de la asociación; c) la temporalidad de la asociación; d) la consistencia de la asociación; y, e) la credibilidad científica (coherencia con el conocimiento existente). La primera se establece mediante el Riesgo Relativo.

El Riesgo relativo (RR) o Razón de Incidencia expresa una comparación matemática entre el riesgo de enfermar de un grupo expuesto a un factor determinado y el mismo riesgo calculado en un grupo no expuesto a dicho factor. Un RR con valor de 1,0 implica la ausencia de asociación. Una variante del RR específica para el análisis de estudios con diseño de caso-control es el Odds Ratio (OR).

Concepto de riesgo.- La generación del concepto de riesgo, definido como la característica o variable (factor de riesgo) que implica una mayor probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir un determinado problema de salud bajo ciertas condiciones, ha sido fundamental para que la epidemiología ingrese al estudio de la distribución de las enfermedades no-infecciosas, en las cuales el mecanismo de contagio o transmisión de individuo a individuo no es fácilmente aplicable. Riesgo en epidemiología corresponde al concepto matemático de probabilidad y, en la práctica, dicho concepto se operacionaliza como sigue:

a. **Factor de riesgo.** Atributo (variable) de un grupo que presenta mayor incidencia de un fenómeno con el cual se le demuestra asociado, en comparación con otro grupo que no presenta tal asociación o, si lo hace, éste resulta más débil; por ejemplo, el abuso del alcohol y varones; depresión y mujeres.

b. **Población en riesgo.** Población que está expuesta a los factores de riesgo y que tiene, por ello, una mayor probabilidad de contraer la enfermedad o sufrir el problema; por ejemplo, población adolescente, en más riesgo de presentar conductas violentas; mujeres menopáusicas, más expuestas a sufrir depresiones, etc.

c. **Factor de protección.** Atributo (variable) presente en un grupo con menor incidencia de un determinado fenómeno, en comparación con otro grupo con mayor incidencia de éste y ausencia o escasa presencia de aquel factor (atributo); por ejemplo, buen soporte social y menor frecuencia de síntomas de distrés.

d. Riesgo de vida. Es la probabilidad de un trastorno o fenómeno particular de aparecer si todos los individuos vivieran hasta una determinada edad. Como una forma de estimarla, algunos autores calculan la proporción de sujetos en la población general que alguna vez han presentado el trastorno, esto es la prevalencia de vida.

Metodológicamente, los estudios longitudinales constituyen la opción más adecuada para la identificación de factores de riesgo y grupos de riesgo. Mientras que los estudios de caso-control, pueden estimar factores de riesgo (pero no la incidencia) a un costo bastante más reducido, siendo altamente recomendables para la investigación de trastornos de baja prevalencia.

NUEVE PREGUNTAS ÚTILES PARA REALIZAR ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

- 1° ¿Cuáles son los trastornos psiquiátricos y los problemas de salud mental más frecuentes en la población de estudio? (Identificación del problema)
- 2° ¿Cuántos casos de trastornos psiquiátricos o problemas de salud mental se ha encontrado? (Magnitud del problema)
- 3° ¿Generalmente, cuándo ocurren (en una época particular del año, en una semana determinada, en un día específico, en las mañanas o noches)? (Temporalidad del problema)
- 4° ¿Dónde ocurren? ¿Se limitan a un subgrupo de la población de estudio, a un área geográfica particular (urbana, urbano-marginal o rural)? (Distribución del problema)
- 5° ¿Quiénes son los afectados? (Hombres o mujeres, determinadas edades, determinada clase social) (Distribución del problema)
- 6° ¿Por qué ocurren? ¿Cuáles son los principales factores implicados? (Análisis del problema)
- 7° ¿Qué clase de medidas han tomado las familias o miembros de la comunidad para aliviarlos o solucionarlos? (Intervención poblacional)
- 8° ¿Qué dificultades y resultados se encontraron? (Análisis de las intervenciones)
- 9° ¿Qué más se podría hacer? ¿Qué clase de asistencia o ayuda se necesita? (Diseño de intervención)

EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN EL PERÚ

En el Perú, a pesar de su importancia para la formulación de políticas y programas de salud mental, los estudios epidemiológicos en éstas áreas han sido escasos y dispersos. Los pocos producidos se han referido, preferentemente, a sectores de población ubicados en la capital.

1. Estudios de epidemiología psiquiátrica

En la década de los 60s se llevaron a cabo dos estudios epidemiológicos en población general. Uno por Rotondo y Cols., en una localidad tugurizada de Lima, (Mendocita); hallaron una prevalencia global de trastornos mentales del 42,6%. El otro, por Mariátegui y Cols., en la población de un distrito de clase media, Lince; hallaron una prevalencia global del 18,7%. Más recientemente, investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» llevaron a cabo dos estudios en un distrito urbano-marginal de Lima, Independencia. Este estudio se diferencia de las investigaciones previas por el uso de las innovaciones metodológicas logradas en este campo en la década del 80. Éstas son: 1) mejor diseño muestral que permite la aleatoriedad de la muestra, es decir, cualquier residente tiene la misma probabilidad de ser seleccionado para la entrevista, hecho que permite mayor poder de extrapolación de los resultados a la población general; 2) uso de un instrumento altamente estructurado, el Diagnostic Interview Schedule (DIS) que, en manos de entrevistadores debidamente adiestrados, permite generar diagnósticos de trastornos mentales específicos; 3) análisis de datos por programa computarizado mediante algoritmos que permiten la decisión diagnóstica automática. En Independencia, la prevalencia de vida global de trastornos mentales fue de 40%, siendo los trastornos de mayor prevalencia el abuso/dependencia del alcohol y personalidad antisocial, en varones y los trastornos fóbicos y la depresión, en mujeres.

2. Estudios epidemiológicos específicos sobre consumo de sustancias

El abuso/dependencia del alcohol y drogas constituye un problema de salud pública en el Perú como en otros países del orbe. En el país existen estudios nacionales de prevalencia de uso y abuso de sustancias realizadas por Jutkowitz y Cols., en 1986, y Ferrando D., en 1992, utilizando la metodología de encuesta en hogares (Ver lecturas recomendadas).

3. Estudios de salud mental

La experiencia de investigación ha demostrado que si bien las nuevas metodologías e instrumentos permiten realizar diagnósticos de trastornos mentales en la población general, aun sin la participación del profesional psiquiatra, no deja de generar diversas dificultades, particularmente en países del tercer mundo como el nuestro, como las que a continuación citamos:

a. Su alto costo, lo que ha incidido en una escasa producción científica nacional en este campo

b. La brecha que se genera entre la ejecución del estudio y su aplicación a la realidad concreta. La experiencia demuestra que los estudios epidemiológicos no se han traducido en acciones inmediatas de intervención que benefician a la población.

c. El relativismo cultural y ecológico de nuestro país no permite la aplicación de una metodología única.

Se requiere, por ello, de metodologías que permitan evaluar las complejas variables que participan en la salud mental, no sólo las individuales sino también las sociales, económicas, políticas y culturales, incluyendo los valores religiosos; es decir, todas aquellas que de alguna manera participan en la génesis de la conducta humana. Se requiere, además, que tales instrumentos sean ágiles, orientados a la identificación no sólo de patología, sino, también, de los factores de riesgo y de protección. Con tal intención el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» llevó a cabo los siguientes estudios:

Salud mental en población urbano-marginal de Lima. Estudio realizado con el uso de un cuestionario de salud mental adaptado a nuestro medio, en una localidad urbano-marginal de Lima, bajo la tesis de que instrumentos de esta naturaleza pueden detectar rápidamente problemas, aunque gruesos, que permiten orientar las acciones iniciales de los servicios de salud. El instrumento explora variadas patologías mentales y psicosociales; variables asociadas; niveles de estrés; estructura y dinámica del soporte social, entre otros.

Los datos fueron analizados comparativamente por sexo y grupo de edad a fin de delimitar los problemas y necesidades de salud mental por grupos específicos. Entre los hallazgos más relevantes, cabe destacar que las mujeres adultas informaron sobre altos niveles de distrés (síntomas ansioso depresivos en el 50%), paralelamente a un menor soporte familiar y social. En varones adultos, destacaron las conductas de uso/abuso del alcohol (72%) y las antisociales. En el grupo joven, fue alarmante la frecuencia de manifestaciones de violencia bajo efectos del alcohol, en varones, y la violencia auto o heterorientadas, en mujeres.

Conductas violentas en adolescentes: identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo. La visibilidad de los jóvenes hoy en día, y la propensión de éstos hacia conductas violentas, llevó a los investigadores a su estudio. Tales conductas fueron operacionalizadas como: conductas violentas bajo efectos del alcohol; las de características antisociales; y, la violencia intencional definida por ideación/conducta auto o heterorientada. El estudio reveló como variables asociadas a las conductas en mención las siguientes: tendencia antisocial, presencia de amigo consumidor de sustancias, sexo masculino, bajo nivel de educación de la madre, percepción de mala salud, nivel socioeconómico bajo y medio-bajo, presencia de una relación de pareja, edad entre los 15-17, pertenencia a una familia desintegrada y residencia en una vivienda con alta densidad habitacional.

COMENTARIOS FINALES

La breve presentación de las investigaciones epidemiológicas con los resultados correspondientes intenta ilustrar, de un lado, la utilidad del método epidemiológico; y de otro, la importancia de los estudios desde el punto de vista científico y, también, de la administración de servicios que la población requiere. Así, por ejemplo, en la prevención de accidentes, es importante demostrar su estrecha relación con las características sociodemográficas y clínicas de aquellos casos que llegan a los Servicios

de Emergencia, para orientar los esfuerzos preventivos y asistenciales hacia tales grupos. A nivel de la comunidad, la identificación de problemas por grupos específicos, permite la planificación de los Servicios de Salud en base a las necesidades reales de la población.

Finalmente, debemos tener en cuenta, como enfatiza Sommerschild, que en psiquiatría siempre trabajamos más con hipótesis que con la gran verdad; y que, aunque nuestro conocimiento objetivo de las causas del trastorno mental sea aún cuestionable, las intervenciones que se ha realizado han tenido, en muchos casos, sorprendente éxito. Esto nos afirma que en psiquiatría no es indispensable conocer exactamente la causa del trastorno, sino romper la cadena causal que se establece entre los factores etiológicos y las consecuencias respectivas.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. PERALES, A., & SOGI, C. "Epidemiología Psiquiátrica en el Perú". En: Anales de Salud Mental. No. 11, 1995: 9-30
2. ALMEIDA FILHO, N., SOUSA SANTANA, V., MARI, J. de J. Principios de Epidemiología para Trabajadores de Salud Mental. Montevideo, PROCSAM, 1988.
3. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno/infantil. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud N° 7. Washington D.C., OPS/OMS, 1986.
4. JUTKOWITZ, J.M., ARELLANO, A., CASTRO DE LA MATA, R., DAVIES, P.S., ELLINSON, J., JERÍ, F.R., SHAYKOFF, M., & TIMANA, J. Uso y abuso de drogas en el Perú. Una investigación epidemiológica sobre drogas en el Perú urbano. Lima, Centro de Información y Documentación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO), Monografía de Investigación N° 1, 1987.
5. FERRANDO, D., Conocimiento y uso de drogas en los colegios de secundaria. Encuesta Nacional 1992. Lima, Ministerio de Educación: Comité Técnico de Prevención del Uso Indebido de Drogas (COPUID), 1992.
6. PERALES, A., SOGI, C., SÁNCHEZ, E. & SALAS, R.E. Salud mental de una población urbano-marginal de Lima. Monografía de Investigación N° 2. INSM "HD-HN". Lima, DIMERSA, 1995.
7. PERALES, A., & SOGI, C. Conductas violentas en adolescentes: identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo. Monografía de Investigación N° 3 INSM "HD-HN". Lima, DIMERSA, 1995.

CAPÍTULO 9: PRUEBAS DE CONOCIMIENTOS

EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

1. Los estudios epidemiológicos psiquiátricos no pueden dar información sobre:

- Cuántos sujetos sufren de trastornos mentales
- Factores de riesgo
- Factores etiológicos
- Factores de protección
- Pronósticos de enfermedad

2. Los estudios epidemiológicos pueden ser:

- Descriptivos
- Analíticos
- Experimentales
- Son válidas las dos primeras
- Todos son válidos

3. Los modelos de causalidad son:

- Causalidad única-consecuencia única
- Causalidad múltiple-consecuencia única
- Causalidad múltiple-consecuencia múltiple
- Son válidas la segunda y la tercera
- Todas son válidas

4. Son medidas epidemiológicas:

- Prevalencia
- Incidencia
- De asociación
- Son válidas las dos primeras
- Todas son válidas

5. No pertenece al concepto de riesgo:

- Factor de riesgo
- Población en riesgo
- Factor de protección
- Riesgo causal
- Riesgo de vida

6. La verdadera importancia de los estudios epidemiológicos psiquiátricos es que sus resultados sirven de base para:

- Generar hipótesis

- Hacer nuevos y mejores estudios
- Conocer la prevalencia de los trastornos en estudio
- Diseñar los necesarios programas de intervención.
- Todas son válidas

7. En el Distrito de Independencia la prevalencia de vida global de trastornos psiquiátricos fue de:

- 18,7%
- 30,2%
- 40,0%
- 42,6%
- 48,5%

8. En el estudio DIS, realizado en Independencia, los trastornos de mayor prevalencia en varones fueron:

- Abuso y dependencia del alcohol
- Personalidad antisocial
- Esquizofrenia
- Las dos primeras son válidas
- Todas son válidas

9. En estudios de salud mental en población urbano marginal, se ha encontrado que el más alto nivel de estrés lo sufren:

- Los niños
- Los adolescentes
- Las mujeres adultas
- Los hombres adultos
- Los ancianos

10. En estudios de salud mental en población urbano marginal, fue alarmante el hallazgo de:

- Conductas violentas bajo efectos del alcohol en varones
- Violencia auto orientada en mujeres
- Violencia contra niños
- Son válidas las dos primeras
- Todas son válidas



CAPÍTULO 10

TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

Andrés CÁCERES

José ALVA

CONCEPTO

La Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), de 1992, de la OMS, considera como Trastornos Mentales Orgánicos (TMO) a un amplio, variado y complejo conjunto de desórdenes psicológicos y conductuales que se originan en una pérdida o anomalía de la estructura y/o función del tejido cerebral. Fueron llamados anteriormente síndromes orgánicos cerebrales.

Esta disfunción puede ser calificada como primaria, en el caso de enfermedades, lesiones o daños que afectan el cerebro de un modo directo y selectivo, o secundaria, cuando otras enfermedades sistémicas o alteraciones orgánicas determinan el mal funcionamiento cerebral. Los trastornos cerebrales secundarios al consumo de sustancias (incluyendo alcohol), lógicamente, pertenecen a este grupo, pero por conveniencia taxonómica se les considera en una sección aparte.

La Asociación Psiquiátrica Americana (USA) en 1994, en su cuarta revisión de los trastornos mentales (DSM IV), propone que el término mental orgánico no sea usado, pues parecería implicar el concepto erróneo de que algunos desórdenes mentales no incluidos en este grupo, como la esquizofrenia, la psicosis maníaca, y otros, no estarían relacionados con procesos o factores biológicos.

SINTOMATOLOGÍA

Se distinguen dos categorías de síntomas:

a) Síntomas básicos o propios del trastorno. Tales son:

- Alteraciones del estado de la conciencia: incapacidad para fijar la atención y desorientación en todas las esferas.

- Alteraciones cognoscitivas: compromiso de la memoria reciente, deterioro intelectual, mengua del juicio y comprensión.

- Alteraciones de la afectividad: pérdida del control afectivo, labilidad emocional.

b) Síntomas accesorios o facultativos (que pueden o no presentarse), se vinculan al funcionamiento de la personalidad premórbida y a conflictos psicosociales actuales. Pueden ser:

- Compensatorios, como respuesta de adaptación a los síntomas primarios, tales como el aislamiento, la perseveración, el orden exagerado, la fabulación. De fallar este intento de adaptación pueden presentarse actitudes inadecuadas de dependencia, regresión, negación de la enfermedad, rechazo al tratamiento, u otros que suelen llevar a un estado de invalidez.

Síntomas de tipo neurótico; como ansiedad, depresión, fobias, obsesiones; o de tipo psicótico, como ideas delusivas, generalmente de contenido paranoide, pseudopercepciones, u otros. Esta sintomatología se presenta mayormente con síntomas primarios leves o moderados.

CLASIFICACIÓN

Atendiendo al tipo de síntomas los T.M.O. pueden diferenciarse en dos grupos principales:

a) Con predominio de síntomas básicos, en los cuales destacan los disturbios de las funciones cognoscitivas (memoria, inteligencia, capacidad de aprendizaje) o los del sensorio (alteraciones de la conciencia y atención).

b) Con predominio de sintomatología accesoria o facultativa, en los cuales las manifestaciones cognoscitivas o sensoriales son mínimas o difíciles de comprobar, siendo lo más destacable las alteraciones de la percepción (alucinaciones), del contenido del pensamiento (ideas delusivas), del humor y de las emociones (depresión, euforia ansiedad), o de los rasgos generales de la personalidad y formas del comportamiento.

De un modo más específico, la CIE-10 establece las siguientes entidades clínicas:

1. Demencia
2. Delirium

3. Síndrome amnésico
4. Alucinosis orgánica
5. Trastorno catatónico orgánico
6. Trastorno delusivo orgánico
7. Trastorno afectivo orgánico
8. Trastorno de ansiedad orgánico
9. Trastorno disociativo orgánico
10. Trastorno de labilidad emocional orgánico
11. Trastorno cognoscitivo leve
12. Trastorno orgánico de la personalidad y del comportamiento
13. Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación

Según Lipowski, la Demencia y el Delirium, son síndromes con alteración simultánea y global de todas las funciones cognoscitivas, aunque no en el mismo grado, debido a patología cerebral difusa.

Los síndromes amnésicos, alucinosis y trastorno de la personalidad y del comportamiento de origen orgánico, pueden ser selectivos o parciales de acuerdo a la anormalidad o menoscabo psicológico dominante. La etiología es más focal que difusa y tiene un cierto valor diagnóstico de localización e implicancia terapéutica, para compensar este defecto circunscrito.

Los síndromes delusivos, afectivos y otros, pueden no tener rasgos evidentes de organicidad (síntomas primarios), pero se les vincula a un trastorno orgánico por que la presencia de una enfermedad sistémica, daño o disfunción cerebral se relaciona con su inicio, desarrollo y recuperación. Si desaparece el factor orgánico desaparece la sintomatología.

El DSM-IV señala dos grandes grupos de trastorno de causa orgánica:

1. Delirio, demencia, trastornos y otros desórdenes cognitivos, señalando sus variedades, y
2. Trastornos mentales debidos a un Estado Médico General

DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS SEGÚN LA CIE-10.

1. DEMENCIA

Viejo término, antiguamente usado como sinónimo de locura, ahora significa síndrome adquirido debido a enfermedad del cerebro; usualmente de naturaleza crónica o progresiva, aunque a veces, reversible.

Sin etiología específica ni trastorno obligado de conciencia, hay un déficit más o menos global y de diverso grado de las funciones cognoscitivas, que son las que permiten el procesamiento de la información mental mediante la obtención, almacenamiento, organización y utilización del conocimiento intelectual. Este déficit es, a veces, precedido o acompañado por un deterioro del control emocional y alteraciones en la personalidad. Puede darse junto a un estado de delirium, aunque en otros casos, mientras aquel no desaparezca, no debe hacerse diagnóstico de demencia.

Los síntomas fundamentales son:

- Pérdida global de la capacidad intelectual premórbida, en grado tal que causan una mengua en el adecuado funcionamiento social y laboral; hay pérdida del pensamiento abstracto (interpretación concreta de refranes, incapacidad de establecer similitudes y diferencias), dificultades en la comprensión de palabras y razonamiento y, además, reducción en el flujo de ideas.

- Deterioro de la memoria reciente (incapacidad de registro, almacenamiento y recuperación de nueva información, por ejemplo, incapacidad de recordar 3 objetos después de 5 minutos), el cual tiene gran importancia clínica por ser uno de los primeros síntomas en aparecer y se manifiesta, usualmente, en olvidos de números, de direcciones, conversaciones, citas, etc.; posteriormente, en casos severos, se pierde también información vinculada al pasado del paciente (ocupación, aniversarios familiares, etc.) Estos trastornos llevan a desorientación, primero en el tiempo, y posteriormente en el espacio y persona.

- Mengua del juicio y pérdida del control de impulsos y emociones, especialmente cuando hay compromiso de los lóbulos frontales, que se expresa en incapacidad para hacer planes razonables frente a problemas diversos, lenguaje grosero, bromas y conducta inadecuados; descuido del aspecto personal y del cumplimiento de normas sociales.

- Cambios en la personalidad, sea con acentuación de sus rasgos (irritable, histriónico, compulsivo, etc.) o alteración de los mismos (de activo y sociable a retraído y aislado; de metódico y ordenado a descuidado, etc.).

- Aunque no hay alteración de conciencia, existe dificultad en variar el foco de atención de un tópico a otro, siendo por tanto difícil atender más de un estímulo a la vez, fracasando en la conversación con varias personas.

- Puede acompañarse de alteraciones de las funciones corticales superiores tales como afasia, apraxia, agnosia y dificultad constructiva, las que tienen cierto valor para localizar la disfunción cerebral.

1.1 Inicio, Curso y Pronóstico. Al comienzo o en casos leves, la sintomatología se presenta sólo en situaciones que requieren un alto rendimiento intelectual y suelen aparentar un mero estado de fatiga o frustración que conduce al abandono de tareas.

En la práctica se considera demencia cuando el trastorno comienza a los 18 ó más años, aunque teóricamente puede comenzar a cualquier edad por lesión de un cerebro previamente normal. A menor edad, debe diferenciarse del retardo mental. Rara vez comienza antes de los 40 años; es más frecuente a partir de los 60, y más aún, en la vejez. En los países desarrollados, con numerosa población anciana, la incidencia de demencia se está incrementando generando un grave problema de salud pública.

La forma de comienzo puede ser brusca, a raíz de un paro cardíaco, de un traumatismo encéfalo craneano o una encefalitis; con mayor frecuencia es insidiosa o gradual como en la enfermedad de Alzheimer, enfermedades cerebro vasculares o hipotiroidismo. La OMS postula el criterio de que para hacer un diagnóstico clínico confiable de demencia, los síntomas y pérdidas anteriormente descritos deben tener por lo menos 6 meses de evolución.

La intensidad de la sintomatología clínica no está en relación directa con el grado de daño cerebral; los trastornos cognoscitivos pueden, en cierto grado, modificarse y compensarse. Diversos factores, tales como un buen nivel premórbido de inteligencia, una buena adaptación psicosocial, sin estrés, ansiedad o depresión, o un ambiente motivador y de apoyo, pueden hacer pasar desapercibido un severo daño cerebral; la aparición de la sintomatología, es decir, la descompensación cerebral, puede ocurrir luego de una jubilación, retiro, despojo de bienes, desamparo u otras situaciones.

El curso puede ser:

- Con frecuencia progresivo e irreversible, sea continuo (enfermedad de Alzheimer) o escalonado (demencia por múltiples infartos)
- Reversible, mejorando gradualmente en semanas, meses o años en relación con la etiología y el tratamiento.
- Estacionario

1.2 Etiología y Clasificación. Según la zona de alteración funcional pueden ser corticales o subcorticales; y, según la etiología, vasculares o no vasculares.

Tomando en cuenta estas 4 condiciones, se puede clasificar todos los tipos de demencia. Las más importantes, por su mayor frecuencia son:

a) Enfermedad de Alzheimer. Es una demencia cortical no vascular (más o menos un 50% de todas las demencias) cuya etiología, aún no bien comprendida, lleva a un trastorno degenerativo primario cortical con lesiones histopatológicas muy características, a veces con un factor hereditario importante (las de inicio precoz y evolución más rápida). Se inicia en las edades presenil y senil, y su frecuencia aumenta en relación con la edad; su curso es progresivo e irreversible y lleva a la muerte; al comienzo hay una precoz alteración del lenguaje (afasia) que es, quizá, anterior a los trastornos de memoria y al deterioro intelectual; el diagnóstico se hará descartando otros tipos de demencia, sean de origen vascular o asociadas a otras enfermedades sistémicas, intoxicaciones, etc. No tiene tratamiento específico.

b) Demencia vascular. Ocupa el segundo lugar en frecuencia. Es una demencia vascular, cortical y subcortical. Anteriormente se le llamó, impropriamente, arterioesclerótica. Para su diagnóstico es necesario evidenciar, por exámenes auxiliares de neuroimagen, un daño cerebrovascular, principalmente múltiples infartos que comprometen la corteza y también la sustancia blanca; por ejemplo, tromboembolias de las pequeñas arterias penetrantes de la cerebral media que van a los ganglios basales y lóbulos frontales y que determinan signos y síntomas focales neurológicos. Clínicamente, el inicio es brusco y el deterioro escalonado y desigual (recuperación de los episodios iniciales pero acumulación gradual de déficit neurológicos hasta llegar a la demencia) la conciencia de enfermedad y la capacidad de juicio y personalidad pueden estar relativamente conservadas. Suelen presentarse, además: hipertensión arterial y soplos carotídeos; labilidad emocional y estados depresivos (especialmente si los infartos son más en el hemisferio izquierdo y en el lóbulo frontal); y episodios transitorios de confusión o de delirium.

Las demencias tipo Alzheimer y la vascular resultan muy difíciles de diferenciar sólo por el examen clínico. Ambas entidades pueden coexistir en un mismo paciente.

c) Demencias debidas a otros trastornos médicos. Pueden comenzar en cualquier período de la vida, pero rara vez en la edad avanzada. Deberá, descartarse las demencias de Alzheimer y vascular así como la existencia de una depresión mayor. Está asociada temporalmente con el comienzo, exacerbación o remisión del trastorno médico del cual depende y cuya etiología puede ser debida a:

- Alteraciones estructurales en el cerebro, focalizadas o difusas, tales como en las enfermedades de Parkinson, Huntington o Pick, en tumores cerebrales, hematoma subdural, hidrocéfalo de presión normal u otros.
- Infecciones por virus (SIDA) y otras debidas a parasitosis cerebral.
- Abuso de alcohol y drogas.
- Traumatismos encéfalo craneanos.
- Otros trastornos médicos generales, endocrinos, nutricionales, renales o hepáticos.

1.3 Diagnóstico diferencial. Se hará con el delirium, la esquizofrenia, los desórdenes afectivos mayores y la pseudodemencia psicógena y depresiva. Teniendo en consideración las características clínicas de estos cuadros, se diagnosticará demencia sólo cuando la severidad del deterioro intelectual interfiera con un buen funcionamiento social u ocupacional.

2. DELIRIUM

Síndrome transitorio que tiene una duración de horas o días, mayormente una semana, rara vez un mes, cuyo síntoma fundamental es un estado de anublamiento o entorpecimiento de la conciencia, es decir, una dificultad de identificar y reconocer el entorno, de estar vigilante. Aunque el paciente está despierto responde a los estímulos en forma inadecuada; como consecuencia hay desorientación en el tiempo, lugar, persona, dificultad en fijar la atención, mantenerla o cambiarla voluntariamente, siendo fácil la distracción por estímulos irrelevantes; hay incapacidad de registro en la memoria reciente, por lo cual, pasado el síndrome, habrá una laguna amnésica de lo sucedido, total o parcial, según las fluctuaciones del trastorno. El pensamiento es fragmentado e inconexo (lenguaje incoherente, embrollado).

Con frecuencia hay psicopatología accesoria:

- Alteraciones perceptivas del tipo de falsos reconocimientos, ilusiones, alucinaciones (frecuentemente visuales).
- Interpretación delusional de la realidad.
- Estados emocionales inadecuados sin control de impulsos; por ejemplo, miedo e intento de huida creyendo reconocer algún peligro; ira y agresión ante presuntas amenazas; estados de euforia, depresión, etc.
- También son frecuentes disturbios del ciclo sueño-vigilia, con insomnio en las noches y agravamiento nocturno del síndrome y somnolencia en el día; pesadillas, pensamiento oniroide (ensueños en vigilia).

La actividad motora puede ser de hiperactividad (inquietud, agitación), como sucede en el delirium tremens por abstinencia alcohólica o en la suspensión brusca del consumo de barbitúricos en un paciente dependiente; otras veces, es hipoactividad, con apatía y somnolencia que puede llegar al estupor; en realidad, son los polos de un continuum que va de un aumento del "despertar" del sistema reticular activador a una disminución del mismo, pero en ambos casos, con desorganización de la actividad cortical y pérdida de la claridad de conciencia y de los procesos de información.

Los síntomas neurológicos son relativamente escasos; puede presentarse tremor, mioclonía, trastornos afásicos y signos autonómicos como taquicardia, sudoración, vasocongestión facial, hipertensión arterial, y otros.

2.1 Inicio, Curso y Pronóstico. Un delirium puede comenzar con síntomas prodrómicos de ansiedad, inquietud, hiperestesia sensorial (luz, ruidos), dificultad para pensar, insomnio. Evoluciona en forma intermitente, es decir, fluctúa, aún en el mismo día; típicamente es más pronunciado en la noche; hay intervalos de mayor lucidez, durante minutos u horas en que el paciente está más atento y vinculado al ambiente.

El pronóstico puede ser:

- Recuperación completa de la función premórbida.
- Muerte en relación a una evolución negativa de los factores causantes del delirio.

- Transición hacia la demencia u otro síndrome orgánico, cuando el trastorno cerebral se hace persistente.
- Rara vez evoluciona hacia otro trastorno psiquiátrico no orgánico, como psicosis paranoide o esquizofrenia.

Para referirse al delirium, algunos autores emplean los términos Síndrome Cerebral Agudo, Psicossíndrome Agudo, Estado Confusional Agudo, Encefalopatía Metabólica (que deben ser considerados como sinónimos).

2.2 Etiología. Al igual que en otros T.M.O., la etiología del delirium es multifactorial (ver Etiopatogenia).

Son factores predisponentes:

- Historia de delirium previo.
- Inmadurez o senilidad del cerebro. (aunque puede presentarse a cualquier edad). Es más frecuente en niños y después de los sesenta años.
- Antecedentes de lesión cerebral.
- Dependencia a drogas, alcohol o ambos.

Son factores orgánicos causales:

- Intracraneales: epilepsia, alteraciones cerebrales, traumáticas, infecciosas, neoplásicas y vasculares.
- Extracraneales: ingestión y supresión de drogas como el alcohol, tranquilizantes, hipnóticos, agentes psicotrópicos (especialmente anticolinérgicos); muchas drogas de uso médico general para el tratamiento de la hipertensión, convulsiones, parkinson; glucósidos cardíacos, cimetidina, insulina, esteroides, y otros; envenenamiento por monóxido de carbono y metales pesados.
- Disfunción endocrina, hipo o hiperfunción, de las glándulas pituitaria, páncreas, adrenal, paratiroides, tiroides.
- Enfermedades no endocrinas, del hígado (encefalopatía hepática), renales y del tracto urinario (encefalopatía urémica), pulmonares (hipoxia), del sistema cardiovascular (fallas cardíacas, arritmias, hipotensión).

Déficit de tiamina.

- Infecciones sistémicas con fiebre y sepsis.
- Desequilibrio electrolítico de cualquier causa.
- Estado post operatorio.

2.3 Diagnóstico diferencial. Se hará con los estados psicóticos, que frecuentemente presentan sintomatología similar. Delirium y psicosis pueden coexistir en un mismo paciente, y es necesario insistir en la búsqueda de los síntomas primarios. También un desorden disociativo puede simular delirium, pero en el examen psicológico y psicopatológico siempre se detectan inconsistencias que orientan el diagnóstico. Un EEG normal excluye el delirium.

Lipowsky cree útil reconocer un síndrome intermedio entre la demencia y el delirium, el ESTADO AMNÉSICO CONFUSIONAL SUBAGUDO, en el cual, en ausencia de anublamiento de la conciencia o sólo con un compromiso moderado de la misma, ocurre una constelación global de déficit cognoscitivo que, no obstante su comienzo insidioso y curso continuo, es potencialmente reversible. Basados en estas características, algunos autores la han denominado demencia reversible (ver capítulo de psicogeriatría). Este síndrome se presenta con mayor frecuencia después de trastornos cerebrales agudos tales como traumatismo encéfalo craneano, hemorragia subaracnoidea, encefalitis o en aquellos de forma insidiosa y crónica como complicaciones de la anemia perniciosa, lesiones expansivas intracraneales de crecimiento lento, hipotiroidismo, hidrocefalo de presión normal, enfermedades hepáticas o renales, intoxicación crónica por barbitúricos, bromuros o plomo, etc.

3. SÍNDROME AMNÉSICO ORGÁNICO

Es un trastorno selectivo o circunscrito a las funciones de la memoria reciente y remota, con un grado variable de severidad. No hay alteración del estado de conciencia (delirium) ni deterioro intelectual (demencia).

El trastorno de la memoria reciente o de corto plazo determina marcada incapacidad para aprender nueva información (después de unos minutos se olvida un nombre y una dirección, una oración o secuencia de pares de palabras); no se recuerdan hechos comunes y corrientes sucedidos en el transcurso de días y semanas (amnesia anterógrada). Como consecuencia, hay desorientación en el tiempo.

La alteración de la memoria remota o de largo plazo impide el recuerdo de lo aprendido en el pasado (amnesia retrógrada), se olvidan acontecimientos personales, familiares, históricos; sin embargo, se recuerda mejor lo más antiguo, y la extensión temporal del período amnésico disminuye cuando el proceso patológico subyacente tiende a recuperarse.

La memoria inmediata o de fijación (repetición de dígitos) está conservada. Hay un síntoma asociado frecuente: la confabulación o falsificación del recuerdo, que consiste en recordar como verídicos, datos incorrectos, relatos de acontecimientos no sucedidos, a veces fantasías obviamente falsas. La confabulación suele ser transitoria y evoluciona en forma diferente a la amnesia (se ha sugerido para este síntoma una disfunción del lóbulo frontal). También se puede presentar pérdida del insight (comprensión) del marcado déficit de memoria que el paciente trata de minimizar, racionalizar y aún negar. El afecto suele ser superficial, o mostrar apatía y pérdida de la iniciativa.

3.1 Inicio, Curso y Pronóstico. Varían según la causa del trastorno; la enfermedad puede ser

transitoria, con recuperación total o parcial, o persistente, irreversible y aún de curso progresivo.

3.2 Etiología. Este síndrome es causado por un daño o disfunción focal del sustrato orgánico de la memoria: sistema hipotalámico-diencefálico o la porción medial del lóbulo temporal (cuerpos mamilares, fórnix, hipocampo). Los agentes patógenos pueden ser: deficiencia de tiamina, frecuente en el alcoholismo crónico (acompañado de neuropatía periférica constituye el síndrome de Korsakov), enfermedades que comprometan bilateralmente al hipocampo (a menudo postencefalitis, meningitis tuberculosa, trauma cerebral, infarto de la región temporal por trombosis o embolias), anoxia cerebral (intento de ahorcamiento, paro cardíaco, complicaciones anestésicas, intoxicaciones por CO₂, hemorragias subaracnoidas, etc.). Un síndrome amnésico de lenta evolución puede sugerir un tumor cerebral o enfermedad de Alzheimer.

3.3 Diagnóstico diferencial. El síndrome amnésico debe diferenciarse de los trastornos psicógenos de la memoria (estados disociativos de amnesia y fuga), caracterizados por sólo amnesia retrógrada con cierta pérdida de la identidad personal y desencadenados por conflictos emocionales.

4. ALUCINOSIS ORGÁNICA

Trastorno con sintomatología única y fundamental de alucinaciones, ya sea auditivas, visuales, táctiles u olfatorias, causado por un factor orgánico específico. Su evolución es recurrente o persistente. No se diagnosticará alucinosis orgánica cuando haya un estado de delirium, demencia, esquizofrenia o trastorno afectivo mayor. El síndrome se considera psicótico cuando hay convicción de que las alucinaciones son reales e influyen en el comportamiento del sujeto; y, no psicótico, cuando hay conciencia de que son causadas por un mal funcionamiento cerebral. Puede haber fluctuaciones entre ambas situaciones.

La alucinosis puede presentarse en alteraciones de los órganos sensoriales, como cataratas bilaterales, glaucoma y otesclerosis, generalmente ya tratadas y con una enfermedad cerebral concomitante; suelen ser crónicas, pero serán de breve duración si son consecuencia de un trastorno sensorial pasajero. Las alucinaciones auditivas, son las más frecuentes; se presentan en el alcoholismo crónico (alucinosis alcohólica). Las alucinaciones visuales pueden presentarse en lesiones cerebrales focales de la región cortical (parieto-occipital) derecha, en tumores del nervio óptico y del quiasma; por abuso de alucinógenos (LSD, mescalina), junto a distorsiones de la imagen corporal y sinestesias; por efecto tóxico de medicamentos como la levodopa, propranolol, efedrina, cocaína, anfetamina, etc.; en enfermedades como la migraña y arteritis temporal. Las alucinaciones visuales pueden estructurarse en forma de escenas con pequeñas figuras humanas (liliputienses) o de animales. Las alucinaciones táctiles son menos frecuentes. En la epilepsia llamada del lóbulo temporal, las alucinaciones auditivas, visuales o ambas pueden ser lo más destacado,

y ser paroxísticas (como parte de un ictus) con cierto grado de compromiso de conciencia.

El curso y pronóstico depende de la patología cerebral subyacente; puede durar días o semanas o tener un curso crónico.

El diagnóstico diferencial se hará con el delirium, la demencia, el síndrome delusional orgánico, la esquizofrenia, los trastornos disociativos, los síndromes afectivos en los cuales con frecuencia hay síntomas alucinatorios. Hay que tener en cuenta las características específicas de estos cuadros, y que en la alucinosis orgánica siempre debe encontrarse datos clínicos o auxiliares de daño orgánico cerebral.

5. TRASTORNO CATATÓNICO ORGÁNICO

Presenta leves alteraciones en el área cognitiva, siendo lo más característico la presencia de síndromes catatoniformes (estupor, agitación, estereotipias, negativismo). Las encefalitis y las intoxicaciones con monóxido de carbono son los factores etiológicos más frecuentes en este trastorno.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la esquizofrenia catatónica en la que no suelen encontrarse trastornos cognitivos ni enfermedades orgánicas concomitantes.

6. TRASTORNO DELUSIVO ORGÁNICO (esquizofreniforme)

Se caracteriza por el predominio de delusiones, generalmente de contenido paranoide, sin compromiso de conciencia y con evidencia de factores orgánicos. Como síntomas secundarios puede observarse (no siempre) moderada alteración de la cognición, manifestaciones esquizofreniformes como perplejidad, excentricidad en el vestir y lenguaje incoherente; además, anormalidades psicomotoras como hiperactividad o apatía, conducta ritualista o estereotipada. Si el síndrome es causado por el uso de sustancias químicas como las anfetaminas, las delusiones pueden ser sistematizadas. Se observa también en enfermedades generales que afectan el SNC, tales como en la epilepsia del lóbulo temporal, Corea de Huntington y lesiones del hemisferio no dominante. La aparición de un cuadro delusivo que por primera vez debuta en la edad media de la vida, impone descartar casualidad orgánica cerebral.

El diagnóstico diferencial se hará con la esquizofrenia paranoide y con los estados paranoides no orgánicos, en base a la historia clínica, las pruebas psicológicas, y otros exámenes auxiliares que puedan evidenciar un factor orgánico específico.

7. TRASTORNO AFECTIVO ORGÁNICO

Trastorno caracterizado por variaciones del estado de ánimo, ya sea depresión o manía, motivado por factores orgánicos cerebrales. No hay demencia, delirio, alucinosis ni delusiones. De intensidad variable, puede llegar a tener manifestaciones psicóticas moderadas o severas. A veces, es difícil diferenciarlo de

un episodio afectivo mayor. Pueden asociarse, ocasionalmente, alucinaciones y delusiones.

Se suele presentar:

- En un número apreciable de enfermedades generales que actúan como agentes etiológicos de cuadros depresivos o maníacos: hipotiroidismo, Síndrome de Cushing, Síndrome de Addison, hepatitis, anemia, desnutrición, carcinoma, procesos infecciosos generales como tifoidea o tuberculosis; también en trastornos cerebrovasculares.
- Por uso de medicamentos: reserpina, clonidina, metildopa, cortisona, anfetamínicos, antidepressivos tricíclicos, IMAOS, ansiolíticos, fenotiazinas y otros antipsicóticos.
- Por uso de sustancias psicoactivas. En nuestro medio: pasta básica de cocaína, cannabis, clorhidrato de cocaína, inhalantes, alcohol, y alucinógenos.

Los síntomas afectivos se explican como una respuesta psicopatológica producida por la interferencia directa de los procesos bioquímicos y neurofisiológicos que regulan el estado de ánimo.

El diagnóstico diferencial se hace con los otros trastornos afectivos, en base a la historia clínica y a la evidencia del factor orgánico específico.

8. TRASTORNO DE ANSIEDAD ORGÁNICO

El cuadro es similar al de Trastorno de Pánico o de Angustia Generalizada pero en este caso la sintomatología es causada por un factor orgánico específico que debe determinarse. El diagnóstico no se hará en estado de Delirium. Generalmente se debe a factores endocrinos o uso de sustancias psicoactivas; por ejemplo, hipo o hipertiroidismo, feocromocitoma, hipoglicemia o hipercortisolismo, intoxicación por drogas estimulantes, alcohol o tranquilizantes; tumores cerebrales localizados en la zona del tercer ventrículo o cercanos a él y en epilepsia de origen diencefálico. Otras causas pueden deberse a embolia pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, intolerancia a la aspirina, enfermedad del colágeno y brucelosis. Deficiencia de B12, enfermedad desmielinizante e intoxicación por metales pesados, son causas menos probables de cursar con angustia como único síntoma, pero tal eventualidad puede ocurrir.

El diagnóstico diferencial se hará con los Trastornos de Angustia o de Pánico verdaderos, tan frecuentes en psiquiatría pero que no reconocen una etiología orgánica.

9. TRASTORNO DISOCIATIVO ORGÁNICO

Presenta diversas disfunciones cognoscitivas, entre las cuales destaca la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado y la conciencia de la propia identidad, de manera que la información que se recibe no se integra al resto de la experiencia. Suele presentarse en

conexión etiológica con los más diversos trastornos médicos (intoxicaciones, traumas, tumores, etc.).

Se debe hacer el diagnóstico diferencial con el trastorno disociativo, siendo un dato importante la personalidad premórbida y la presencia o ausencia de enfermedad orgánica.

10. TRASTORNO DE LABILIDAD EMOCIONAL ORGANICO

Se trata de un estado caracterizado por labilidad emocional persistente y fatigabilidad; se presenta con mayor frecuencia en la enfermedad vasculocerebral.

11. TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE

Se caracteriza por una disminución del rendimiento cognoscitivo que puede incluir deterioro de la memoria, dificultad de aprendizaje y de concentración; este trastorno puede preceder, acompañar o suceder a infecciones o trastornos somáticos cerebrales o sistémicos muy diversos.

12. TRASTORNO ORGÁNICO DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO

Es el conjunto de alteraciones o cambios de los rasgos de la personalidad que pueden seguir o acompañar a una enfermedad, daño, o disfunción cerebral, a menudo focal. No diagnosticar este síndrome es uno de los errores más serios cometidos por un psiquiatra.

Los cambios observables son:

Alteración en la expresión de emociones (deficiente o excesiva). Se presenta labilidad emocional, estados de euforia y jocosidad que pueden pasar bruscamente a la apatía y crisis de llanto o irritabilidad y, aun, explosiones de cólera y agresión; éstos suelen ser motivados por estímulos mínimos. Hay cierto grado de desinhibición de impulsos y satisfacción de necesidades sin importar las normas sociales establecidas (robos, requerimientos sexuales inapropiados, voracidad al comer, descuido de la presencia e higiene personal, etc.). Algunos suelen tener poca motivación e iniciativa para comenzar y completar acciones. Los defectos cognitivos son casi exclusivos en el área de la planificación de las propias acciones con incapacidad de valorar sus probables consecuencias personales y sociales. Las diferentes alteraciones de personalidad están en relación con la localización y tipo de patología cerebral.

En relación con factores etiológicos se ha descrito los dos siguientes síndromes:

- Síndrome postencefalítico. Después de una encefalitis de origen vírico o bacteriano, puede quedar una sintomatología residual de trastornos del comportamiento, muy variables y en relación con la edad del sujeto al momento de la infección. A menudo es reversible.

- Síndrome postconmocional. Se presenta después de un traumatismo encéfalo-craneano que generalmente ha producido pérdida de conciencia. La sintomatología, muy variada, incluye cefalea, mareo (sin vértigo), irritabilidad, cansancio, baja del rendimiento intelectual, deterioro de memoria, poca tolerancia al stress emocional. Los factores psicológicos son muy importantes para determinar estados de ansiedad, depresión e hipocondría.

El curso y pronóstico de los trastornos orgánicos de personalidad depende de la etiología; si es transitoria (drogas u otras sustancias) o si es persistente, secundaria a daño estructural del cerebro.

El diagnóstico diferencial se hace con los desórdenes primarios de la personalidad, el síndrome delusional orgánico y los desórdenes afectivos, en base a la historia clínica, las características del cuadro y, específicamente, por la evidencia de organicidad.

El DSM IV distingue los siguientes tipos de trastornos orgánicos de la personalidad:

- Lábil, caracterizado por labilidad emocional.
- Desinhibido, con gran dificultad en el control de impulsos.
- Agresivo, con predominio de las pulsiones agresivas.
- Apático, con una marcada indiferencia y apatía.
- Paranoide, con desconfianza, suspicacia e ideación delusiva.
- Tipo mixto, en la que se combinan los caracteres anteriores.
- Otro tipo, cuando se manifiestan otras características.

ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS.

Lipowski considera que la compleja manifestación del cuadro clínico se debe a la estrecha interacción de múltiples factores inherentes a:

1. La causa orgánica o agente
2. El paciente o huésped y
3. El ambiente externo

1. LA CAUSA ORGÁNICA

Es el agente que causa disfunción metabólica del cerebro, daño en su estructura o ambos, y es condición necesaria para la aparición del síndrome. En su modo de acción debemos tomar en cuenta:

1.1 Grado de fuerza. Se refiere a la mayor cantidad o intensidad en la acción del agente: así, el mayor grado de hipoglicemia, hipoxia, toxina circulante, etc., o la mayor severidad de un traumatismo encéfalo craneano, aumentarán la probabilidad de disfunción cerebral.

1.2 Simultaneidad de varios factores patógenos. Tal como sucede en quemaduras severas, cirugía, infecciones, etc. Así, por ejemplo, en el delirium postquirúrgico, se aúnan los factores de estrés por la intervención, dolor postoperatorio, insomnio, medicación antálgica, desequilibrio electrolítico, infección, fiebre y pérdida sanguínea. Factores de toxemia, hipoxia, alteraciones del Ph sanguíneo potencian su efectividad y pueden causar un síndrome de delirio. En un anciano, un infarto cardíaco causa hipotensión arterial que lleva a un estado de delirium en un 13% de casos.

1.3 Extensión o amplitud del compromiso cerebral. El daño o disfunción cerebral puede ser:

a). De tipo global o generalizado, tal como en la insuficiencia metabólica cerebral por déficit en el aporte de oxígeno, glucosa, vitaminas y otros substratos esencia

es; o en las encefalopatías metabólicas de origen hepático, renal, pulmonar, etc.; o en los trastornos estructurales generalizados, sean degenerativos o vasculares y que causan los síndromes de delirium, estado confusional y/o demencia.

b). De tipo localizado o selectivo; así, la acción sobre la región reticular del tallo cerebral causa entorpecimiento de la conciencia; algunas drogas y virus tienen afinidad específica por el sistema límbico; el LSD 25 produce una hipsincronía en el hipocampo; la falta de tiamina daña las estructuras diencefálicas provocando un síndrome amnésico.

1.4 Modo de acción. Si la alteración es repentina e intensa (crisis hipertensiva, hipoglicémica, hipocalcémica) o rápidamente progresiva (invasión de una neoplasia maligna), se puede producir grados variables de entorpecimiento de conciencia, delirium o crisis convulsiva. Si el cambio es lento y prolongado (crecimiento de un tumor cerebral, hematoma subdural crónico, intoxicación crónica con barbitúricos o monóxido de carbono, hipotiroidismo crónico, anemia perniciosa, deficiencia nutricional prolongada, procesos degenerativos del sistema nervioso central) o si los trastornos patológicos se repiten a menudo (traumatismos cefálicos en boxeadores, reiterados infartos cerebrales, crisis hipoglicémicas), se presentará una psicopatología de inicio gradual y de curso subagudo o crónico, de tipo demencia, a veces irreversible. Si el trastorno patológico es único (intoxicación por CO₂, paro

cardíaco, un TEC), resultará un grado de déficit psicológico estacionario, sea global o selectivo, que salvo casos muy severos, puede ser compensado permitiendo una buena adaptación y competencia. La patología de un curso irregular como en los cuadros cerebro vasculares, resulta incierta e impredecible y en los estados iniciales puede dar lugar a depresiones severas y/o ansiedad, a veces con tendencias suicidas. Pueden, además, presentarse síntomas psicóticos.

2. FACTOR HUÉSPED

Se refiere a las variadas características de cada paciente, tales como:

2.1 Edad. El factor etiológico tiene efectos psicopatológicos diversos según la edad del paciente. En un niño, adolescente, o adulto joven frente a un TEC, tumor cerebral, infección o intoxicación, son frecuentes las manifestaciones de tipo delirium o estados confusionales, con somnolencia e irritabilidad. Los daños irreversibles, moderados o leves tienden a causar trastornos de conducta y déficit cognoscitivos circunscritos más que una demencia o síndrome amnésico. Entre los 40 y 60 años se incrementa la tendencia a la patología crónica cerebral acompañada o no de trastorno cognoscitivo. Es una regla dictada por la experiencia clínica considerar que toda persona con más de 40 años, que presenta un cambio de personalidad, tiene algún tipo de enfermedad cerebral, primaria o secundaria, de inicio reciente, a menos que se demuestre lo contrario. Después de los 60 años, en que es común un grado variable de degeneración cortical compensado, es frecuente que en relación con factores orgánicos o psicológicos aparezcan alteraciones cognitivas que no se producirían con un cerebro normal. Infecciones respiratorias, urinarias, anestesia general, deshidratación, drogas, estrés psicológico, en un anciano, suelen causar un delirium que, si no recibe tratamiento adecuado, puede convertirse en déficit permanente.

2.2 Grado de vulnerabilidad personal. Los mismos factores orgánicos o de estrés psicosocial, en personas de la misma edad, determinan diferentes tipos y severidad de respuestas patológicas según la susceptibilidad de la persona afecta, lo que podría deberse a una predisposición genética y/o a factores adquiridos neurofisiológicos o psicológicos; son ejemplos, la conducta agresiva en casos de embriaguez patológica en personas con daño del lóbulo temporal por TEC; los estados de delirium y síntomas alérgicos con dosis terapéuticas de digoxina, antidepresivos tricíclicos, ansiolíticos, penicilina; el delirium y alucinosis desencadenados por la abstinencia de alcohol, barbitúricos o sedantes en personas dependientes.

2.3 Factores de Personalidad. Es evidente que muchas personas tienen una predisposición psicológica permanente para responder con sintomatología cognoscitiva o psicótica a una amplia variedad de factores que deterioran el normal funcionamiento cerebral. Hay factores estructurados de la personalidad que parece tienen importancia predisponente como aquellos relativos al campo perceptivo cognitivo y a síntomas de ansiedad por empleo inadecuado de los mecanismos de defensa del ego.

2.4 Patología orgánica preexistente. El antecedente de daño cerebral de cualquier origen predispone al delirium; igualmente, la presencia de enfermedades sistémicas crónicas renales, cardiovasculares, autoinmunes, hepáticas o pulmonares, favorecen estados de delirium, confusionales o demenciales. La privación del sueño y/o su fragmentación puede iniciar un delirium, especialmente en ancianos.

3. FACTOR AMBIENTE

El exceso o defecto de la estimulación sensorial, el aislamiento social (pérdida de contactos interpersonales), poca familiaridad con el medio circundante (hospitalización, cambio de casa, por ejemplo) puede causar algún grado de deterioro cognoscitivo o anormalidad de conducta en una persona con deficiente proceso de información por daño cerebral. La población anciana es la más vulnerable a estas influencias ambientales que pueden facilitar el comienzo de un delirium o agravarlo.

DIAGNÓSTICO

Los trastornos mentales orgánicos deben ser diagnosticados en clínica, con un amplio conocimiento de su complejidad real y en forma sistemática, es decir, siguiendo árboles de decisiones diagnósticas. Es necesario, a veces, el trabajo conjunto del psiquiatra, médico general, neurólogo, neuropsicólogo y, quizá, del neurocirujano. El diagnóstico tiene dos etapas:

1. Diagnóstico Sindrómico

Por los datos de la anamnesis y del examen mental se identificarán los síndromes psicopatológicos de causa orgánica descritos, siguiendo los criterios diagnósticos establecidos para cada caso, considerando no sólo el agrupamiento de síntomas y signos específicos, sino su forma de inicio, curso y evolución en el tiempo y su respuesta terapéutica. Se deberá establecer el diagnóstico diferencial, con entidades clínicas que tengan sintomatología similar.

2. Diagnóstico Etiológico

El tipo de síndrome orienta a grandes rasgos sobre el factor causal; así, por ejemplo, en el delirium se pensará en una alteración generalizada, bioquímica o metabólica; en la demencia, alteraciones en la estructura cerebral; y, en los síndromes amnésicos, de alucinosis o de alteración de la personalidad, en una patología más o menos localizada. No hay una relación específica entre un determinado factor etiológico y el tipo de síndrome resultante. Este puede ser la vía final común de diversas etiologías, por ejemplo, un delirium puede ser causado por una infección, intoxicación, alteración metabólica, TEC, tumoración cerebral, etc.; y a la vez, un mismo factor etiológico (por ejemplo un tumor) puede causar

diversos síndromes, como delirium, demencia, síndrome amnésico, alucinosis, trastornos de personalidad, etc.

Debe considerarse:

2.1 Datos de amnesia. Es importante averiguar historia de alcoholismo, consumo de drogas, barbitúricos, trastornos de conciencia previos, (shock, paro cardíaco, convulsiones, TEC, etc.), enfermedades metabólicas (diabetes, hipotiroidismo, etc.), infecciones, parasitosis, intoxicación, etc.

2.2 Estudio clínico. Comprende: examen médico general, examen neurológico, que debe incluir la búsqueda de reflejos de prensión, succión, palmomentoniano y otros que son muy sugerentes de alteración cerebral difusa bilateral; examen mental; cuando sea necesario, examen neuropsicológico, especialmente de las funciones corticales superiores (afasias, agnosia, apraxia, y otras).

2.3 Exámenes auxiliares.

a). Exámenes de laboratorio: hematológico, bioquímica sanguínea, dosaje de hormonas, líquido cefalorraquídeo, etc. como ayuda al diagnóstico de procesos médicos subyacentes.

b). Electroencefalografía, convencional o computarizada, de gran ayuda para distinguir entre delirium (fondo de actividad de ondas lentas, difusas) y otras psicosis funcionales y trastornos episódicos. En la demencia, el EEG presenta alteraciones precoces pero inespecíficas, y ayuda a descartar una pseudodemencia depresiva; un cuadro de demencia bien establecido con un EEG normal o con muy ligera alteración, nos orienta a una enfermedad de Alzheimer.

c). Exámenes radiológicos. La radiografía simple de cráneo da signos valiosos sólo en muy contados casos. La tomografía axial cerebral computarizada (TAC), simple y contrastada, es un valioso examen que ayuda a encontrar lesiones cerebrales con desplazamiento de estructuras. Está indicada cuando el estudio de un paciente sugiere: 1) anormalidad focal en el examen neurológico, 2) EEG con anormalidad focal o generalizada, 3) demencia, 4) estado confusional persistente inexplicable, 5) convulsiones, 6) historia de ataques de rabia o conducta agresiva, 7) pruebas psicológicas que denotan organicidad, 8) historia poco común de cefalea.

- Imagen por resonancia magnética. Ahora más usada que la TAC, con más o menos iguales indicaciones, es el método ideal para evaluación del S.N., tiene la ventaja de no someter al paciente a radiación y da una imagen de mejor definición y contraste en tejidos blandos, siendo muy útil en el diagnóstico de hemorragias e infartos cerebrales, aún pequeños y multifocales, quistes, etc.

- Las pruebas psicológicas. Se empleará aquellas que permiten detectar organicidad. No hacen el diagnóstico pero pueden confirmarlo; son útiles el de Bender (capacidad de percibir y copiar exactamente ciertos dibujos); el de Benton, similar pero con intervención de la memoria visual; en la prueba de inteligencia de Weschler, la escala de memoria tendrá puntajes más bajos que la del cociente intelectual.

- Otros exámenes del cerebro, como el estudio poligráfico del sueño de interés en diagnóstico diferencial (por ej. una demencia se inicia con marcada disminución de la densidad del R_{EM}, mientras en la depresión hay gran aumento). Actualmente existe (aunque aún no en el Perú) nueva tecnología para visualizar la dinámica del funcionamiento cerebral mediante la inyección de sustancias marcadas, glucosa, oxígeno, etc., como el PET (Tomografía por emisión de Positrones)

TRATAMIENTO

El interés creciente por el tratamiento de los T.M.O. está estrechamente vinculado al progreso en el conocimiento de los factores etiológicos. Un enfoque total del problema de los TMO supone tomar en consideración lo siguiente:

a) Prevención Primaria. Tendiente a impedir la acción de los agentes causales sobre el S.N.C., tanto por educación de la comunidad cuanto por el empleo de acciones específicas que eviten la intoxicación, infección, traumatismo, desnutrición, etc. Son un ejemplo, la prevención de la demencia por múltiples infartos, que en un 75% de casos se puede evitar con el control y tratamiento de la hipertensión arterial y, también, el control de otros factores de riesgo que pueden evitar su progreso, tales como la hiperlipidemia, diabetes, enfermedades cardíacas y alcoholismo. La prevención del delirium tremens en alcohólicos crónicos, mediante el uso de benzodiazepinas o neurolépticos en los periodos de disminución o supresión del alcohol, ya que sólo en estas circunstancias se presenta el delirium.

b) Prevención Secundaria. Referida al diagnóstico precoz de los diferentes trastornos orgánicos enunciados y a su tratamiento adecuado e inmediato, según sea el caso. Se puede diferenciar dos tipos de tratamiento:

- Etiológico o específico, referido al tratamiento, en cuanto sea posible, de los procesos patológicos primarios causales mediante el empleo de técnicas médicas o quirúrgicas apropiadas. En la demencia, que siempre es un proceso patológico y no un "achaque de la vejez", hay un 10 a 15% de casos tratables, potencialmente reversibles, (meningiomas, tumores, hematoma subdural, carencia de B12, intoxicación farmacológica, disfunción tiroidea, hidrocefalia, meningoencefalitis subagudas, etc.). Los

casos de pseudodemencia depresiva se benefician con un adecuado tratamiento antidepressivo. En el delirium es básico encontrar y tratar la causa médica subyacente (enfermedades, intoxicaciones, infecciones, etc.)

- Inespecífico, de otros factores, sintomáticos, de comportamiento y ambientales. En la demencia, por ejemplo, tratándose de un trastorno mayormente crónico, al lado del tratamiento médico general y de otros síntomas psiquiátricos accesorios que puedan presentarse, es necesario conformar un equipo profesional-familiar para

enseñar la comprensión de la enfermedad y definir los cuidados del paciente, considerando además los problemas psicosociales. En el delirium, por ejemplo, es necesario cuidar un buen balance de líquidos y electrolitos, la nutrición, etc.; tratar con psicofármacos los estados de agitación, delusiones, alucinaciones, etc. (con frecuencia benzodiazepinas, haloperidol, con pocos efectos cardiovasculares); crear un ambiente sencillo, sin exceso ni privación de estímulos sensoriales (luz, ruido, etc.), con personas cercanas al paciente para que lo orienten constantemente y lo cuiden de accidentes y otras complicaciones.

c) Prevención Terciaria. Se refiere a un programa de rehabilitación psiquiátrica. Se evaluará la personalidad premórbida y el grado en que los trastornos neuropatológicos y psicopatológicos han determinado pérdida de capacidades, fijándose una estrategia que utilice los recursos personales y sociales aún disponibles, con la finalidad de evitar la invalidez, hospitalizaciones innecesarias y lograr, hasta donde sea posible, una readaptación a la vida familiar, ocupacional y social.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. SÁNCHEZ GARCÍA, J., Síndromes y Trastornos Mentales Orgánicos. Patofisiología, tratamiento, etiología, Lima, Clínica Sesator, 1990.
2. VELLAS, B.J., ALBAREDA, J., GARRY, P.J. (Eds) "Dementia And Cognitive Impairments. Facts And Research". In: Gerontology 1994. Supplement. París, Serdi Publisher, 1994.

CAPÍTULO 10: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

1. Los T.M.O. se originan en:

- () Una pérdida o anormalidad de la estructura y/o función del tejido cerebral

- Una alteración sólo de neurotransmisores
- Una alteración temporal del cerebro
- Ninguna es cierta
- Todas son ciertas

2. Los síntomas básicos son alteraciones:

- De conciencia
- Cognoscitivas
- Del afecto
- Son ciertas las dos primeras
- Todas son ciertas

3. Los síntomas accesorios o facultativos se vinculan:

- Al funcionamiento de la personalidad premórbida
- A conflictos psicosociales
- A respuestas compensatorias
- A síntomas neuróticos agregados
- Todos son válidas

4. Según Lipowski, la demencia y el delirium son síndromes con alteración simultánea y global de todas las funciones cognoscitivas

- En el mismo grado
- En diferente grado
- Con diferencias mínimas entre ellos
- La segunda y tercera son válidas
- Ninguna es válida

5. El déficit demencial suele ser precedido o acompañado por:

- Alucinaciones auditivas
- Delusiones
- Deterioro en el control emocional y alteración de la personalidad
- Todas son válidas
- Ninguna es válida

6. En la práctica, se considera demencia cuando el cuadro comienza después de:

- 16 años
- 17 años
- 18 años

19 años

20 años

7. La OMS señala que, para el diagnóstico de demencia, los síntomas deben haber tenido una presencia no menor de:

3 meses

4 meses

5 meses

6 meses

12 meses

8. La enfermedad de Alzheimer es una demencia:

Subcortical vascular

Subcortical no vascular

Cortical vascular

Cortical no vascular

Ninguna es válida

9. El delirium evoluciona en forma:

Continua

Intermitente

Fásica

Imprevisible

Ascendente

10. Lipowski considera en su etiopatogenia los siguientes factores (señale la que no corresponde):

La causa orgánica o agente

El paciente o huésped

El ambiente externo

Son válidas la primera y la segunda

Todas son válidas



CAPÍTULO 11

RETARDO MENTAL

Dr. Emilio MAJLUF

Dr. Francisco VÁSQUEZ PALOMINO

INTRODUCCIÓN

El retraso mental, llamado también retardo mental, abarca un amplio grupo de pacientes cuyas limitaciones en la personalidad se deben, esencialmente, a que su capacidad intelectual no se desarrolla lo suficiente para hacer frente a las necesidades del ambiente y poder, así, establecer una existencia social independiente.

Fundamentalmente es un compromiso con el desarrollo del cerebro, de una enfermedad o de una lesión cerebral que se produce durante o inmediatamente después del nacimiento, o es la consecuencia de un déficit en la maduración debido a que los estímulos ambientales provenientes de fuentes familiares, sociales o culturales han sido insuficientes para estimularla. Se muestra como una incapacidad o limitación, tanto psíquica como social, y generalmente es descubierta en la infancia.

El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los pacientes afectados de un retardo mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales, siendo la prevalencia de éstos al menos tres o cuatro veces mayor que en la población general. Es importante remarcar, además, que los retrasados mentales tienen mayor riesgo de sufrir explotación o abuso físico y sexual.

DEFINICIÓN

El término retraso mental significa "un funcionamiento intelectual por debajo del promedio, que se presenta junto con deficiencias de adaptación y se manifiesta durante el período de desarrollo (antes de los 18 años)". Esta definición, tomada de la Asociación Americana de Deficiencia Mental, nos proporciona una visión dinámica del trastorno.

ETIOLOGÍA

Los modelos adaptativos, biomédico y sociocultural, representan las dos aproximaciones principales a la definición conceptual del retraso mental. Los seguidores del primer modelo insisten en las alteraciones básicas en el cerebro como condición primordial para su diagnóstico. Los que proponen la segunda aproximación dan más importancia al funcionamiento social y a la adaptación general a normas aceptadas (Freedman, 1977).

La etiología del retraso mental se considera mayoritariamente multifactorial, y la combinación de los diversos factores etiológicos condiciona la gran variedad de manifestaciones clínicas. Se acepta que aproximadamente en el 30-40% de estos casos examinados a nivel de consulta externa, no se puede determinar una etiología clara a pesar de haberlos sometido a complejas evaluaciones. En el resto de los casos, los principales factores causales se distribuyen de la siguiente forma: aproximadamente en un 50% se detectan factores hereditarios; en un 30%, alteraciones tempranas del desarrollo embrionario; en un 50%, trastornos somáticos de la niñez; mientras que las influencias del entorno y los trastornos

mentales, se registran entre el 15-20% de los casos. Estos factores no se excluyen entre sí.

Siguiendo la clasificación de Freedman (1980), las causas y los síndromes asociados al retraso mental pueden dividirse en:

1. Factores prenatales:

1.1 Trastorno del metabolismo de los aminoácidos. Los más importantes:

- Fenilquetonuria
- Hiperglicemia idiopática
- Distrofia oculorrenal de Lowe

1.2 Trastornos del metabolismo de las grasas. Los más frecuentes:

- Degeneraciones cerebromusculares
- Enfermedad de Niemann-Pick
- Enfermedad de Gaucher

1.3 Trastornos del metabolismo de los hidratos de Carbono. Los más frecuentes:

- Galactosemia
- Intolerancia a la fructuosa
- Glucogenosis

1.4 Trastornos metabólicos diversos. Los más frecuentes:

- Hipercalcemia idiopática
- Hipoparatiroidismo
- Cretinismo bocioso
- Enfermedad de Wilson
- Dependencia de piridoxina
- Enfermedad de Crigler-Najjar (ictericia no hemolítica familiar)

1.5 Aberraciones cromosómicas. Los más frecuentes:

- Trastornos autosómicos (síndrome de Down, síndrome del maullido, trisomía 18, trisomía 22)
- Anomalías de los cromosomas sexuales (síndrome de Klinefelter, disgenesia ovárica o síndrome de Turner)
- Trastornos autosómicos dominantes (neurofibromatosis, distrofia miotónica, epiloia, craneosinostosis)
- Anomalías del desarrollo producidas por mecanismos genéticos recesivos o desconocidos (anencefalia, microcefalia, macrocefalia, hidrocefalia)

1.6 Infecciones maternas durante el embarazo. Las más frecuentes:

- Sífilis

- Rubeola
- Otras enfermedades

1.7 Complicaciones del embarazo

2. Factores perinatales: Prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino, lesiones durante el nacimiento, lesiones traumáticas cerebrales, factores anóxicos, querníctero.
3. Factores Post-natales: Meningitis purulenta, meningoencefalitis vírica, meningoencefalitis aséptica, intoxicación por plomo, traumas, trastornos convulsivos, espasmos infantiles, convulsiones febriles, parálisis cerebral, enfermedad de Heller, malnutrición.
4. Factores socioculturales: Problemas médicos, problemas sociales y emocionales, privación ambiental, retraso mental familiar.

GRADOS DE RETARDO MENTAL

El déficit en la función intelectual es considerado como su principal característica. Se toma en cuenta el cociente intelectual (C.I.) para clasificar los grados de retardo. Aquél debe determinarse mediante la aplicación individual de pruebas de inteligencia estandarizadas y adaptadas a la cultura de la población de la cual es miembro el sujeto. Las escalas de madurez social y de adaptación aportan una información complementaria, siempre y cuando estén adaptadas al medio cultural del paciente, debiendo completarse con entrevistas a los padres o a las personas que cuidan al enfermo y que conocen su discapacidad para la actividad cotidiana. Sin la aplicación de métodos estandarizados, el diagnóstico del retardo mental debe ser considerado como provisional. El carácter pluridimensional de éste se refleja también en los diversos enfoques utilizados para clasificar esta enfermedad. Esencialmente, todos ellos se refieren a las características del desarrollo del paciente, a su potencial de educación y entrenamiento, y a su adecuación social y vocacional. Los grados o niveles de retraso son clasificados por la CIE-10 de la forma siguiente:

- F70 Retraso mental leve (50 a 69 de C.I.)
- F71 Retraso mental moderado (del 35 a 49 de C.I.)
- F72 Retraso mental grave (del 20 a 34 de C.I.)
- F73 Retraso mental profundo (menos de 20 de C.I.)
- F78 Otro retraso mental
- F79 Retraso mental sin especificación

F70 Retraso Mental leve: Llamado también debilidad mental, subnormalidad mental leve, oligofrenia leve, morón. Se considera que un cociente intelectual (C.I) de 50 a 69 corresponde a un retraso mental leve.

Son pacientes que adquieren tarde el lenguaje, aunque son capaces de mantener una conversación y, por lo tanto, de expresarse en la vida cotidiana. Una gran parte llega a alcanzar una independencia para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse y controlar los esfínteres). Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares, sobre todo en la lectura y la escritura. Pueden desempeñarse en labores prácticas, más frecuentemente en trabajos manuales semicualificados.

Cuando el retraso va acompañado de una falta de madurez emocional o social destacadas, pueden presentarse dificultades para hacer frente a las demandas del matrimonio o la educación de los hijos, así como en la adaptación a la cultura.

En sólo una minoría de los adultos afectados puede reconocerse una etiología orgánica.

F71 Retraso Mental Moderado: Llamado también imbecilidad, subnormalidad mental moderada u oligofrenia moderada. Los pacientes con retraso mental moderado muestran una lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje, teniendo en esta área un dominio limitado. Los avances escolares son limitados, y aprenden sólo lo elemental para la lectura escritura y cálculo. Tienen dificultad para su cuidado personal. Sus funciones motrices son pobres, y necesitan de una supervisión permanente. Se considera que un cociente intelectual (C.I.) comprendido entre 35 y 49, corresponde al retraso mental moderado. En el trabajo desarrollan labores prácticas y sencillas, siempre y cuando estén detalladamente estructuradas y se les supervise de modo adecuado. De adultos es difícil que desarrollen una vida social completamente independiente; sin embargo, muchos de ellos son físicamente activos, con total capacidad de movimientos. El nivel de desarrollo del lenguaje varía, desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla, hasta la adquisición de un lenguaje sólo para lo cotidiano. Existen pacientes que nunca aprenden a hacer uso del lenguaje y utilizan la gesticulación manual para compensar la carencia verbal. En la mayoría se detecta una etiología orgánica. Son frecuentes el autismo, o trastornos del desarrollo, así como también la epilepsia, los déficit neurológicos y las alteraciones somáticas.

En la literatura psiquiátrica se consignan no pocos casos de retardo mental con memoria prodigiosa, sobre todo con los números. Es el caso de Inaudi, que a los 6 años causaba admiración por sus cálculos mentales y, a los 12, fue estudiado por Broca, cuando aún no había aprendido a leer; podía repetir fácilmente al revés y al derecho 30 números con sólo verlos una vez, habiendo llegado en una ocasión a repetir 400 números. Por otra parte, Maudsley refiere el caso de un retardado mental que después de leer el periódico cerraba los ojos y lo repetía íntegro. Asimismo, Bleuler nos relata el caso de un retardado mental que después de oír un sermón lo repetía textualmente, pero sin comprender su sentido.

F72 Retraso Mental Grave: Llamado también subnormalidad mental grave u oligofrenia grave. Se considera que un cociente intelectual (C.I.) entre 20 y 34, corresponde a retraso mental grave.

El paciente con retraso mental grave presenta un cuadro clínico mucho más severo que el anterior; básicamente, su etiología es orgánica, asociada a otros trastornos con escaso o nulo nivel del desarrollo del lenguaje, necesitándose, generalmente, de una anamnesis indirecta. La gran mayoría de los pacientes presenta marcado déficit motor, o la presencia de otras carencias que dan evidencia clínica de un daño o anormalidad del desarrollo del Sistema Nervioso Central.

F73 Retraso Mental Profundo: Llamado también idiotez, subnormalidad profunda u oligofrenia profunda. Se considera que el C.I., es inferior a 20.

Los pacientes de este grupo poseen muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas, y requieren ayuda y supervisión permanente. No muestran capacidad para comprender instrucciones o reconocerlas y actuar de acuerdo a ellas. Su comunicación no verbal es muy rudimentaria; muestran una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres. La etiología es generalmente orgánica. Suelen estar acompañados de trastornos somáticos y neurológicos graves que afectan la motricidad, así como de epilepsia o de alteraciones visuales y auditivas. Es frecuente el autismo atípico, sobre todo en aquellos que son capaces de caminar, así como la presencia de trastornos generalizados del desarrollo en sus formas más graves.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de retardo, cualquiera sea su grado, debe hacerse muy cuidadosamente y por un profesional experimentado. Un diagnóstico equivocado puede causar daños irreparables para el futuro del niño, así como prejuicios familiares y sociales. Debe utilizarse los siguientes procedimientos:

1. Historia Clínica

Anamnesis individual y familiar. La historia del embarazo y del parto, la consanguinidad de los padres y la presencia de trastornos hereditarios en la familia.

2. Examen Físico

Debe incluir una minuciosa observación del nivel de actividad del niño y de la cantidad de interacción

con los padres, con otras personas y con objetos inanimados. El examen físico debe ser prolijo y objetivo.

3. Examen Neurológico

La incidencia y gravedad de los trastornos neurológicos, generalmente, se acrecienta en proporción inversa al grado de retraso; pero, muchos niños con retraso grave no tienen anomalías neurológicas graves. Inversamente, alrededor del 25% de todos los niños con parálisis cerebral tienen inteligencia normal. En el examen debe explorarse áreas motoras, sensoriales y síndromes neurológicos.

4. Pruebas de Laboratorio

Exámenes bioquímicos, serológicos, citogenéticos, así como radiografías de cráneo, tomografía axial computarizada y resonancia magnética.

5. Examen Psiquiátrico

Exploración psiquiátrica que abarca la entrevista, la historia psiquiátrica y el examen del estado mental, pruebas de inteligencia y personalidad.

Es frecuente encontrar alteraciones en la conducta tales como hiperactividad, irritabilidad, evitación y agresividad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diversas condiciones médicas pueden simular el retraso mental. Los niños que proceden de hogares que proporcionan una insuficiente estimulación, pueden presentar retrasos motores y mentales que son reversibles, si se les proporciona un entorno enriquecido y estimulante en la primera etapa de la niñez. Diversas incapacidades, sobre todo la sordera y la ceguera (así por ejemplo Helen Keller, la ciega y sordomuda famosa por su inteligencia y voluntad), pueden simular un retraso mental. Sin embargo, es necesario establecer el diagnóstico diferencial con:

1. Los trastornos específicos del desarrollo

El atraso en éste caso es en un área específica y no global.

2. Los trastornos generalizados del desarrollo

Aparece una alteración cualitativa en el desarrollo de la interacción social, de las habilidades de comunicación, tanto verbales como no verbales, y de la imaginación.

3. Capacidad intelectual limítrofe

Generalmente, se establece dentro del rango de C.I. de 71 a 84, que requiere de una detenida y prolija evaluación de todas las fuentes de información psicobiosociales.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO

La medicina no posee los medios para curar a un retardado, una vez que el cuadro se ha instalado. El éxito terapéutico reside, en realidad, en el diagnóstico precoz. Se debe prevenir y diseñar un programa terapéutico integral que trate de frenar los diversos factores que en cada caso estén en juego. Sin embargo, se puede programar:

1. Tratamiento biológico: psicofarmacología.
2. Terapia psicológica: técnicas conductuales: individual y grupal.
3. Terapéutica recreativa: ludoterapia, deporte, actividades artísticas.
4. Pedagogía terapéutica: durante el período escolar.
5. Formación técnica: talleres protegidos.

6. Programas educativos a la familia y la sociedad.

7. Organización de servicios especializados.

El abordaje terapéutico debe ser multidimensional.

PREVENCIÓN E IMPORTANCIA FAMILIAR Y SOCIAL

Todos los conocimientos expuestos en este capítulo tienden a reforzar el criterio de lograr máxima prevención posible del retardo mental. Se considera que en un 30% de los casos se puede prevenir un retardo mental. En general, la profilaxis del retraso mental debe tener en cuenta:

1. Información; cuando una pareja ha concebido un hijo con retraso mental, netamente hereditario y de transmisión conocida, la probabilidad de tener otro hijo anormal es mayor que la media de la población general.

2. Prevención de infecciones e intoxicaciones en la gestación; rubeola, sífilis, reducción del consumo de alcohol.

3. Reducción de Contaminación ambiental; plomo y radiaciones.

4. Dieta adecuada; fenilquetonuria, galactosemia.

5. Investigaciones de las incompatibilidades sanguíneas fetomaternas.

6. Examen de cariotipo.

7. Prevención de los traumatismos obstétricos: anoxia neonatal.

8. Mejoría de la nutrición, agua, desagüe y vivienda.

Si hay algo que los niños y adultos con retardo mental comparten con mucha angustia, es que son diferentes; éstas circunstancias hacen que socialmente sean considerados como "excepcionales". Muchas veces las familias sobreprotegen a estos niños y no les brindan la oportunidad de experimentar y resolver sus propias necesidades, generando una imagen desdibujada de compasión y pena e impidiéndoles que crezcan y maduren, merced al ensayo y error en la experiencia de vivir por sí mismo. No se les prepara para la frustración positiva que conduce al crecimiento, desprendimiento y madurez, actitud familiar que debe corregirse

En suma, según Freedman "el retraso mental puede ser considerado como un problema médico, psicológico o educacional, aunque en último análisis es, fundamentalmente, un problema social".

LECTURAS RECOMENDADAS

1. VALLEJO RUILOBA, J., Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría, Tercera edición. Barcelona, Salvat, 1991.

2. VIDAL, G., Y ALARCÓN, R., Psiquiatría, Buenos Aires, Editorial Panamerica, 1986.

CAPÍTULO 11: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

RETARDO MENTAL

1. En la etiología del retraso mental se considera mayoritariamente

- Factores hereditarios
- Trastornos del metabolismo
- Aberraciones cromosómicas
- Multifactorialidad

2. Según la OMS, el C.I. en el retardo mental leve se ubica entre:

- 20-34
- 50-69
- menos de 20
- 35-49

3. Un paciente con retardo mental de origen orgánico, poco desarrollo del lenguaje y de la escritura, dificultad para la entrevista, déficit motor y C.I. 33, tiene:

- Retardo mental leve
- Retardo mental grave
- Retardo mental moderado
- Retardo mental profundo.

4. El diagnóstico de un paciente con retardo mental se hace por medio de:

- Pruebas psicológicas de inteligencia y vocacional
- Exámenes multifactoriales
- Entrevista psiquiátrica al paciente y su familia
- Pruebas psicológicas de inteligencia y personalidad
- Todas son válidas

5. En el tratamiento del retraso mental lo más indicado es:

- Terapéutica psicofarmacológica
- Psicoterapia de tipo conductual
- Programa terapéutico integral
- Vivir en instituciones especializadas
- Todas son válidas

6. Entre las acciones de prevención, señale la que no corresponde:

- Consejo y diagnóstico prenatal
- Inmunización precoz
- Despistaje de estrés en los padres
- Disminución de la contaminación ambiental
- Diagnóstico genético

7. Como respuesta al medio social, señale la que no corresponda a retardo mental:

- Tiene una alta estima de su persona porque es "excepcional"
 - Se vuelve irritable e hiperactivo
 - Se vuelve evasivo y a veces solitario
 - Se vuelve agresivo y a veces impulsivo
-

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 12

TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS Y PSICOSIS AFINES

Germán E. BERRÍOS

INTRODUCCIÓN

Desde la última edición de este manual, los avances en biología molecular, neuroimagen (p. ej., resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones), histopatología y neuropsicología nos han acercado más a la fisiopatología y etiología de la esquizofrenia y cuadros afines. En conjunto, tales hallazgos sugieren un compromiso funcional y estructural de los lóbulos frontal y temporal del cerebro, en los trastornos que constituyen el tema del capítulo.

Desde el punto de vista del estudiante de medicina, sin embargo, los cambios más importantes se han operado al nivel de definiciones diagnósticas (p. ej. la clasificación americana, DSM-IV, y la Internacional de Enfermedades, CIE-10, dado que éstas determinan el diagnóstico cotidiano y la investigación. Cambios de importancia han ocurrido también en el tratamiento y la rehabilitación. Los llamados neurolépticos atípicos parecen tener una baja incidencia de efectos parkinsonianos; y, técnicas como la terapia cognoscitiva han ganado un lugar en el manejo psicológico de síntomas tales como las delusiones.

Junto con los trastornos orgánicos, las psicosis constituyen el núcleo central de la psiquiatría. Descendientes directos de la vieja noción de locura, estos cuadros clínicos heterogéneos se han clasificado y explicado de varias maneras, aunque hoy se impone la dicotomía Kraepeliniana (esquizofrenia y locura maniaco-depresiva) y su respectiva hipótesis neurobiológica. Sin embargo, no hay duda que variables psicológicas y sociales cumplen un papel fundamental en la aparición, tendencia a la cronicación y tratamiento de tales trastornos. El diagnóstico de la esquizofrenia, de los trastornos delusivos y el de los cuadros psicóticos no clasificados, aún se basa en la clínica descriptiva. Los linderos entre estos cuadros no son siempre claros y dificultan el diagnóstico del neófito, en cuyo caso la ayuda del especialista es esencial. Este capítulo trata de la historia, epidemiología, presentación clínica y clasificación, genética y etiología, patogénesis y tratamiento de la esquizofrenia.

RESEÑA HISTÓRICA

La transformación de las locuras en lo que actualmente se llaman las psicosis, comenzó durante la segunda mitad del siglo XIX. Las locuras se definieron originalmente como trastornos primarios de las funciones intelectuales que llevaban a una dislocación del comportamiento y de la competencia psicosocial. Esta amplia definición permitió que entre las locuras se clasificaran la epilepsia, las depresiones melancólicas delirantes, los cuadros cerebrales orgánicos agudos e incluso las demencias. Después de la segunda mitad del XIX, la psicología de las facultades y otros factores ideológicos poderosos causan una fragmentación del grupo de las locuras. Así, aparecen los trastornos puros de las funciones intelectuales (que llevan el diagnóstico de demencia precoz o esquizofrenia y los estados paranoides), de las funciones orécticas o emocionales (que llevan a la enfermedad maniaco-depresiva) y de las funciones volitivas que generan más tarde los trastornos psicopáticos. Un segundo plano de clivaje divide a las psicosis según tengan o no compromiso de conciencia (clasifica entre las primeras a

los cuadros orgánicos agudos). Finalmente, un tercer plano separa las psicosis funcionales de cuadros neurológicos tales como la epilepsia y la neurosífilis.

Así, se perfila un grupo de psicosis más angosto y homogéneo que, en cada país europeo (particularmente Alemania, Francia e Inglaterra), sufre modificaciones adicionales. Éstas se hacen de acuerdo a rasgos clínicos sincrónicos y, más tarde, bajo la influencia de la teoría de la degeneración, a características familiares. Las fluctuaciones naturales en el curso de tales cuadros, sin embargo, crean dificultades para los clasificadores y muchos, en su desesperación, postulan la existencia de una psicosis única. En 1863, no obstante, Kahlbaum sugiere una definición longitudinal o diacrónica de las psicosis. Veinticinco años después esta idea es adoptada por Kraepelin, quien utiliza el curso y pronóstico de la enfermedad como criterio diagnóstico, y cuestiona el valor discriminativo de los síntomas. Este descuido de la fenomenología de las psicosis se agrava con la aparición del movimiento psicodinámico que, en su esfuerzo por enfatizar los orígenes psicológicos de la enfermedad, descuida tanto sus características clínicas cuanto su clasificación. La psiquiatría descriptiva y psicodinámica se combinan en el trabajo de Bleuler, quien también acuña el término esquizofrenia. Aunque de una belleza descriptiva impresionante, el libro de Bleuler engendra una concepción borrosa de la enfermedad y los llamados síntomas primarios se muestran reacios a la operacionalización. Adolfo Meyer lleva esta versión de la esquizofrenia a los Estados Unidos de Norte América, donde alcanza gran éxito y se convierte en un "cajón de sastre" que hasta la década del 60 abarca, incluso, la llamada esquizofrenia pseudoneurótica y los estados fronterizos. Este hecho cultural curioso, añadido a la expansión marcada del psicoanálisis, explica la pobre contribución que tal país hiciera entre 1920 y 1970 al conocimiento de esta enfermedad.

En Europa, sin embargo, y debido al extraordinario trabajo descriptivo de Willy Mayer-Gross, Karl Schneider y Kurt Schneider, sobrevive una concepción clínico-médica de la esquizofrenia. Los llamados síntomas de primer rango de Schneider, ya especificados en 1937, intentan identificar, sobre bases empíricas, un perfil diagnóstico. En los años 70 esta perspectiva es redescubierta tanto en los EEUU cuanto en Europa. Pronto, la aplicación de modelos antañones (pertenecientes a la neurología británica decimonónica de Reynolds y Jackson) lleva a subdividir los síntomas de la esquizofrenia en positivos y negativos. Penosamente, esta dicotomía ha primado, y la investigación actual gasta más tiempo que el necesario en determinar sus aspectos diagnóstico, pronóstico y causal.

EPIDEMIOLOGÍA

La esquizofrenia es una enfermedad relativamente común. Cifras exactas al respecto, sin embargo, no son fáciles de obtener. Los tres índices más conocidos en epidemiología clínica, son aquellos que nos dicen de la aparición de nuevos casos en un período temporal determinado (incidencia), de la cantidad de casos en existencia dentro de un período dado (prevalencia) y de la probabilidad de que cualquiera de nosotros desarrolle esquizofrenia (riesgo de vida). Las cifras más recientes que se pueden citar al respecto, dicen que la incidencia de esquizofrenia es de 30 por 100,000 por año; la prevalencia de punto es de 2%; y finalmente, el riesgo de vida es aproximadamente 0,9%. No parece haber ninguna diferencia entre los sexos, aun cuando la enfermedad tiende a aparecer primero (un promedio de 5 años antes) en el varón. Mientras más estrictos son los criterios diagnósticos, más se diagnosticará la enfermedad en varones. Igualmente, estos últimos muestran más incompetencia psicosocial premórbida. No existen índices predictivos claros con respecto a mejoría. Los síntomas positivos no predicen nada; los negativos sí lo hacen, como lo mostrara Langfeldt y Ciompi, pero son más difíciles de definir e identificar. La presencia de síntomas afectivos no mejora el diagnóstico, como antes se creía. La mortalidad en la esquizofrenia está muy aumentada. El suicidio es una causa común; entre el 10 y 15% de enfermos tienen éxito letal. Recientemente, ha habido debate sobre el significado del hallazgo epidemiológico que sujetos concebidos durante el invierno (o nacidos entre diciembre y marzo en el hemisferio norte) parecen tener un riesgo mayor para la enfermedad. Se ha inculcado, en este respecto, a virosis y otras infecciones invernales en la madre, pero la evidencia en favor de tal hipótesis es magra.

CLASIFICACIÓN

Una buena clasificación médica debe crear grupos que sean clínica y pronósticamente significativos,

basados, ya sea sobre descripción sintomatológica, curso o especulación causal. Ha habido muchos intentos de clasificar a las esquizofrenias y cuadros afines, siendo una de las agrupaciones clínicas más perdurables la de esquizofrenia simple, hebefrénica, catatónica y paranoide (Kraepelin y Bleuler), simplemente porque está basada sobre constelaciones sintomáticas más o menos estables. Una de las clasificaciones más de moda en este momento, corresponde a la de Esquizofrenia (295) del DSM-IV que a continuación se detalla:

295.10 Tipo desorganizado. Los rasgos esenciales de este tipo son desorganización del habla y del comportamiento, afecto aplanado o inapropiado. También puede haber risas y comportamientos tontos que no son congruentes con el contenido del discurso.

295.20 Tipo Catatónico. Constituyen rasgos esenciales, un trastorno psicomotor marcado que comprende inmovilidad motora, o actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia. La inmovilidad motora se puede expresar como catalepsia (flexibilidad cérica) o estupor.

295.30 Tipo paranoide. El rasgo esencial de la esquizofrenia de este tipo es la presencia de ideas delusivas prominentes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una preservación relativa del afecto y funciones cognitivas.

295.60 Tipo Residual. Este diagnóstico se deberá usar cuando el enfermo ha tenido ya, por lo menos, un episodio anterior de esquizofrenia y al presente no tiene síntomas psicóticos prominentes (p. ej., delusiones, alucinaciones, lenguaje y comportamiento desorganizados), pero hay la evidencia de una continuación de la enfermedad por los síntomas negativos (p. ej., afecto aplanado, pobreza del habla, abulia) o dos o más síntomas positivos atenuados (p. ej., comportamiento excéntrico, desorganización leve del habla y creencias estrambóticas). Si hay delusiones o alucinaciones, éstas no son prominentes y no se acompañan de un trastorno del afecto.

295.90 Tipo indiferenciado. Constituyen rasgos esenciales la presencia de síntomas que son insuficientes para diagnosticar al enfermo como tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

De acuerdo a su historia natural (o longitudinal) en un año, estos cuadros también se pueden clasificar en episódicos con síntomas residuales entre episodios (un episodio se define por la re-emergencia de síntomas psicóticos prominentes); con síntomas negativos prominentes, sin síntomas residuales entre episodios; continuo (cuando los síntomas psicóticos prominentes están presentes durante todo el periodo de observación) o con síntomas negativos prominentes; episodio único en remisión parcial o con síntomas negativos prominentes; episodio único en remisión total y otro tipo de configuración no especificable.

La CIE-10 incluye esquizofrenia, estados esquizotípicos y trastornos delirantes, siendo los subtipos: esquizofrenia esquizotípica, delirante persistente, psicótica transitoria, delirante inducida y otras psicosis no orgánicas. Finalmente, vale la pena mencionar una clasificación británica –propuesta por T. Crow– que combina la descripción clínica y la fisiopatología; comprende una esquizofrenia Tipo 1, caracterizada por síntomas positivos, buen pronóstico, un aumento en la actividad dopaminérgica en los núcleos de la base (y ninguno o pocos cambios patológicos en la tomografía axial computarizada); y, Tipo 2, caracterizada por síntomas negativos, mal pronóstico, reducción en la actividad dopaminérgica cerebral, agrandamiento de ventrículos laterales, y que probablemente es una secuela de patologías adquiridas de tipo viral. Esta debatida clasificación es útil porque sugiere una distinción clara entre las llamadas esquizofrenias de buen pronóstico o benignas, y aquellas de mal pronóstico o Kraepelinianas.

CLÍNICA

La estipulación de definiciones precisas para esta seria enfermedad es más difícil que el reconocimiento en la práctica médica diaria de cuadros típicos. Se trata casi siempre de una persona joven, a menudo varón, que ha presentado ya por meses (o años) conductas prodrómicas difíciles de identificar, tales como cambios en la personalidad y el afecto, una tendencia al retraimiento y deterioro en patrones de conducta ya alcanzados. A éstos se suma irritabilidad, desasosiego, letargo, declinación en la función intelectual, preocupaciones religiosas, y, a veces, tendencia a creencias raras y acciones extraordinarias. Al principio, estos cambios pueden ser sutiles y confundirse con las conocidas tormentas psicológicas del adolescente; sin embargo, tales síntomas empeoran y dañan la competencia

psicosocial del joven enfermo. Tarde o temprano, una dislocación mayor o súbita del comportamiento precipita un examen médico; otras veces, tal ruptura en la conducta no aparece y el enfermo se sumerge gradualmente en su enfermedad. El examen mental mostrará, entonces, síntomas claramente diferenciales de las conductas adolescentes, tales como los de primer rango de Schneider, pertenecientes a tres esferas de la psicopatología: delusiones, sentimientos de pasividad y alucinaciones. En su totalidad son los siguientes: 1) pensamientos audibles; 2) alucinaciones de voces hablando en tercera persona; 3) alucinaciones de voces comentando sobre las acciones del enfermo; 4) experiencias o sentimientos de pasividad, es decir, la sensación y/o creencia que una agencia externa controla al pensamiento, emociones o acciones del sujeto; 5) la idea delusiva que alguna agencia roba los pensamientos del sujeto o le inserta nuevos; 6) la idea delusiva que los pensamientos del sujeto son audibles (p.ej. como transmitidos en voz alta) a medida que el sujeto los piensa; y 7) percepción delusional, es decir, ideas erróneas que surgen bruscamente en relación a percepciones normales.

El sujeto también puede mostrar síntomas de segundo rango tales como otros tipos de alucinaciones e ideas delirantes, perplejidad, anhedonia, aplanamiento del afecto, letargo, rasgos catatónicos, desorden del pensamiento, etc. Algunos de estos síntomas tienen buen valor pronóstico, pero son difíciles de definir y se yuxtaponen a los llamados síntomas negativos de la esquizofrenia.

Las permutaciones y combinaciones de síntomas crean una miríada de presentaciones atípicas. Algunos cuadros sólo incluyen síntomas de primer o de segundo rango, su presentación puede ser súbita o gradual en la adolescencia tardía (muy común) o en la tercera edad (extremadamente rara). En general, los síntomas aislados hacen el diagnóstico particularmente difícil. Se dice que el pronóstico es peor cuanto más temprana es la aparición del cuadro y cuando éste incluye síntomas negativos; es mejor cuanto más tarde aparece la enfermedad, y cuando hay una predominancia de síntomas positivos. El curso de la enfermedad es igualmente variable. Un tercio de enfermos mejora para siempre; otro progresa a un estadio crónico con recaídas y períodos buenos; y, el tercio restante, muestra sintomatología continua y eventualmente se establece con un patrón de defecto, a veces marcado por cortas reactivaciones y, ocasionalmente, asociados a estresores ambientales.

1. Subtipos

Se ha mencionado ya que se reconocen hasta cinco subtipos en la exploración clínica transversal: paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual.

El primero se caracteriza por la presencia de delusiones y alucinaciones; el segundo, por desorganización del lenguaje y del comportamiento y un afecto aplanado o inapropiado (síntomas negativos); el tercero, por los síntomas catatónicos que consisten en una reducción marcada en la reactividad del sujeto a su ambiente, comprometen tanto la conducta motora cuanto el habla. Aparte de conductas de tipo estuporoso, el sujeto puede mostrar posturas estatuarias, flexibilidad cérea (una tendencia a quedarse en posiciones en las que el examinador lo pone), una tendencia a resistir el ser conducido de una habitación a otra (se puede poner rígido e hipertónico) y, muy rara vez, períodos de excitación motora y agresión ciega inmotivadas. El tipo catatónico, alguna vez común, casi ha desaparecido de los países avanzados, pero todavía es observable en la India, Latinoamérica y África. Las razones de tal desaparición no son claras pero, tal vez, dependan del tratamiento precoz de la enfermedad.

2. Formas crónicas de la enfermedad

Los que no salen del episodio agudo marchan inexorablemente hacia la cronicidad. La psiquiatría europea reconoce varios tipos; sin embargo, el concepto de deterioro o defecto no es tan sencillo de establecer; representa más bien una variable compuesta que incluye ingredientes medibles, tales como nivel de competencia psicosocial y otros menos asibles como la relación que existe entre síntomas positivos (p. ej., delusiones) y comportamiento. La esquizofrenia de Kraepelin parece corresponder al enfermo con defecto, aún cuando no se sabe cuántos enfermos con un solo episodio vio Kraepelin y qué pensó de ellos. Tampoco es claro cuál ha sido el efecto de los tratamientos modernos sobre la distribución o pronóstico diferencial de estos enfermos.

Los síntomas centrales de la esquizofrenia se acompañan de otros que, aun cuando no son considerados

como pertenecientes a la enfermedad, tienen importancia en relación a su curso y tratamiento. Así, son frecuentes síntomas afectivos tales como depresión, aplanamiento afectivo, ansiedad, fobias y pánico. La primera es común y puede aparecer antes, durante y después del episodio esquizofrénico agudo; a veces, el humor depresivo es enmascarado por los síntomas de la enfermedad. Se ha llegado a afirmar que la depresión indica una evolución favorable. Aún no se ha determinado si la depresión es un efecto colateral de la medicación neuroléptica, o una reacción a la toma de conciencia del enfermo de la seriedad de su estado, o si parte de la enfermedad. Sea como fuere, la depresión parece ser un factor en el 10% de enfermos que se suicidan cada año.

Los enfermos con esquizofrenia muestran, además de síntomas depresivos, ansiedad generalizada y trastornos fóbicos. La ansiedad es muy común durante los estados agudos de la enfermedad, generada tal vez por la presencia de síntomas psicóticos a veces aterradoras, y por la sensación que tiene el enfermo de que el mundo o su Yo se desmoronan. A medida que la enfermedad se cronifica, la pérdida de la pericia cognoscitiva, la capacidad de atención y la ruptura de las rutinas del vivir hacen que el enfermo se vuelva inseguro, incapaz y con, frecuencia, socialmente ansioso. Desgano y miedo a salir a la calle llevan al desarrollo de estados pseudoagorafóbicos. Finalmente, no es rara la presentación de síntomas obsesivos y compulsivos, cuya temática ocasionalmente se relaciona a aquella de las delusiones y alucinaciones. Estos síntomas neuróticos pueden ser un obstáculo para la rehabilitación del enfermo, al igual que los cambios cognoscitivos que acompañan a la enfermedad. Por ejemplo, durante el episodio agudo hay un déficit de la atención. Cuando los síntomas agudos pasan, el enfermo puede quedar con un déficit de concentración que disminuye su competencia psicosocial; hay, también, un déficit de memoria que recuerda aquel de los síndromes amnésicos crónicos.

No hay marcadores neurobiológicos definitivos en esta enfermedad. Las neuroimágenes muestran un agrandamiento estadísticamente significativo, tanto de los ventrículos laterales como del tercer ventrículo, pero su significado fisiopatológico es incierto. También se ha postulado una reducción en el flujo sanguíneo y en la actividad metabólica del lóbulo frontal (hipofrontalidad), que corresponde a un compromiso de las funciones ejecutivas de esta región cerebral. Asimismo, se ha encontrado que los lóbulos temporales, particularmente el hipocampo del hemisferio dominante, están atrofiados con pérdida celular y de redes y conexiones. No se sabe si estos cambios son de origen genético o injurias al cerebro embrionario, resultantes de alguna enfermedad materna. No hay evidencia que el tratamiento a largo plazo con neurolépticos sea el causante de ninguno de estos déficits. Hay, sin embargo, evidencia circunstancial que los anticolinérgicos usados para combatir los síntomas extrapiramidales pueden contribuir al déficit cognoscitivo.

ETIOLOGÍA Y PATOGÉNESIS

La evidencia neurohistológica, neuropsicológica y genética, sugiere que la esquizofrenia resulta de cambios patológicos en la organización cerebral, a nivel de los lóbulos frontales y temporales y en los ganglios de la base. Estos cambios podrían deberse a defectos genéticos en la codificación de ciertas estructuras anatómicas, o a daños congénitos causados, por ejemplo, por un retrovirus. Entre los mensajeros neuroquímicos, la dopamina ha sido señalado como la candidato más probable. Se sugiere que hay un estado hiperdopaminérgico que refleja probablemente un aumento en la sensibilidad de los receptores D2. Evidencia en favor de esta hipótesis se ha obtenido de tres esferas distintas: estudios post-mortem de ligazón de sustancias radiactivas al cerebro de esquizofrénicos (que muestran un aumento en afinidad que probablemente refleje un aumento en el número de receptores); el uso de marcadores comportamentales, tales como el parpadeo espontáneo que refleja el estado del receptor dopaminérgico (que muestra que está aumentado en el esquizofrénico, así como disminuyendo en el enfermo con Parkinson), y la farmacología misma de las sustancias neurolépticas (que muestra que estos fármacos actúan bloqueando los receptores dopaminérgicos). Existe, también, cierta evidencia de una asociación entre los genes que codifican los receptores D2 y D3 y la esquizofrenia.

La fisiopatología de la esquizofrenia, es decir lo que pasa entre los receptores y los síntomas, continúa siendo un misterio; por ejemplo, ni siquiera se sabe cómo el cerebro genera alucinaciones y delusiones. Hay evidencia, sin embargo, que tanto lesiones vasculares en el lóbulo temporal como la estimulación eléctrica de estructuras límbicas, dan lugar a delusiones pasajeras y a alucinaciones acompañadas a veces de convicción de realidad. Estas correlaciones explican la presencia de cuadros psicóticos en la epilepsia del lóbulo temporal, pero no está claro si también lo hacen con la sintomatología de la psicosis en general. Durante los últimos años, y siguiendo estas pesquisas, se ha sugerido que mientras los

síntomas positivos están relacionados a patología del lóbulo temporal los negativos encuentran su asiento en el frontal.

En los últimos años ha habido un avance marcado en la neuropsicología de la esquizofrenia, particularmente en relación al déficit de atención, memoria y al llamado sistema ejecutivo frontal. Las bases genéticas de estos tres déficits permanecen oscuras; incluso, no se sabe cuál es su correlación con los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.

1. Genética

La esquizofrenia es una enfermedad cerebral multifactorial y multigenética. Esto quiere decir que un conjunto de genes crea, a través de trastornos en la organización neuronal, una vulnerabilidad seria que puede rápidamente expresarse ante la presencia de gatillos ambientales. Aun cuando los genes específicos no se han identificado, la evidencia proveniente del estudio genético de mellizos univitelinos, familias e hijos adoptados, es clara. En el caso de gemelos, el factor genético se expresaría en el hallazgo de una concordancia (es decir, en el hecho que ambos mellizos univitelinos criados aparte desde el nacimiento muestren la enfermedad) significativamente más alta que lo que se esperaría por una asociación al azar. La concordancia en univitelinos oscila entre 30 y 50%, mientras que en mellizos bivitelinos (que comparten menos genes) es de cerca del 12%. Por otro lado, los estudios de familias muestran que mientras que en la población general el riesgo de vida es de 0,9%, en los parientes de primer grado de sujetos con esquizofrenia sube al 10%, índice aún más alto en familias con varios miembros con la enfermedad. El riesgo de desarrollar esquizofrenia cuando un progenitor tiene la enfermedad es de 16%; y cuando los dos la sufren, de más de 40%. Más aún, en los estudios clásicos de Kety se encontró que los parientes cercanos de enfermos con esquizofrenia que habían sido criados desde el nacimiento lejos de sus familias nucleares era de 20,3%; mientras que el índice de la enfermedad entre sus padres adoptados, solo del 5%. Estos hallazgos muestran que una teoría puramente ambientalista o de aprendizaje de comportamiento esquizofrénico no es suficiente. Otra técnica es la de identificar marcadores biológicos definidos, como caracteres hereditarios estables asociados con los genes de la esquizofrenia. La esperanza es que estos endofenotipos (los marcadores) reemplacen a los exofenotipos (los signos y síntomas de la enfermedad). Entre éstos se cuentan el déficit en movimientos de seguimiento de los ojos (eye tracking) y, probablemente, asociaciones con algunos subgrupos del sistema de antígenos en contra del leucocito humano (HLA). El hecho de existir una correlación negativa (esto es, más de una cuando menos de la otra) entre la artritis reumatoide y la esquizofrenia, ha llevado a la búsqueda de asociaciones inmunológicas en esta última; y varias veces se ha encontrado un aumento de anticuerpos antinucleares y una disminución en la producción de interleukina-2. El significado, sin embargo, de tales hallazgos no es claro.

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

La esquizofrenia es una enfermedad tratable y son tres las formas de tratamiento que, combinadas, dan el mejor manejo del enfermo. Por un lado están los tratamientos biológicos, tales como los psicofármacos y la terapia electroconvulsiva. En segundo lugar están los tratamientos psicológicos, que incluyen terapias de la conducta encauzadas al manejo de síntomas específicos; terapias cognoscitivas y sistemas de economía de fichas (mucho menos frecuentes al presente). Finalmente, los tratamientos sociales, en los cuales el énfasis está en el uso de las estructuras grupales y administrativas de la sala donde el enfermo se encuentra; la posibilidad que una alta emoción expresada en ciertas familias lleve a recaídas o retarde la mejoría, ha llevado a ofrecer tratamiento psicosocial a grupos familiares.

La primera etapa en todo buen plan de tratamiento es la de cerciorarse, una vez más, que el enfermo tiene la enfermedad que uno sospecha. El diagnóstico diferencial de la esquizofrenia se debe hacer con los estados delirantes, la manía, algunas depresiones psicóticas, estados psicóticos inducidos por drogas, psicosis asociadas a cuadros endocrinológicos y neurológicos, ciertas narcolepsias, cuadros histéricos y reacciones psicóticas agudas debidas a estrés. Una vez que se ha hecho el diagnóstico y documentado al enfermo se debe decidir si se lo maneja ambulatoriamente o en el hospital. La decisión de donde llevar a cabo la terapia depende tanto de la agudeza de la sintomatología psicótica, cuanto de la dislocación social que están causando. Estos trastornos pueden deberse ya sea a que los síntomas están controlando el comportamiento del enfermo (no siempre es así), o a que la conducta caótica del

enfermo pone en peligro su futuro o el de otras personas. Esto quiere decir que aun enfermos con comportamiento caótico pueden ser manejados en la comunidad, si existen las facilidades adecuadas (hospitales de día) o hay tolerancia familiar.

La segunda decisión a tomar es si se va a medicar o no al enfermo. En general, es sensato medicar a todos los enfermos, durante su primer episodio, desde que hay buena evidencia que los neurolépticos controlan la enfermedad; en el caso de crónicos en recaída, la decisión dependerá de si el ingreso se debe a una reactivación de los síntomas psicóticos, a discontinuación de la medicación (una causa común de recaídas) o a dificultades con la adaptación social que pueden estar relacionadas a la presencia de síntomas psicóticos invalidantes, más bien que a la reaparición de síntomas positivos. En éste último caso es mejor no medicar al enfermo y observarlo por lo menos por una semana. Si se decide medicarlo, es importante escoger el neuroléptico más adecuado.

Las drogas más comunes y mejor conocidas son la clorpromazina, trifluoperazina, tioridazina y flufenazina (o la tioxantina, de ésta última, el flupentixol). El haloperidol es una butirofenona que debe usarse sólo en casos en los cuales las drogas mencionadas no dan respuesta, o cuando no se pueden administrar por razones idiosincráticas tales como alergias. La posología debe ser de acuerdo al peso y edad del sujeto y también a su respuesta después de las primeras dosis. Un régimen común con clorpromazina es de 100 miligramos tres veces al día (o los equivalentes en el caso de las otras tres drogas mencionadas 5, 50, y 1 miligramo, respectivamente). La clorpromazina es la droga de elección, si la sedación es una de las metas del tratamiento; si hay síntomas paranoides marcados, la trifluoperazina da mejores resultados; si el enfermo está letárgico y se requiere activación, la flufenazine o sus congéneres son preferibles. Nunca se debe comenzar un tratamiento simultáneo con drogas anticolinérgicas como el clorhidrato de biperideno o la prociclidina. Éstas se recetarán sólo si el enfermo produce efectos colaterales de tipo extrapiramidal, y sólo por tres días, al cabo de los cuales la droga protectora se debe discontinuar para ver si los efectos colaterales recurren. Hipotensión e hipotermia son efectos colaterales medicamentosos ocasionales en la persona adulta.

Si el enfermo no responde a la dosis inicial, ésta se debe aumentar bajo estricto control médico, y a veces se puede llevar, en el caso de la clorpromazina, a dos diarios en dosis divididas. Si el cumplimiento del enfermo es inadecuado o está muy paranoide, es mejor darlas intramuscularmente, por lo menos por los tres primeros días hasta que se logre un estado manejable. Cuando se trata de un segundo episodio y hay incumplimiento, es mejor transferir al enfermo a una medicación de depósito tal como el decanoato de flufenazina o el flupentixol. En estos casos se establecerá un régimen que ordinariamente sólo necesita 25 miligramos de la una, o 40 de la otra cada dos o tres semanas.

Si no hay respuesta a la medicación en dosis altas es mejor, a veces, añadir la terapia electroconvulsiva, particularmente en el caso de enfermos agitados, con síndromes maniformes, severamente alucinados y catatónicos o enfermos con rasgos depresivos y en peligro de suicidio. La respuesta terapéutica a esta estrategia es muy buena aun cuando de corta duración (2 ó 3 meses). Aun así, da suficiente espacio para que se establezca el tratamiento farmacológico y para que se comiencen los tratamientos rehabilitatorios. Rara vez se requieren más de 6 tratamientos bilaterales. Cuando se comienza la terapia electroconvulsiva es mejor reducir los neurolépticos ya que hay evidencia de interacción negativa entre estas dos formas de tratamiento. Cuando el enfermo deja de responder a los neurolépticos ordinarios o tiene marcados efectos parkinsonianos, se puede administrar uno de los neurolépticos atípicos tal como la clozapina o risperidona. Estas drogas, sin embargo, son muy costosas y debido a efectos hematológicos requieren monitoreo médico constante.

Las terapias psicológicas y sociales deben comenzar desde el primer día. Aun si el enfermo va a salir del cuadro completamente, se debe confrontar el estigma y vergüenza causados por la enfermedad. Es esencial, también, entrevistar a los parientes clave y evaluar los posibles precipitantes emocionales. Como se dijo anteriormente, hay evidencia que las recaídas son mayores en hogares con alta emocionalidad expresada. En estos casos es útil la terapia de familia y la educación de los parientes acerca de la enfermedad y modos de prevenirla: si se identifican déficits atencionales o de memoria se debe reentrenar al enfermo; si existen síntomas obsesivos, ansiedad generalizada u otras complicaciones neuróticas, se escogerá los tratamientos indicados; si el enfermo se deprime se utilizará los antidepresivos necesarios. Terapias de corte psicoanalítico no deben utilizarse durante el estadio agudo ya que crean complicaciones serias, particularmente porque enfermos con pensamiento caótico y déficit cognoscitivos múltiples no necesitan que se los confunda aún más con interpretaciones de su sintomatología.

En oportunidades la esquizofrenia es de tal severidad que derrumba al sujeto para siempre. En estos casos, a veces la meta es más evitar un deterioro aún mayor que mejorar al enfermo. La solución se debe buscar en ingresos de largo plazo en salas de rehabilitación bien organizadas, más bien que en soluciones comunitarias románticas donde el enfermo puede ser la víctima de charlatanería bien intencionada. Se habla muy mal de la institucionalización y mucho de lo que se ha dicho es cierto. Pero estos aspectos negativos no son inherentes al tratamiento hospitalario sino sólo a hospitales mal organizados. Consecuentemente, la institucionalización puede ser aún peor en lugares protegidos en la comunidad que estén mal llevados.

En un hospital progresista el enfermo puede a veces encontrar la estimulación y apoyo emocionales que la comunidad le niega. No debemos olvidar que las comunidades rara vez quieren a sus enfermos de regreso, a menos que estén totalmente recuperados. Es común que aquellos distritos liberales de clase media, que normalmente pregonan la defensa del loco y atacan a los hospitales mentales, sean los primeros en rechazar el pedido de psiquiatras de abrir un hogar grupal en su jurisdicción. Basan el verdadero argumento público sobre la premisa (falsa) de que los enfermos son un peligro social para sus niños (que nunca lo son), cuando la razón es que el precio de la propiedad y cultura del barrio decaerían si se les une un grupo de ex-enfermos.

CONCLUSIONES

La esquizofrenia es una enfermedad cerebral con base genética, cuya presentación está modulada por factores psicológicos y sociales. La sintomatología es variada y el pronóstico a veces sombrío. Hay tratamientos adecuados para la enfermedad y hasta un 70% puede recuperarse. Los tratamientos farmacológicos deben siempre combinarse con terapias psicológicas y sociales. Mucho se necesita saber aún acerca de esta enfermedad; el clínico debe, por lo tanto, dedicarse no sólo al manejo de estos cuadros, a veces terribles, sino también a la búsqueda de nuevas formas de manejo.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. McKENNA, P.J. Schizophrenia and related syndromes. Oxford, Oxford University Press. 1994.
2. HEGARTY, J.D.; BALDESSARINI J.; TOHEN M., WALTERNAUX, C.; OEPEN, G. "One Hundred Years of Schizophrenia: A meta-Analysis of the Outcome Literature". In: Am. J. Psychiatry No 151; 1994: 1409-1416.

CAPÍTULO 12: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS Y PSICOSIS AFINES

1. En 1963 sugiere una definición longitudinal o diacrónica de las psicosis:
 - E. Kraepelin
 - E. Bleuler
 - Kahlbaum
 - W. Mayer Gross
 - Ninguno de los citados
2. Son síntomas de primer rango de Schneider excepto:

- Pensamiento audibles
- Alucinaciones de voces hablando en tercera persona
- Alucinaciones de voces comentando las acciones del paciente.
- Experiencias o sentimientos de pasividad
- Anhedonia

3. En el DSM-IV, son tipos de la enfermedad excepto:

- Paranoide
- Catatónico
- Desorganizado
- Simple
- Indiferenciado

4. La esquizofrenia tiende a:

- La agudeza de los síntomas
- Un curso variable
- La cronicidad inexorable
- Tener buen pronóstico
- Responder al psicoanálisis

5. El riesgo de desarrollar esquizofrenia cuando los dos padres la sufren es mayor de:

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%

6. En la Esquizofrenia hay evidencia de lesiones cerebrales:

- Bi-Temporales, ganglios de la base
- Fronto-occipitales y Sistema Reticular
- Parieto-occipitales y tercer ventrículo
- Fronto-temporales y ganglios de la base
- Cualquiera es válida

7. En la esquizofrenia son déficit neuropsicológicos excepto:

- Atención
- Memoria
- Sistema ejecutivo frontal

Lenguaje matemático

Ninguna es válida

8. El tratamiento de la esquizofrenia debe ser:

Farmacológico exclusivo

Farmacológico y psicológico

Farmacológico, psicológico y social

Farmacológico, psicosocial y comunitario

Ninguna es válida

9. Es fármaco efectivo en la esquizofrenia:

Alprazolam

Clorhidrato de biperideno

Clorpromazina

Litio

Cualquiera es válida

10. Si un esquizofrénico no cumple con las órdenes terapéuticas, es mejor utilizar:

Electrochoque

Medicación de depósito

Ansiolíticos

Antidepresivos

Todas son válidas

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 13

TRASTORNOS AFECTIVOS

Moisés GAVIRIA

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (ver capítulo N° 5) ofrece importantes cambios en relación a su predecesor (DSM-III-R), en el área de los trastornos afectivos. Así, incluye una descripción detallada de los episodios (depresión, manía, hipomanía, o mixto); los diversos trastornos afectivos; y las características específicas que describen, ya sea el episodio más reciente o el curso de episodios recurrentes. Los trastornos depresivos se dividen, a su vez, en depresivos propiamente dichos, bipolares, y dos que incluyen consideraciones etiológicas como una condición médica previa o inducción por sustancias (ver cuadro N° 1).

Episodio Depresivo Mayor

La característica fundamental de un episodio depresivo mayor es su duración de por lo menos dos semanas, durante las cuales la persona experimenta ánimo deprimido, pérdida de interés o de placer en la mayoría de sus actividades. Adicionalmente presenta: pérdida del apetito y de peso, disminución del nivel de energía, sentimiento de minusvalía o culpa, dificultad en la concentración o toma de decisiones, y pensamientos relacionados con la muerte o el suicidio. Los síntomas deben persistir por dos semanas consecutivas e ir acompañados de un malestar significativo o de deterioro en su funcionamiento ocupacional y social.

El humor en el episodio depresivo mayor se describe usualmente como triste y desesperanzado. Algunas personas presentan irritabilidad, cólera o sentimiento de frustración; otras, pérdida del placer e interés en actividades que antes disfrutaban, incluyendo los pasatiempos; otras, se quejan de molestias somáticas más que de sentimientos de tristeza. Las relaciones interpersonales son afectadas, incluidas las sexuales.

Usualmente, el apetito se encuentra disminuido con cambios en el peso corporal; menos frecuentemente, se puede apreciar un aumento en la ingesta de alimentos, aunque a menudo el comer produce poco placer; asimismo, disminución del tiempo total del sueño, que se asocia a un despertar temprano; muchos pacientes deprimidos tratan, sin lograrlo, de dormir durante el día; y, una minoría tiene hipersomnía y duerme 12 ó más horas al día.

El retardo psicomotor es común y se manifiesta por movimientos lentos, respuestas demoradas frente al interrogatorio, lenguaje lentificado y disminución de la atención. Algunos pacientes deprimidos presentan, contrariamente, inquietud psicomotora traducida en un caminar constante, aumento en el fumar, ansiedad y desasosiego.

Durante la depresión, se observan dificultades en las funciones cognoscitivas tales como disminución de la atención, incapacidad para concentrarse, terminar una tarea o tomar decisiones. No son infrecuentes sentimientos excesivos de culpa que pueden adquirir proporciones delusionales. Los pacientes tienden a recordar transgresiones menores o perjuicios sin importancia causados a otros, culparse exageradamente por ello.

La rumiación obsesiva de acontecimientos penosos pasados o problemas específicos ocupan generalmente gran parte de los pensamientos del deprimido. La ideación suicida es muy común. Algunos pacientes se preocupan por la muerte y las posibles reacciones de sus familiares luego de su fallecimiento, o por reunirse con sus seres queridos ya fallecidos después de su deceso. Asimismo, las preocupaciones excesivas por las funciones corporales y somáticas son comunes en las depresiones severas.

CUADRO N° 1.

TRASTORNOS AFECTIVOS

Episodios Afectivos

Episodio Depresivo Mayor

Episodio Maníaco

Episodio Mixto

Episodio Hipomaníaco

Trastornos Depresivos

296.XX Trastorno Depresivo Mayor

300.4 Trastorno Distímico

311 Trastorno Depresivo sin otra especificación.

Trastornos Bipolares

296.XX Trastorno Bipolar I

296.89 Trastorno Bipolar II

301.13 Trastorno Ciclotímico

296.83 Trastorno Bipolar sin otra especificación.

293.83 Trastornos Afectivos Debidos a (indicar la Condición Médica asociada)

292.xx Trastornos Afectivos Inducidos por Sustancias

296.90 Trastornos del humor sin otra especificación

Episodio Maníaco

El episodio maníaco se identifica por un período anormal y persistente de elevación de ánimo, que se torna expansivo e irritable y que dura por lo menos una semana. Durante este período, los siguientes síntomas están presentes en forma persistente: un aumento en la autoestima o sentimiento de grandiosidad; disminución de la necesidad de sueño; aumento de la presión para hablar o hablar demasiado; fuga de ideas; distraibilidad; aumento de la actividad o agitación psicomotora, o conductas que llevan en sí potencial de riesgo por sus consecuencias; desinhibición sexual; compra de objetos en forma desmedida y/o comenzar negocios sin planificar adecuada y sensatamente. El estado de ánimo es suficientemente severo como para causar impedimento en el funcionamiento social de la persona y/o necesitar hospitalización para prevenir daños o conflictos de mayor magnitud. Es importante tener en cuenta que los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p.ej., una droga de abuso, una medicación u otro tratamiento) o una condición médica general (p.ej., hipertiroidismo).

Episodio Mixto

El episodio mixto se caracteriza por un período de por lo menos una semana, en el cual se cumplen tanto los criterios para un episodio maníaco como para el depresivo mayor, casi a diario. El individuo experimenta estados de humor rápidamente cambiantes (tristeza, irritabilidad, euforia) acompañados

por síntomas tanto de episodio maníaco como de depresión mayor. No debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga de abuso, una medicación u otro tratamiento) o una condición médica general (p.ej., hipertiroidismo).

Episodio Hipomaníaco

Se define como un período anormal y persistente de humor elevado, irritable o expansivo, que dura por lo menos cuatro días y se diferencia claramente del humor normal. Los síntomas son semejantes a los del episodio maníaco, pero las alucinaciones y delusiones (síntomas psicóticos) están ausentes. En contraste con el episodio maníaco, el hipomaníaco no presenta sintomatología suficientemente severa como para producir compromiso social, ocupacional, o necesitar hospitalización.

Trastornos Depresivos

Comprenden los trastornos depresivos mayores, distímicos y los trastornos depresivos sin otra especificación.

1. Criterios Diagnósticos para Trastorno Depresivo Mayor (296.2), Episodio Único

- a) Presencia de un episodio depresivo mayor único.
- b) El episodio depresivo mayor no es explicable por un trastorno esquizoafectivo ni se sobrepone a la esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, delusional o psicótico sin especificación.
- c) Nunca ha habido un episodio maníaco, hipomaníaco o mixto.

Especificar (para el episodio actual o más reciente)

- Severidad/psicosis/especificadores de remisión.
- Cronicidad.
- Con rasgos catatónicos.
- Con rasgos melancólicos.
- Con formas atípicas.
- Con inicio post parto.

2. Criterios Diagnósticos para Trastorno Depresivo Mayor, Recurrente (296.3). A diferencia del anterior debe haber dos o más episodios depresivos mayores, y las especificaciones incluyen, además, si los episodios tienen un patrón estacional o si el curso longitudinal es con o sin período de recuperación.

3. Criterios Diagnósticos para Trastorno Distímico (300.4)

- a) Humor depresivo la mayor parte del día y persistente en el tiempo, evidente como experiencia subjetiva o a la observación, por lo menos dos años (1 año para niños y adolescentes).
- b) Presencia de dos (o más) de los siguientes síntomas mientras está deprimido:
 1. Hiporexia o aumento de la ingesta.
 2. Insomnio o hipersomnias.
 3. Pérdida de la energía o fatiga.
 4. Baja autoestima.
 5. Pobre concentración o dificultad para tomar decisiones.

6. Sentimiento de desesperanza.

- c) Durante los dos años la persona no ha estado libre de síntomas de los criterios A y B, por más de dos meses.
- d) No ha habido episodio depresivo mayor, es decir, que la perturbación no es explicable por un trastorno depresivo mayor, crónico o en remisión parcial.
- e) No ha habido episodio maníaco, hipomaníaco ni trastorno ciclotímico.
- f) La perturbación no ocurre exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico crónico, tales como esquizofrenia o trastorno delusional.
- g) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., droga de abuso, una medicación) o a una condición médica general (p.ej., hipotiroidismo).
- h) Los síntomas causan distrés clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, ocupacional u otro.
- i) Debe especificarse si es de inicio temprano (antes de los 21 años de edad) o tardío (después de los 21 años de edad).
- j) Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico) si cursa con características atípicas.

Trastornos Bipolares

Incluyen los trastornos Bipolar I, Bipolar II, Ciclotimia y Bipolar sin especificación. El DSM-IV incluye los siguientes criterios para especificar la naturaleza del actual o más reciente episodio:

- Leve, moderado, severo sin síntomas psicóticos, severo con síntomas psicóticos, en remisión parcial o total.
- Con rasgos catatónicos.
- Con inicio post parto.

Las siguientes especificaciones sólo se aplican al episodio depresivo mayor actual (o más reciente):

- Crónico.
- Con características de melancolía.
- Con características atípicas.

Las siguientes especificaciones pueden ser usadas para indicar el patrón de los episodios:

- Especificadores de curso longitudinal (con o sin recuperación completa entre los episodios).
- Patrón estacional.
- Con ciclaje rápido.

Trastorno Bipolar I

Lo esencial del Trastorno Bipolar I es su curso clínico, caracterizado por la presentación de uno o más episodios de manía o episodios mixtos. Frecuentemente, los sujetos con este trastorno han tenido también uno o más episodios de depresión mayor. Es común tanto en varones como en mujeres. La prevalencia de vida del trastorno es de 0,4% a 1,6%. En los primeros, el episodio inicial tiende a ser de manía; mientras que en mujeres suele ser de depresión. Las mujeres tienen más posibilidades de

desarrollar un Trastorno Bipolar I en el post parto.

Curso. El Trastorno Bipolar I es recurrente y más del 90% de los sujetos que han tenido un episodio maníaco los presentarán en el futuro. En términos generales, el 60% a 70% de los episodios maníacos ocurren inmediatamente antes de, o siguen a, un episodio depresivo mayor. Con un patrón característico en cada sujeto. En el bipolar I, el número de episodios durante la vida (tanto de manía como de depresión mayor) tiende a ser más numeroso que en la depresión mayor recurrente. El intervalo entre los episodios tiende a disminuir a medida que el sujeto envejece. Existe evidencia que los cambios en el patrón de sueño pueden precipitar o exacerbar episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos. Un 5% a 15% de los sujetos con trastorno bipolar tienen múltiples episodios afectivos (4 ó más) (de depresión mayor, manía, mixto o hipomanía) que ocurren en el lapso de un año. Por lo que les denomina de ciclaje rápido.

Aunque la mayoría de los individuos con trastorno bipolar I recuperan su nivel de funcionamiento previo, algunos (20%-30%) continúan presentando cambios en el humor con dificultades interpersonales y ocupacionales.

Variantes de los Trastornos Bipolares: Bipolar II, Estados Mixtos y Ciclotimia.

El Trastorno Bipolar II, llamado también depresión mayor recurrente con hipomanía, es una nueva categoría diagnóstica en el DSM-IV. Se caracteriza por la ocurrencia de uno o más episodios de depresión mayor acompañado de, por lo menos, un episodio hipomaniaco. La presencia de un episodio maníaco o mixto; episodios de trastorno del humor inducido por sustancias; o, condiciones médicas generales, descarta el diagnóstico de bipolar II. Asimismo, los episodios no deben ser explicados por trastorno esquizoafectivo y no debe estar sobrepuesto a un trastorno esquizofreniforme, delusivo u otro cuadro psicótico sin especificación. Los síntomas deben causar distrés clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, ocupacional u otro. Aunque la hipomanía es usualmente una condición recurrente que no produce mayor alteración funcional, el deterioro puede resultar de los episodios depresivos mayores o de un patrón crónico de episodios de humor impredecibles, y de fluctuaciones en el funcionamiento interpersonal y ocupacional. Tiende a no responder al tratamiento.

Los sujetos con Trastorno Bipolar II pueden no considerar patológico el episodio hipomaniaco, aunque otros sean mortificados por su conducta errática. La información indirecta es a menudo crucial para el diagnóstico.

El Trastorno Bipolar II, en general, no se transforma en bipolar I; pero, si ocurre un episodio maníaco o mixto en el curso del Trastorno Bipolar II, hay que cambiar el diagnóstico a bipolar I.

Ciclotimia

Los pacientes ciclotímicos oscilan entre hipomanía y depresiones leves. Los síntomas hipomaniacos no aparecen en suficiente número, severidad, o duración como para alcanzar el criterio de manía o de depresión mayor. Los sujetos con este diagnóstico tienen un riesgo estimado entre 15% y 50% de desarrollar un Trastorno Bipolar I o II. Los trastornos ciclotímicos deben diferenciarse de aquellos causados por una condición médica general, inducidos por sustancias químicas o de cuadros de ciclaje rápido o personalidades fronterizas.

Trastorno de Ciclaje Rápido

Los trastornos de ciclaje rápido ocurren en pacientes bipolares I y II. Son frecuentes en mujeres, presentando depresión, hipomanía o ciclaje entre depresiones e hipomanía. Usualmente, tales pacientes tienen problemas de comorbilidad incluyendo en el Eje I, abuso de sustancias y trastorno de ansiedad; en el Eje II, trastornos de personalidad; y en Eje III, problemas tiroideos; asimismo, presentan riesgo de suicidio más alto. El rasgo esencial de los pacientes de ciclaje rápido, de acuerdo al DSM-IV, es la presentación de cuatro o más episodios en un período de 12 meses, que pueden ocurrir en cualquier orden y combinación. Estos episodios deben cumplir los criterios y la duración para un episodio

depresivo mayor, maniaco, mixto o hipomaniaco, y tienen que ser demarcados por un periodo de remisión total o por un cambio a otro episodio de polaridad opuesta.

El ciclaje rápido ocurre aproximadamente en un 5% a 15% de los pacientes con Trastorno Bipolar. El argumento de si el tratamiento con antidepresivos durante la fase depresiva del paciente bipolar lo transforma en ciclaje rápido, aunque no tiene mayor sustento, cuenta con suficiente información anecdótica como para analizarla en mayor detalle.

MODELOS ETIOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS DEL AFECTO

Desarrollos diversos e importantes han ocurrido en la investigación biológica, psicológica y social de los trastornos afectivos, con repercusiones importantes para el diagnóstico y tratamiento.

1. Modelos Biológicos

La hipótesis catecolamínica de los trastornos del afecto fue formulada inicialmente por Glowinski y cols. en el año 1965. Proponía que la depresión se relacionaba con una deficiencia funcional de neurotransmisores a nivel de los receptores adrenérgicos, mientras en la manía ocurría lo inverso.

Los trastornos del afecto serían precipitados por cambios en la función cateco-lamínica. Así, un estado afectivo dado podría representar un balance entre una actividad colinérgica central y una a nivel de los neurotransmisores, en áreas del cerebro que regulan el afecto. De acuerdo con esta hipótesis, propuesta por Janowsky y col., la depresión es una manifestación de dominio colinérgico, mientras que la manía es adrenérgica. El soporte para esta hipótesis procede de experimentos en animales que demuestran efectos antagonistas centrales de naturaleza colinérgica y adrenérgica. La reserpina, una droga que causa depresión tiene propiedades colinomiméticas centrales. En humanos, la fisiostigmina y otras drogas de acción colinomimética central, que aumenta los niveles centrales de acetilcolina, pueden contrarrestar la manía y causar depresión en ciertos sujetos. Por otra parte, los antidepresivos tricíclicos tienen propiedades anticolinérgicas centrales.

Otros investigadores han informado, también, una reducción funcional en los niveles de serotonina, que podría contribuir directamente o predisponer al desarrollo de síntomas de depresión y probablemente de manía. Es importante señalar, sin embargo, que un defecto en la transmisión serotoninérgica podría permitir el desarrollo de un trastorno afectivo, aunque es insuficiente como agente causal.

Actualmente, es posible influir la producción de neurotransmisores a través de los siguientes mecanismos: 1) aumentando los precursores; 2) reduciendo los precursores por inhibición enzimática; 3) modificando la dinámica de la descarga del neurotransmisor, así como la reabsorción del mismo a nivel de la membrana presináptica; y, 4) alterando la recepción del neurotransmisor, afectando la membrana post-sináptica y mediante la destrucción o inhibición de las enzimas que degradan los neurotransmisores. Esta información ha dado lugar a dos resultados importantes. Primero, a medida que los agentes farmacológicos son más específicos en sus efectos bioquímicos, la respuesta a la medicación psicotrópica se hace más predecible. Segundo, una hipótesis monoamínica de los trastornos afectivos tiene que ser abandonada.

Una opinión reciente es que existe un desequilibrio entre los diferentes neurotransmisores en la manía y la melancolía. Esta hipótesis considera que, en todo momento, el equilibrio entre los neurotransmisores accesibles en el receptor es el que determina la conducta y la naturaleza del fenómeno depresivo.

2. Modelos Genéticos

Existe suficiente información que sugiere la existencia de un factor genético en la etiología de los trastornos afectivos; que los trastornos unipolares y bipolares son genéticamente distintos; y, que los trastornos afectivos son genéticamente diferentes de la esquizofrenia.

Recientemente, dos grupos de investigadores han publicado, independientemente, resultados que asocian los trastornos del afecto bipolar con localizaciones genéticas específicas. En ambos estudios, los análisis estadísticos sobre la probabilidad que tales observaciones sean resultado de la asociación

genética en vez del azar, excedían 1.000: 1. En el primer informe, Egeland y colab. identificaron en una comunidad Amish, en los Estados Unidos, un segmento cercano al punto distal del brazo corto del cromosoma 11 como el locus del gen que predispone a la enfermedad bipolar. Un segundo estudio, basado en el análisis de linajes por Barón y cols. provee nueva evidencia en apoyo de una cercana asociación entre enfermedad bipolar y dos marcadores en un extremo del cromosoma X: ceguera al color y deficiencia de glucosa-seis-fosfato-dehidrogenasa.

3. Modelos Psicológicos

En la revisión del tema emergen ciertas áreas en relación al papel de las pérdidas en la infancia, los modelos cognoscitivos de la depresión y a la relación entre personalidad y trastornos del afecto.

Akiskal y cols. revisaron la literatura acerca de la relación entre personalidad y trastorno del afecto, y resumieron las posibles interacciones en las siguientes: 1) ciertos rasgos de personalidad predisponen al individuo a desarrollar trastornos afectivos; 2) la personalidad subyacente modifica la forma clínica de presentación de los trastornos del afecto; 3) alteraciones de la personalidad evidencian, en ciertos casos, la presencia de un trastorno subyacente del afecto; 4) ciertos trastornos de la personalidad representan formas atenuadas de un trastorno afectivo.

De otro lado, la teoría cognoscitiva señala que ocurren distorsiones muy tempranas en el proceso del pensamiento; una cadena de acontecimientos evaluados negativamente que culminan en depresión. Demandas no realistas de uno mismo o de otros, o creencias en el destino, son vistas como causantes de la vulnerabilidad para desarrollar delusiones, pérdida del optimismo, y eventualmente producir depresión. Analizando material grabado en entrevistas de psicoterapia, de sujetos deprimidos y no deprimidos, Beck, encontró que los primeros tienden a hacer interpretaciones equivocadas de sucesos irrelevantes, en el sentido de fracaso personal, privación o rechazo. Tienden a ser exagerados y crear generalizaciones erradas sobre cualquier acontecimiento, con información negativa sobre ellos mismos. Basado en tales hechos, Beck propuso que ciertos esquemas cognoscitivos adquieren importancia durante la depresión, dominan el proceso mental y llevan a distorsiones cognoscitivas.

4. Modelo Social de la Depresión

La conceptualización del hombre como animal social, es el principio central del modelo social de la depresión, que enfatiza el rol que juega la pérdida de lazos humanos en su génesis. En estos casos, el tratamiento implica la reparación, restauración o desarrollo de tales elementos. El Eje IV en el DSM-IV, de adaptarse culturalmente como esquema propuesto por Fahrner y colab. ofrece una guía para utilizar el concepto de estresores psicosociales (ver cuadro N° 2).

CUADRO N° 2*

ESCALA DE ESTRESORES PSICOSOCIALES

Código	Grado de Efecto estresante Acontecimientos agudos	Condiciones de Duración Prolongada
1. Nulo	Ninguno que guarde relación con el trastorno.	Ninguno que guarde relación con el trastorno.
2. Leve	Ruptura con novio(a). Inicio de estudios, graduación . Abandono del hijo del hogar.	Discusión familiar. Trabajo desagradable, estudio. Residencia en área de alta criminalidad.

3. Moderado	Matrimonio/separación marital. Pérdida del trabajo o jubilación. Aborto.	Discordia marital. Problemas financieros serios. Dificultad con el jefe. Responsabilidad maternidad/ paternidad sin pareja.
4. Serio	Divorcio. Nacimiento del primer hijo.	Desempleo crónico. Pobreza .
5. Extremo	Muerte del cónyuge. Diagnóstico de enfermedad grave. Víctima de violación.	Enfermedad crónica grave en uno mismo o en un hijo. Abuso o violencia sexual o física.
6. Catastrófico	Muerte de un hijo .Suicidio del cónyuge.Desastre natural devastador.	Cautiverio como experiencia en campo de concentración.
0. Información Inadecuada		
* R. Fahrer & A.M. Vilches, Depresión en Atención Primaria. Temas de Psiquiatría, Ciba-Gegy, 1988.		

DEPRESIONES EN SITUACIONES ESPECIALES

Constituyen cuadros depresivos que clínicamente presentan problemas especiales en cuanto a su diagnóstico y tratamiento, tales como la depresión en condiciones médicas generales, inducidas por abuso de sustancias psicoactivas, en niños y adolescentes, y las formas crónicas, para los cuales el DSM-IV no incluye criterios diagnósticos.

1. Depresión en condición médica general

Alrededor del 80% de personas que sufren de depresión son tratadas por médicos no psiquiatras. Se ha comprobado, también, que el 25% de los pacientes con ciertas condiciones médicas generales desarrollan trastornos afectivos mayores durante el curso de su enfermedad, circunstancia que hace la situación más compleja y añade un pronóstico menos favorable. A continuación, se resume algunas de las enfermedades que se acompañan frecuentemente de depresión.

Accidentes Cerebrovasculares (ACV): La depresión post-ACV ha sido aceptada, en la última década, como una complicación común de tales accidentes. En general, es más frecuente cuando el infarto está en el hemisferio izquierdo y lo más cercano al polo frontal; pudiendo presentarse como un cuadro depresivo mayor o distímico. Infartos del hemisferio derecho tienden a acompañarse de aprosodia, apatía, síntomas depresivos o maníacos.

Demencia. La demencia primaria del tipo Alzheimer y la vascular incrementan la vulnerabilidad del paciente a hacer depresión mayor. La depresión puede aparecer, también, con encefalopatía debido al efecto neurotrófico del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), aunque los signos precoces más sutiles, tales como la falla de concentración, queja de mala memoria, pérdida del interés, y letargo, son pasibles de responder directamente al tratamiento antidepressivo. Entre las demencias subcorticales, la enfermedad de Parkinson y la Corea de Huntington, comúnmente incluyen depresión dentro de su sintomatología.

Condiciones Cardiovasculares. En enfermos en quienes está indicada la cirugía intracardiaca y son intervenidos con técnicas de by-pass de las arterias coronarias, se ha encontrado depresión en el 18% de los casos. Con el aumento de la sobrevivencia de pacientes con trasplante de corazón, se ha detectado una alta incidencia de síndromes psiquiátricos post operatorios, incluyendo trastornos del ajuste con humor depresivo y depresión mayor. En pacientes con infarto agudo del miocardio se ha encontrado depresión mayor en el 18% y distimia en el 27% de los casos.

Condiciones Endocrinológicas. Pacientes con hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad de Cushing y diabetes mellitus, a menudo se presentan con depresión. En la enfermedad tiroidea es muy frecuente la manifestación depresiva con síntomas de retardo psicomotor.

Cáncer y Dolor Crónico. La incidencia de depresión mayor en pacientes con cáncer alcanza el 42%. Se ha informado depresión concomitante en el 20% de casos de cáncer gastrointestinal, 23% en cánceres ginecológicos, y en un tercio de los casos con carcinoma de páncreas. Asimismo, un tercio de los pacientes que presentan dolor crónico sufren de depresión y muchos de ellos se alivian con tratamiento antidepressivo.

2. Depresión y Abuso de Sustancias Psicoactivas

La depresión puede preceder o resultar del abuso de una variedad de sustancias químicas. En tales pacientes el tratamiento de la depresión puede disminuir el abuso. Domínguez señala que una proporción significativa de pacientes con dependencia a opiáceos sufre de disforia crónica y frecuentemente experimenta depresión mayor. El abuso de benzodiazepinas ocurre en muchos pacientes adictos. Entre los pacientes geriátricos, el uso ilícito de drogas es menos frecuente. Los pacientes geriátricos usan con más frecuencia los narcóticos, sedantes, analgésicos y benzodiazepinas. Las caídas frecuentes, un estado de confusión aguda, pérdida de la memoria o pseudodemencia, pueden señalar la presencia de depresión y/o el abuso de sustancias químicas en esta población.

Los síntomas claves que permiten identificar pacientes con abuso de sustancias se resumen en el Cuadro N° 3.

CUADRO N° 3

SÍNTOMAS CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

1. Uso continuado de una sustancia psicoactiva a pesar que la ingesta de ésta le produce problemas sociales, laborales, psicológicos o físicos.
2. Uso recurrente de la sustancia en situación en que es físicamente arriesgado.

3. Enfermedades Afectivas en Niños y Adolescentes

En las últimas décadas se acepta que los síntomas depresivos tienden a manifestarse en forma diferente en los niños y adolescentes. Estos presentan síntomas únicos que son específicos de las enfermedades depresivas tales como: problemas de conducta; manifestaciones agresivas; abuso de drogas y alcohol y conductas autodestructivas.

Cuando se trata de diagnosticar enfermedad afectiva en niños y adolescentes es importante entrevistar a la familia. Esta población tiende a manifestar grandes estados de angustia así como problemas de tipo académico y social durante enfermedades depresivas. En relación a niños preescolares, se ha observado que la apatía, el aislamiento emocional, el escaso aumento de peso, la falta de sueño y las dificultades en comunicarse, son importantes indicadores para el diagnóstico de depresión.

En los adolescentes es muy importante explorar ideas suicidas, debido a que tales manifestaciones autodestructivas tienden a ser frecuentes durante este cuadro. Asimismo, es importante considerar los problemas de conducta, las manifestaciones antisociales y el abuso de drogas y alcohol, que tienden a presentarse como manifestaciones sintomáticas.

4. Depresiones Crónicas

La depresión crónica constituye un conjunto de condiciones heterogéneas que afecta del 10% al 20% de los pacientes depresivos. Tales depresiones pertenecen a diferentes categorías: cuadros distímicos,

depresión residual, unipolar o bipolar que no han mejorado totalmente, y también a distimia complicada con depresión mayor (llamada depresión doble). De otro lado, la depresión crónica pueden resultar de una enfermedad física o ser consecuencia de medicación; así como del uso del alcohol, sedantes, opiáceos o cocaína.

Más allá de la clasificación psiquiátrica, es importante averiguar qué factores han llevado al paciente a desarrollar una condición crónica. Son importantes: el inicio del cuadro en la infancia o adolescencia sin recuperación total, desacuerdo marital, pérdida de soporte social, alteraciones cognoscitivas; abuso de sustancias químicas, etc. Asimismo se ha comprobado que mucho de estos pacientes no han tenido tratamiento por tiempo adecuado y un 25% de ellos nunca ha recibido ayuda farmacológica; otros, aunque han tenido experiencias terapéuticas, muchas veces por tiempo adecuado, no ha sido con personal calificado.

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

1. Tratamiento biológico

El tratamiento antidepresivo está indicado en todos los pacientes con depresión mayor, especialmente si hay síntomas melancólicos. Los tricíclicos fueron las drogas de elección hasta el momento en que aparecen los inhibidores de la reabsorción de la serotonina (IRSS), que son utilizadas como de primera línea.

La elección del antidepresivo debe basarse en la condición médica del paciente, el perfil de efectos secundarios de la droga y la historia personal y familiar de respuesta a previos agentes terapéuticos. Cerca del 70% de los pacientes responde favorablemente a cualquier agente antidepresivo. La mayoría de casos con pobre respuesta, frecuentemente obedecen a que el paciente no toma la medicación en la forma o dosis adecuada. El efecto terapéutico se suele notar en 10 a 14 días después de iniciado el tratamiento. Usualmente, los signos objetivos de mejoría se notan antes que los subjetivos. Los pacientes con síntomas psicóticos no responden al uso exclusivo de antidepresivos y deben recibir medicación antipsicótica concomitante.

Los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) pueden ser drogas de primera línea para aquellos que presentan ansiedad acompañada de depresión, con quejas de fatiga, somnolencia y aumento de peso, pero su uso se limita por las restricciones dietéticas que imponen.

1.1. Nuevos agentes serotoninérgicos. Las conexiones de las vías serotoninérgicas afectan diferentes funciones neurobiológicas tales como los mecanismos de ansiedad, regulación del humor, pensamiento, agresión, apetito, deseo sexual, y el ritmo circadiano del sueño. Los inhibidores de la reabsorción de la serotonina, aumentan la concentración de serotonina en los espacios sinápticos prolongando su acción. Se ha descubierto 5 receptores serotoninérgicos.

Entre los nuevos antidepresivos serotoninérgicos se cuenta con: Ritanserin y Nefazodone, útiles en depresiones severas, con ansiedad y psicosis. Los efectos secundarios más frecuentes de estas drogas son: anticolinérgicos, cardiovasculares, sedación o insomnio, agitación, hipomanía o manía, disfunción sexual, estimulación o aumento del apetito, dolor de cabeza, trastornos cognoscitivos.

1.2. Otros tratamientos biológicos. El tratamiento electroconvulsivo debe ser considerado en pacientes seleccionados con síntomas severos de depresión, ausencia de respuesta al tratamiento farmacológico y aquellos con potencial suicida.

2. Tratamiento Psicológico

La psicoterapia debe ser dirigida a la resolución del episodio depresivo. El clínico debe evaluar el grado de riesgo suicida y desarrollar una alianza terapéutica consistente, convirtiendo al paciente en un elemento activo en el plan de tratamiento. Se debe evaluar los acontecimientos vitales, así como la eficacia de los sistemas de apoyo y la personalidad subyacente cuando el paciente está eutímico a través de una cuidadosa formulación psicodinámica. La mayoría de los estudios evaluativos de la psicoterapia y farmacoterapia encuentran que el tratamiento combinado es superior al tratamiento único. Es importante reconocer que la psicoterapia mejora las relaciones interpersonales y la función social, pero no previene las recaídas.

3. Depresión Mayor Recurrente

Hay un grupo de pacientes con episodios depresivos recurrentes que responden al litio, y en los cuales el mantenimiento con litio está indicado. Debe tenerse en cuenta que ciertos pacientes diagnosticados originalmente como unipolares, desarrollan cuadros maníacos cuando reciben antidepresivos (Viraje). Estos pacientes deben ser reclasificados como bipolares atípicos.

4. Trastornos Bipolares

En la fase aguda del episodio maníaco hay que considerar la atención en consulta externa versus la necesidad de hospitalización. La decisión debe tomarse sobre las respuestas a las siguientes preguntas: ¿es necesaria la atención médica continua?, ¿tiene el paciente un sistema adecuado de apoyo?, ¿es accesible el clínico al paciente, en términos de frecuencia de visitas, según la severidad del cuadro? Un 75% de los pacientes diagnosticados de un primer episodio de manía requiere hospitalización. El tratamiento farmacológico es obligatorio con litio o fenotiazinas. Si existe un riesgo de psicosis hay que considerar el uso de medicación antipsicótica hasta que sea manejable y luego comenzar la terapia con litio. El estudio médico antes de comenzar la terapia con litio, debe evaluar la función renal, tiroidea y cardíaca. Los niveles terapéuticos de litio deben mantenerse entre 0,4 a 1,5 mEq/Lt. Los niveles séricos deben ser evaluados hasta lograr que se estabilicen. Se recomienda esperar 12 horas desde la última ingesta de litio para tomar la muestra de sangre que se usará para la medición. Si el paciente presenta por primera vez un cuadro maníaco, tener en cuenta que las posibilidades que repita otro episodio maníaco en los tres años siguientes es de 50/50, por lo tanto, hay que considerar los riesgos versus los beneficios de la terapia de mantenimiento. Cuanto más típico es el cuadro clínico, tanto más probable que responda al litio.

La psicoterapia debe ser orientada a la resolución y estabilización del paciente. Tener en cuenta que las conductas desplegadas por el paciente maníaco se han llamado el juego que el paciente maníaco realiza y que consisten en: manipulación de la autoestima de los demás; una gran percepción de las vulnerabilidades y los conflictos de los otros; proyección de la responsabilidad; constante desafío de los límites; enajenación de los miembros de la familia. Debe evaluarse el rol que los acontecimientos vitales juegan en la enfermedad así como la operatividad de los sistemas de apoyo y la organización de la familia que vive con el paciente.

4.1. Trastornos Bipolares con episodios recurrentes. En el mantenimiento de los pacientes bipolares en terapia de litio, hay que considerar si se utilizará solo o en combinación con fenotiazina. Tener en cuenta que en los pacientes bipolares deprimidos, el uso de tricíclicos puede precipitar manía o convertirlo en un paciente de ciclaje rápido. Después de alcanzar un nivel sérico estable de litio, los niveles sanguíneos pueden medirse mensualmente. Se requiere controles más frecuentes si: aparecen signos de toxicidad al litio; se altera la dosis o coexisten otras enfermedades; ocurren cambios significativos en el nivel de sodio o en la ingesta de líquidos por otras razones médicas. Algunos autores consideran que los niveles sanguíneos bajos de litio (0,4) parecen ser tan efectivos como los niveles altos, sin los problemas de efectos secundarios renales, sin embargo, la observación clínica del nivel de respuesta será el indicador.

4.2. Trastornos Bipolares resistentes al litio. Consideramos aquí, los trastornos que no responden al litio, los de ciclaje rápido, o aquellos pacientes que, sea por razones médicas o efectos secundarios, no pueden ser tratados con este medicamento. Los pacientes que presentan respuesta pobre al litio responden bien a la carbamazepina (Tegretol). En el caso de pobre respuesta a estas dos drogas, la combinación de ambos agentes puede resultar efectiva. Los efectos secundarios que se observa con el litio no se presentan con la carbamazepina. Esta produce erupción cutánea en 10 a 15% de pacientes; asimismo, otros efectos secundarios como mareos, ataxia, diplopia y sedación, son relacionados a la dosis y se subsanan sin dificultad regulándola. La dosis inicial de carbamazepina es de 400-600 mg/d y se aumenta paulatinamente; la dosis terapéutica es de 600-1600 mg. diarios. La carbamazepina disminuye la cuenta de glóbulos blancos; sin embargo, este efecto secundario no se debe confundir con la anemia aplásica o la agranulocitosis, que ocurren con la frecuencia de 1/20,000 y 1/125,000, respectivamente. El tratamiento combinado con litio y carbamazepina es suficiente para normalizar la cuenta sanguínea.

En pacientes que no responden a la carbamazepina o de ciclaje rápido, el tratamiento con ácido valproico, clonazepam o el bloqueador de calcio, verapamil, están indicados.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. AKISKAL, H. S, MASER, J D, ZELLER, P. J. et al. "Switching from unipolar to bipolar II, An 11 years prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients". In: Arch. General Psychiatry, Feb 52(2); 1995: 114-123.
2. American Psychiatric Association. Practice Guideline for Treatment of Patients with Bipolar Disorder. Washington, American Psychiatric Association Press, 1995.
3. KETTER, T. A., GEORGE, M. S., RING, H. A., et al. "Primary Mood Disorders, structural and testing functional studies". In: Psychiatric Annuals, Dec 24(12): 1994: 637-642.
4. RUIZ, Pedro. (Editor). "Depresión, implicación para su evaluación, Terapia Interpersonal, Psicoterapia Abuso de Drogas". En: Médico Interamericano, Año 14, N° 3, 1995.

CAPÍTULO 13: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS TRASTORNOS AFECTIVOS

1. El diagnóstico de episodio depresivo mayor exige la presencia de síntomas por un mínimo de:
 - Una semana
 - Dos semanas
 - Tres semanas
 - Dos meses
 - No importa la duración
2. El humor en el episodio depresivo mayor puede ser:
 - Triste
 - Desesperanzado
 - Irritable
 - Sin capacidad de placer
 - Todas son válidas
3. Durante la depresión se observan dificultades en las funciones cognitivas, tales como:
 - Disminución de la atención.
 - Dificultad para concentrarse
 - Dificultad amnésica
 - Son válidas la primera y la segunda
 - Todas son válidas
4. El episodio maniaco se caracteriza por ánimo:
 - Elevado

- Expansivo
- Irritable
- Ninguna es válida
- Todas son válidas

5. En el episodio maníaco están presentes los siguientes síntomas, menos:

- Autoestima elevada
- Sentimiento de grandiosidad
- Insomnio
- Pensamiento acelerado
- Apatía

6. Condiciones depresivas en cuadros médicos generales se presentan en (señale el que no corresponde):

- Accidentes cerebrovasculares
- Hipertiroidismo
- SIDA
- Infarto cardíaco
- Cáncer y dolor crónico

7. La elección del antidepresivo se basa en:

- La condición médica del paciente.
- El perfil de efectos secundarios del medicamento.
- Historia personal y familiar de respuesta a previos agentes terapéuticos.
- Son ciertas la primera y la segunda.
- Todas son ciertas.

8. Los pacientes depresivos con síntomas psicóticos

- Responden a la medicación antidepresiva.
- No responden a la medicación antidepresiva.
- Requieren antidepresivos, además de antipsicóticos.
- Son ciertas la primera y la tercera.
- Son ciertas la segunda y la tercera.

9. Los cuadros depresivos responden mejor a:

- Tratamiento farmacológico.
- Tratamiento psicoterapéutico.

Tratamiento combinado, psicoterapéutico y farmacológico.

Tratamiento social.

Todas son válidas.

10. El tratamiento de elección del episodio maniaco es:

Benzodiazepinas.

Aminotriptilina.

Litio.

Inhibidores de la monoaminooxidasa.

Inhibidores de la recaptación de serotonina.

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 14

TRASTORNOS DE ANGUSTIA

Renato D. ALARCÓN

INTRODUCCIÓN

Aun cuando algunos autores establecen distinciones entre ansiedad y angustia (aquella, básicamente caracterizada por fenómenos subjetivos, a los que se añaden en ésta signos físicos eventualmente mensurables), ambos términos se consideran como sinónimos en el presente capítulo. De manera muy general, angustia engloba un espectro de respuestas emocionales que van desde la adaptación como proceso biopsicosocial normal hasta la presencia de sintomatología clínica, en algunos casos, invalidantes. Presente en la historia de la humanidad desde tiempo inmemorial, la ansiedad ha ocupado también la atención de científicos y artistas a lo largo de centurias, aun cuando su delimitación clínica data sólo de mediados del siglo pasado.

La angustia como fenómeno emocional o síntoma clínico es, quizás, el más frecuente en la población general. Se dice que hasta un 20% de cohortes supuestamente sanas han experimentado ansiedad en un momento u otro de su existencia. Más de la cuarta parte de pacientes que asisten a la consulta externa experimentan alguna forma de ansiedad, en tanto que por lo menos un 15% de aquellos que van al médico general presenta ansiedad clínicamente detectable. La más reciente encuesta epidemiológica comunitaria en los Estados Unidos (Epidemiological Catchment Area Survey ECA, 1984) reveló que los trastornos de angustia habían sobrepasado a los depresivos como los más frecuentes en la población general; que la llamada fobia simple (una forma de trastorno ansioso) era la entidad más común y que el trastorno de pánico era, a su vez, el más frecuente entre la gente que se decidía a buscar tratamiento. En 1985, el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" publicó los resultados de un estudio epidemiológico realizado en un distrito urbano-marginal de Lima y comparó sus resultados con los obtenidos, en la misma época, en tres ciudades de Estados Unidos, incluidas en el estudio ECA antes mencionado. La metodología empleada en ambas investigaciones fue idéntica. La comparación reveló resultados similares en las cuatro comunidades, a pesar de las obvias diferencias socioculturales y de nivel económico entre las poblaciones.

DEFINICIÓN

Los trastornos de angustia se caracterizan, de modo general, por sensaciones subjetivas de tensión más o menos intensas e intranquilidad difusa, un estado consciente y comunicable de premoniciones penosas, no necesariamente relacionadas a amenazas externas. En ocasiones, la angustia alcanza niveles extremos de pánico o terror con agitación psicomotriz a veces incontrolable. Estos estados pueden inducir extensos cambios fisiológicos, desencadenando respuestas somáticas y viscerales mediadas por, entre otros, el sistema nervioso autónomo y el sistema hipotalámico-pituitario-endocrino. Las situaciones precipitantes pueden simbolizar, en ciertos casos, conflictos o impulsos inconscientes.

La angustia puede ser entonces tanto un estado emocional transitorio como una causa subyacente de determinadas conductas, un instinto o impulso, una respuesta situacional, un rasgo de personalidad, un síntoma de entidades clínicas variadas o un trastorno psiquiátrico definido. En este último rubro, un hecho importante ha sido la gradual identificación de varias formas clínicas más o menos autónomas a partir de la llamada neurosis de angustia, popularizada hasta hace dos décadas por el predominio de las

escuelas psicodinámicas. Hoy en día, se habla incluso de ansiedad condicionada (respuestas autonómicas mediadas por mecanismos cerebrales), psicogénica (con dinámica inconsciente añadida), y somatogénica (con claras manifestaciones conductuales y un alto grado de compromiso fisiológico global). Sheehan ha postulado la existencia de ansiedad exógena (fobias) y ansiedad endógena (pánico y ansiedad generalizada). Los investigadores biológicos han identificado una variedad de compuestos con metabolismo alterado (esteroides endógenos) o aquellos cuya interacción con sistemas neurotransmisores, tales como el ácido gama-amino-butírico (GABA), permite la formulación de posibles mecanismos patogénicos.

CLASIFICACIÓN

La clasificación clínica más aceptada de los cuadros de angustia es la basada en criterios diagnósticos descriptivos, que agrupan categorías generales tales como trastornos situacionales, inespecíficos, secundarios o atípicos, y categorías más delimitadas y específicas. Los sistemas nosológicos más conocidos son los de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Edición (CIE-10), publicada por la Organización Mundial de la Salud (1993) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana, cuarta edición (DSM-IV), publicado en mayo de 1994. (Ver Capítulo 7).

Un concepto clínico importante a tenerse en cuenta es que tanto el llamado ataque de pánico como la agorafobia pueden ocurrir en el contexto de cualquiera de los otros trastornos de angustia. El ataque de pánico se define como un período corto de miedo o malestar intenso que alcanza su acmé aproximadamente a los diez minutos, se acompaña de una sensación de peligro inminente y urgencia de escapar, además de por lo menos tres de catorce síntomas físicos que van desde palpitaciones, temblor y sensación de asfixia hasta mareos, parestesias, náuseas o escalofríos. El ataque puede ser inesperado, situacionalmente causado (inmediatamente después del evento desencadenante) o situacionalmente predeterminado (de ocurrencia variable, no inmediatamente después del evento).

La agorafobia es un estado de angustia precipitado por lugares o situaciones de los que resulta difícil o embarazoso escapar, con ataques de pánico situacionalmente predeterminados y sin posibilidades de ayuda o alivio; hay conducta evitativa concomitante y, cuando ella no ocurre, se presentan incomodidad intensa, tensión y síntomas físicos persistentes y severos.

Se describen a continuación los principales trastornos de ansiedad según el DSM-IV, con excepción del obsesivo-compulsivo que, dada su importancia, es materia de otro capítulo. (Ver Capítulo 15).

1 Trastorno de Angustia Generalizada (TAG)

Equivale al viejo concepto de neurosis de angustia o neurosis de ansiedad. Se ha encontrado que el TAG es de tres a cinco veces más frecuente que el trastorno de pánico. Es importante notar que el TAG puede coexistir con otros trastornos de angustia y con depresión, dando lugar a la posible ocurrencia de cuadros mixtos o transicionales (la llamada depresión ansiosa). Se estima, por otro lado, que el compromiso del funcionamiento social u ocupacional del individuo afecto es leve o moderado y sólo excepcionalmente severo, aun cuando exhibe tendencia a la cronicidad. El TAG ocurre aparentemente en igual número en hombres y mujeres.

1.1 Sintomatología. De acuerdo al DSM-IV, los principales síntomas de TAG pueden agruparse en los siguientes rubros:

- a) Tensión motora: tremor, sacudidas musculares, torsiones bruscas, debilidad, temblor generalizado, dolores, entumecimiento, inquietud, fatigabilidad fácil.
- b) Hiperactividad autonómica: dificultad para respirar, sensación de falta de aire, palpitaciones, taquicardia, taquipnea, respiración profunda, escalofríos, palidez, bochornos, sequedad de boca, mareos, náuseas, vómitos, diarrea, poliuria, dificultad para deglutir, sensación de "nudo en la garganta".
- c) Hipervigilancia: sensación subjetiva de tensión, estado de hiperalerta e hiperexploración sensorial, irritabilidad, impaciencia, distraibilidad, insomnio.
- d) Expectación aprensiva: incluye ansiedad propiamente dicha, preocupación excesiva (y generalmente infundada), miedo, rumiaciones pertinaces, cuasi-seguridad de inminencia de fracasos o desgracias para sí mismo y para otros.

El cuadro clínico del TAG exhibe una gran variedad de síntomas físicos concomitantes, con asiento en distintos órganos y sistemas. El cuadro N° 1 muestra las principales manifestaciones físicas atribuibles a los sistemas nervioso, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y génito-urinario.

1.2 Etiopatogenia. Abundan las teorías o hipótesis psicogenéticas en relación al TAG. El psicoanálisis conceptúa la ansiedad, como el síntoma neurótico nuclear, expresión de conflictos intrapsíquicos no resueltos o de represión sexual (Freud); de agudos sentimientos de inferioridad (Adler); de inseguridad (Horney) o expresión de cogniciones no verbales (Jung). En la vertiente conductual, la ansiedad reflejaría la imposibilidad de evitar un estímulo estresante (Mowrer) o una cognición defectuosa (Beck). La corriente existencialista conceptúa la ansiedad como respuesta a amenazas al sistema de valores del individuo (May).

En las dos últimas décadas se ha formulado teorías etiopatogénicas de la ansiedad basadas en investigaciones genéticas y de laboratorio. Dentro de estas últimas se ha confirmado el importante rol que juegan estructuras tales como la corteza frontal, el sistema límbico (particularmente el segmento septal-hipocámpico) los núcleos del rafe central y el locus ceruleus. Se ha avanzado bastante en delinear posibles efectos ansiolíticos de los receptores gabaérgicos; es probable, sin embargo, que otros sistemas tales como el noradrenérgico y el serotoninérgico tengan también participación activa. La infusión experimental de ácido láctico como agente ansiogénico tiene importancia patogenética y diagnóstica, al igual que el uso de cafeína y agonistas inversos tales como la beta-carbolinas.

CUADRO N° 1

PERFIL CLÍNICO DE LA ANSIEDAD

SÍNTOMAS	SIGNOS
<p>Sistema Nervioso</p> <p>Tensión, incapacidad de relajarse.</p> <p>Dificultad para concentrarse, pérdida de interés en actividades habituales.</p> <p>Mareos, pesadez, síncope, irritabilidad, intolerancia. examen físico,</p> <p>Disturbios del sueño: pesadillas, dificultad para conciliar el sueño, temores mal definidos, terror, fatiga, debilidad.</p> <p>Cefalea, coordinación pobre.</p> <p>Temblor, parestesias.</p> <p>Piloerección.</p>	<p>Sistema Nervioso</p> <p>Expresión facial tensa.</p> <p>Conducta estereotipada, i.e tics, "comerse las uñas", fumar ininterrumpidamente, inquietud psicomotriz, irritabilidad durante el examen físico, tremor fino.</p> <p>Exoftalmus ocasional. Manos frías y húmedas.</p>
<p>Sistema Cardiovascular</p> <p>Palpitaciones</p> <p>Presión subesternal, dolor precordial no relacionados al ejercicio</p> <p>Bochornos.</p>	<p>Sistema Cardiovascular</p> <p>Taquicardia sinusal</p> <p>Elevación transitoria de la presión sistólica</p> <p>Soplo sistólico funcional</p>
<p>Sistema Respiratorio</p> <p>Dificultad para respirar, "asfixia", sofocación</p>	<p>Sistema Respiratorio</p> <p>Hiperventilación (Chevostek +, si hiperventilación es severa</p> <p>Mayor frecuencia de suspiros.</p>

Sistema Gastrointestinal**Incomodidad epigástrica**

Sensación de llenura, dispepsia, eructos, acidez.

Diarrea, constipación, anorexia, hiperorexia compulsiva.

Sistema Génito-urinario**Poliuria**

Amenorrea, flujo y cólicos menstruales excesivos.

El TAG y otros trastornos ansiosos perturban la arquitectura del sueño, tal como se ha demostrado en estudios polisomnográficos que muestran bajo output, organización pobre de ondas alfa y amplitud reducida de variaciones negativas contingentes; en comparación con pacientes depresivos, individuos con TAG muestran reducciones mayores del estadio I del sueño y en porcentajes de sueño REM.

Algunos estudios familiares y de gemelos sugieren la presencia de un componente genético. Existe acuerdo, sin embargo, en que la base genética sólo podría ser actualizada por la vigencia de factores ambientales estresantes.

1.3. Diagnóstico. El problema diagnóstico fundamental estriba en el señalamiento de la línea divisoria entre ansiedad normal y patológica que, en último caso, es arbitrario y basado más que nada en la experiencia clínica. La heterogeneidad del cuadro sintomático es otro inconveniente significativo. El rasgo esencial del trastorno es, desde luego, la ansiedad excesiva, sin base realista, y la preocupación exagerada o desproporcionada frente a circunstancias o situaciones no necesariamente alejadas de lo cotidiano. Los síntomas deben estar presentes por espacio de seis meses o más.

1.4. Diagnóstico Diferencial. Se da fundamentalmente con:

- a) Depresiones, particularmente el tipo de depresión agitada en el cual la depresión domina el cuadro clínico y la tensión severa ocurre sólo intermitentemente.
- b) Trastorno de adaptación con ánimo ansioso, en el cual existe un factor estresante definido, de naturaleza psicosocial; no se encuentran todas las manifestaciones del TAG y la duración es menor de seis meses.
- c) Trastornos psicóticos, tales como manía irritable, esquizofrenia (especialmente en estadios iniciales) o depresión psicótica.
- d) Otros trastornos, tales como disturbios del apetito y del comer, personalidad múltiple, trastornos disociativos y algunos trastornos de personalidad (Eje II del DSM-IV) tales como pasivo-dependiente, obsesivo-compulsivo, histriónica y antisocial.

1.5 Tratamiento. En el tratamiento de TAG es fundamental concebir la ansiedad como conformada por varios elementos: la experiencia subjetiva de aprensión que incluye componentes afectivo, cognoscitivo, volitivo, los cambios psicofisiológicos asociados y los intentos por evitar, escapar o afrontar ciertas situaciones. Estos componentes pueden responder desigualmente a diversas modalidades terapéuticas.

El tratamiento del TAG requiere un enfoque individualizado aun cuando la mayoría de pacientes necesitan psicoterapia en combinación con farmacoterapia. La psicoterapia del paciente ansioso no debe orientarse únicamente a los síntomas sino también a la relación entre éstos y situaciones desencadenantes específicas y la personalidad del paciente. En este contexto podrán usarse la psicoterapia de apoyo (aliento, búsqueda de alternativas o estrategias de solución de problemas, énfasis en logros pragmáticos, participación de familiares, etc.), técnicas cognitivo-conductuales (explicaciones, programación de actividades, provisión de experiencias exitosas), psicoterapia de orientación psicodinámica (que puede abarcar también a miembros del núcleo familiar) y técnicas tales como relajación, biofeedback y meditación. Es menester señalar, sin embargo, que estos abordajes pueden ser insuficientes en casos severos. Si la ansiedad se origina del deterioro de habilidades interpersonales, el paciente puede beneficiarse de terapia grupal. En general, las estrategias psicoterapéuticas más

importantes consisten en combatir la desmoralización, alentar al paciente a participar en actividades que antes había evitado y ayudarlo a aprender nuevas destrezas intra e interpersonales.

La farmacoterapia de la ansiedad tiene una tradición tan ilustre como accidentada, en particular por el omnipresente riesgo adictivo de la inmensa mayoría de agentes ansiolíticos. El mayor conocimiento y experiencia clínica y la mejor educación del paciente han contribuido a reducir significativamente este riesgo. Es evidente, por último, que los psicofármacos son efectivos en el manejo de cuadros ansiosos severos que usualmente no responden a la psicoterapia. Los principales grupos de drogas ansiolíticas son:

Benzodiacepinas: drogas de acción sedante, hipnótica, relajante muscular, reductora del estado de alerta y generadora de indiferencia a situaciones provocadoras de ansiedad. A estos efectos debe añadirse su moderada acción anticonvulsivante. Las benzodiacepinas (tipo clordiazepóxido y diazepam) están entre los fármacos de mayor venta en el mundo desde su introducción a fines de la década del 50. Controlan los síntomas tanto psíquicos como somáticos de la ansiedad, tienen relativamente rápido comienzo de acción, interfieren muy poco con los efectos de otros medicamentos y permiten gran flexibilidad posológica. Tienen también un amplio margen terapéutico, lo que los hace más seguros que otros ansiolíticos aún después de sobredosis. Su acción parece estar basada en mecanismos competitivos con los receptores gabaérgicos. Algunos de ellos (lorazepam y oxazepam, por ejemplo) no son metabolizados por el hígado, lo cual favorece su uso en pacientes con problemas hepáticos. Entre sus desventajas, aparte de su potencial adictivo y la sedación a veces intensa con la consiguiente perturbación psicomotora, se

CUADRO N° 2

PRINCIPALES BENZODIACEPÍNICOS

DURACIÓN DE ACCIÓN	NOMBRE GENÉRICO	EQUIVALENCIA	VIDA MEDIA (hs)	RANGO DE DOSIS (mg)
Prolongada (24 horas)	Clordiazepóxido	10,00	36-200	10-15
	Diazepam	5,00	20-100	6-30
	Clorazepato	7,50	36-200	7,50-45
	Prazepam	10,00	36-200	10-30
	Flurazepam	15,00	40-250	15-45
Intermedia a corta (5-24 horas)	Alprazolam	0,50	6-200	0,25-4
	Lorazepam	1,00	10-20	0,50-4
	Temazepam	5,00	8-22	5-20
	Oxazepam	15,00	4-15	15-60
	Clonazepam	1,00	12-24	0,50-4
Ultracorta	Triazolam	0,25v	1,5-5	0,125-75

cuentan su poco o nulo efecto profiláctico y la ocurrencia de un plateau en su efecto terapéutico después de aproximadamente seis semanas de tratamiento; si se ignora esta característica, el paciente puede llegar a niveles no controlables de tolerancia y consiguiente dependencia. Finalmente, 20 a 30% de pacientes tratados con benzodiacepinas no presentan una respuesta clínica favorable.

El cuadro N° 2 muestra las principales benzodiacepinas, sus nombres genéricos, vida media, patrón de absorción y rango de dosis, así como equivalencias aproximadas.

Bloqueadores beta-adrenérgicos: compuestos primariamente antihipertensivos, actúan principalmente a nivel periférico, vale decir en el manejo de la hiperexcitabilidad simpática

(especialmente síntomas cardiovasculares), no influyen mayormente en las manifestaciones mentales o subjetivas de la ansiedad. En combinación con los benzodiacepínicos, permiten el uso de dosis reducidas de estos últimos. Están contraindicados en paciente con historia de asma bronquial. El beta-bloqueador más conocido es el propranolol que se usa a dosis generalmente no mayores de 120mg/día.

Buspirona: droga relativamente nueva, publicitada como carente de varios de los efectos secundarios de las benzodiacepinas. Químicamente es un agonista/antagonista parcial de dopamina; no es un relajante muscular, no tiene propiedades adictivas y no potencia los efectos del alcohol. Dosis máxima: 30 mg/día. Su real efecto ansiolítico parece ser inferior al de los benzodiacepínicos pero puede ser un agente coadyuvante o aceptable como tratamiento de segunda línea.

Antidepresivo: tricíclicos e inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs), parecen ser más útiles en la terapéutica de los restantes trastornos de angustia.

Antihistamínicos: menos ansiolíticos que los anteriores, pueden ser usados con ventaja, sin embargo, en pacientes con TAG que tienen, además historia de alcoholismo y abuso de drogas.

Neurolépticos: menos efectivos en casos de ansiedad no psicótica, deben usarse con cautela.

Otras drogas con efecto ansiolítico: incluyen fenitoína, carbamazepina, L-triptofano y clonidina pero su uso es muy limitado y su eficacia no está claramente documentada.

Trastorno de pánico

El rasgo fundamental del trastorno de pánico (TP) es la ocurrencia repetida de ataques de angustia intensa (pánico), situacionalmente predeterminados, sin base orgánica demostrable. El estudio epidemiológico ECA del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, detectó una prevalencia de 6 meses del 1% y una prevalencia de vida del 1,5%. El TP genera, sin embargo, la proporción más alta de visitas a las clínicas de salud mental (50,4%) comparado con otros trastornos de angustia. El estudio en el distrito de Independencia, ya citado, reveló una prevalencia de vida del 1,6% (1,0 % en varones y 2,2% en mujeres). El comienzo tiene lugar típicamente en la mitad de la segunda década de la vida. La comorbilidad con cuadros depresivos llega en casos al 60%

El TP puede estar o no acompañado del cuadro de agorafobia ya descrito. Esto ha dado lugar a que se postule una distinción entre TP con y sin agorafobia. Esta última ocurre por igual en hombres y mujeres, en tanto que TP con agorafobia parece afectar dos veces más a mujeres que a varones.

1. Sintomatología

Los ataques de pánico -componente clínico cardinal del TP- ocurren inesperadamente y sin relación alguna con factores precipitantes demostrables. Durante los ataques, el paciente presenta síntomas físicos tales como disnea, sensación de asfixia o de desmayo, mareos, taquicardia, transpiración, atagantamiento, náuseas, despersonalización o desrealización, parestesias, escalofríos, bochornos, dolor precordial, sensación de muerte inminente, miedo a perder el control o a "volverse loco". Los síntomas pueden desarrollarse en cascada durante períodos de pocos minutos. Por espacio de un mes después de ocurrido un ataque, el paciente debe mostrar un significativo cambio de conducta que traduce su preocupación por la posibilidad de un nuevo ataque o por las repercusiones a largo plazo que ello pueda tener.

En el caso de TP con agorafobia, la conducta evitativa de esta última puede ser de intensidad leve, moderada o severa. Por otro lado, desde mediados de la década del 70, se ha especulado respecto a la asociación patogénica de TP con el cuadro de prolapso de válvula mitral (PVM) que ocurre en el 12 a 25% de pacientes con TP, cifra significativamente más alta que la hallada en controles normales (4,5%). Sin embargo, la proporción de pacientes con PVM primario que presentan TP es ínfima. Por último, los TP asociados con PVM parecen ser clínica, fisiológica y farmaco-lógicamente indistinguibles de otros ataques de pánico.

2. Etiopatogenia

Ansiedad de separación en la infancia, pérdida súbita de apoyos sociales o de relaciones interpersonales importantes parecen ser factores predisponentes significativos. La coincidencia de TP con PVM apunta a cierta vulnerabilidad neurofisiológica, posiblemente autonómica. Se ha postulado cierta carga genética

en base a estudios familiares y con gemelos univitelinos. En el plano experimental se conoce la inducción de típicos ataques de pánico en 80% de pacientes con diagnóstico de TP, mediante la infusión endovenosa de lactato de sodio, respuesta que ocurre sólo raramente en sujetos fóbicos, con TEPT y en individuos normales.

3. DIAGNÓSTICO

El criterio cuantitativo para el diagnóstico de TP es un mínimo de cuatro ataques en cuatro semanas, o uno o más seguidos de un mes de intenso temor anticipatorio. Cada ataque debe presentar por lo menos cuatro de los síntomas enumerados arriba; tres o menos constituyen un ataque limitado o leve. Los criterios de severidad y remisión en casos de TP con agorafobia se configuran en base a la intensidad y curso clínico del cuadro. El carácter súbito del ataque es indispensable para el diagnóstico.

En general, el diagnóstico de TP requiere de la evaluación del complejo sintomático global y de la identificación de un patrón clínico característico más que de componentes individuales.

4. Diagnóstico diferencial

Debe agotarse el descarte de patología orgánica especialmente cardiovascular, endocrina, neurológica, gastroenterológica, músculo-esquelética y metabólica. Deben considerarse, además, las siguientes entidades psiquiátricas:

- Síndrome de abstinencia o intoxicación por barbitúricos o estimulantes.
- Episodio depresivo mayor.
- Trastornos de somatización o de despersonalización
- Otros trastornos de angustia; considerar siempre la impredecibilidad del cuadro de pánico, su más rápido comienzo y el severo temor a morir o perder el control.

5. Tratamiento

No existe duda alguna respecto a la necesidad de utilizar una estrategia dual (psicoterapia-farmacoterapia) en el tratamiento de TP. La eficacia de la intervención psicoterapéutica es mayor cuando los síntomas del ataque de pánico se han controlado farmacológicamente. La psicoterapia debe reforzar mecanismos de apoyo propios y ajenos y, particularmente, poner término a la conducta evitativa concomitante. En casos con agorafobia asociada, puede y debe utilizarse técnicas conductuales tales como la exposición in vivo, que produce mejoría en el 60 a 70% de los casos.

Entre los psicofármacos, la imipramina es históricamente el compuesto más efectivo en ataques de pánico. Se debe iniciar el tratamiento a dosis bajas y aumentarlas hasta 250-300 mg. diarios en un periodo de dos a tres semanas. Se ha utilizado también IMAOs, clomipramina, trimipramina, trazodona y, últimamente, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina hasta 80 mg/día, por ejemplo). Con antidepresivos, sin embargo, hasta un 20% de pacientes puede experimentar un efecto paradójico de acentuación de la sintomatología. Otros riesgos con estas drogas son sobredosis, convulsiones o crisis hipertensivas. Esto ha determinado que, en algunos casos, se considere el uso de benzodiacepínicos, en especial lorazepam, oxazepam y alprazolam como coadyuvantes del tratamiento farmacológico. Otras drogas, tales como beta-bloqueadores y anticonvulsivantes, pueden ser usadas en casos extremos.

6. Pronóstico

Los ataques de pánico son típicamente recurrentes por espacio de algunas semanas. Raramente se ve un solo ataque seguido por el miedo persistente a tener otro. El TP sin agorafobia tiende a durar semanas o meses; TP con agorafobia, más bien años, con período variados de remisión total o parcial. Personalidad premórbida, diatesis ansiosa y la presencia de conducta evitativa marcada son indicadores pronósticos negativos. Si el tratamiento no es exitoso (como ocurre en un 20 a 30% de pacientes) el individuo puede desarrollar depresión (con alto riesgo de conducta suicida), alcoholismo, abuso de drogas y aun problemas físicos tales como hipertensión y úlcera péptica.

Trastornos fóbicos

1. Fobias específicas

Anteriormente denominada fobias sociales, este tipo de trastornos tienen como síntoma cardinal el miedo o temor persistente a un estímulo circunscrito, temor que, a su vez, desencadena una irrefrenable conducta de evitamiento del estímulo provocador; cuando ello no es posible puede producirse un cuadro ansioso de severidad variable. La prevalencia en la población general es del 3 al 4%, pero se estima que las cifras reales son sustancialmente más altas. Las fobias específicas más comunes en la población general involucran animales tales como perros, gatos, serpientes, insectos y ratones; sin embargo, los casos de fobia más frecuentemente vistos en la práctica clínica tienen que ver con injuria corporal o enfermedad (nosofobia), muerte (tanatofobia), espacios cerrados (claustrofobia), altura (acrofobia) y travesías en avión. Las fobias a animales o zoofobias empiezan más a menudo en la niñez, las nosofobias en la adolescencia y las restantes alrededor de la cuarta década de la vida. El trastorno se ve más frecuentemente en mujeres, aun cuando se desconocen otros factores predisponentes.

El DSM-IV agrupa las fobias específicas en cinco subtipos: a animales, a eventos del ambiente natural, a sangre, a inyecciones o injurias situacionales y otras.

1.1 Sintomatología. El paciente fóbico reconoce abiertamente que su temor es excesivo, irracional y difícilmente controlable. El contacto con el estímulo fóbico desencadena casi inmediatamente una respuesta ansiosa severa: sobresalto, taquicardia, diaforesis, sensación de ahogo. Los síntomas disminuyen de intensidad en la medida en que el estímulo fóbico se aleja. La conducta evitativa, secundaria al miedo fóbico, genera a veces serias perturbaciones en la vida interpersonal del paciente que lo impelen a buscar ayuda profesional.

1.2. Etiopatogenia. Aparte de referencias a cierta vulnerabilidad o predisposición psicofisiológica con relativos correlatos neurohormonales, y la contribución de experiencias aterradoras acaecidas en edad temprana, se conoce muy poco respecto a la etiopatogenia de las fobias simples.

1.3 Diagnóstico. Se formula sólo con una documentada historia clínica y en presencia de los síntomas característicos del cuadro, ansiedad anticipatoria y conducta evitativa. Estas circunstancias interfieren con la rutina del individuo afectado y con su funcionamiento ocupacional y social.

1.4 Diagnóstico diferencial. Se establece con los restantes cuadros ansiosos. Puede ser particularmente difícil en el casos de los trastornos de pánico y obsesivo-compulsivo, en los cuales la conducta evitativa es también prominente. En casos de hipocondriasis y trastornos de la conducta alimenticia, la conducta evitativa no es por cierto, el síntoma más prominente.

1.5 Tratamiento. Las técnicas de terapia conductual, en particular desensibilización sistemática (de estructura similar a las utilizadas en TEPT), implosión, técnicas cognitivas y modelaje, tienen en las fobias un campo de aplicación exitoso por su brevedad y efectividad, cuando son utilizadas por un profesional experimentado. El uso juicioso de ansiolíticos y, en raros casos, de antidepresivos o neurolépticos, es recomendable en las fases agudas del cuadro.

1.6 Pronóstico. Muchas de las fobias específicas de comienzo en la niñez desaparecen espontáneamente; aquéllas que persisten hasta la adultez requieren tratamiento. El pronóstico es, en general, favorable pero se requiere medidas preventivas que minimicen la exposición al estímulo fóbico.

2. Fobia social

O trastorno de ansiedad social. Se trata de un temor excesivo, con concomitante conductual de evitamiento, en relación a situaciones en las cuales el individuo puede ser evaluado u observado más o menos intensamente por otros, o forzado a actuar de una manera que él percibe como embarazosa o humillante. Como ejemplos típicos se cita la fobia a hablar, escribir o cenar en público o a usar servicios higiénicos públicos. Se estima que este trastorno representa, en poblaciones clínicas, cerca del 30% del total de fobias, en tanto que en la población general alcanza el 13%. La distribución por sexo es de 1:1 o levemente en favor de pacientes varones, y la edad de comienzo más común es entre los 12 y los 19 años, aun cuando puede aparecer más allá de los 35. La fobia social puede coexistir con fobias

específicas y trastornos de pánico. Su curso es crónico con alguna reducción durante la edad media de la vida. No hay información con respecto a factores predisponentes o historia familiar.

2.1 Sintomatología. La fobia social se acompaña de claros síntomas somáticos de ansiedad, el más característico de los cuales es sonrojamiento o bochorno. La situación fóbica puede ser tolerada en algunos casos a un costo emocional severo, pero más comúnmente el paciente la evita de manera sistemática. Esta conducta evitativa, sin embargo, genera serios disturbios en la vida interpersonal del paciente, el cual, como en el caso de las fobias específicas, admite que su temor es enteramente irracional.

2.2 Etiopatogenia. Se postula una variedad de factores experienciales condicionantes, probable personalidad evitativa y predisposición psicofisiológica.

2.3 Diagnóstico. La identificación de la situación fóbica, de la conducta evitativa concomitante y de las secuelas interpersonales, ayudan en el diagnóstico. Si la situación fóbica incluye la mayoría o totalidad de situaciones sociales posibles, la fobia se denomina fobia social generalizada.

2.4 Diagnóstico diferencial. La fobia social debe distinguirse del evitamiento normal de situaciones sociales que pueden causar malestar, y del miedo a multitudes asociado con la agorafobia. En la fobia social el sujeto teme el escrutinio a que se supone sometido por los otros, no al hecho de estar rodeado de mucha gente. Los pacientes fóbicos que presentan concomitante pánico o angustia generalizada pueden ser fisiológicamente distintos a los que no experimentan estos trastornos.

Las fobias específicas no incluyen situaciones sociales como estímulo fóbico manifiesto. En el trastorno del pánico con agorafobia, el evitamiento de la situación social ocurre por miedo a la vergüenza de tener un ataque de pánico. La personalidad evitativa da lugar a un estilo interpersonal generado por el temor a ser rechazado. En el trastorno persistente del desarrollo y en la personalidad esquizoide, la conducta evitativa obedece a falta de interés por parte del paciente para establecer vínculos interpersonales. Finalmente, el bochorno o sonrojamiento puede ser síntoma de una variedad de condiciones físicas tales como hipertensión esencial, síndrome carcinoide, alergia y otras.

2.5 Tratamiento. Se usan técnicas de desensibilización sistemática y modelaje, en conjunción con ansiolíticos a dosis bajas, biofeedback (en ciertos casos) y terapia de apoyo.

2.6 Pronóstico. Este trastorno es potencialmente dañino para el avance laboral o profesional del individuo afectado. Como complicaciones posibles se cita alcoholismo y abuso de sedantes e hipnóticos, aparte de depresión secundaria. Afortunadamente, la mayoría de casos de fobia social son controlables.

3. Agorafobia sin historia de trastorno de pánico

Aun cuando los síntomas son los mismos que los de TP, su foco clínico es el miedo a la ocurrencia de los mismos, en ausencia de historia de TP. No es el tipo de fobia más común en la población general, pero puede ser el más invalidante de estos trastornos. El temor conduce por cierto a conductas evitativas, con gradual y a menudo severa reducción de las actividades cotidianas.

La prevalencia de agorafobia en la población general es de aproximadamente 0,8%. La edad de comienzo es variable, pero ocurre con más frecuencia entre los 20 y los 30 años. Se ve más a menudo en mujeres.

3.1 Sintomatología. Los síntomas más frecuentes son mareos, sensación de caída inminente, despersonalización o desrealización, incontinencia urinaria, diarrea, vómitos, taquicardia y ahogos. La presentación más común es de ataques limitados, leves o moderados, pero la situación potencialmente más peligrosa es el persistente temor a recurrencias. Muchos agorafóbicos tienen una historia de crisis de angustia o de TAG al comienzo del cuadro; otros presentan historia previa de episodios depresivos. Fobias mixtas o polifobias representan probablemente variantes del trastorno.

3.2 Etiopatogenia. Se ha encontrado rasgos de personalidad evitativa en muchos agorafóbicos. Ansiedad de separación u otros trastornos de la infancia pueden ser considerados como factores predisponentes, en tanto que en la vida adulta el comienzo de la agorafobia se asocia con acontecimientos estresantes o traumáticos. Las bases biológicas de la agorafobia permanecen aún

desconocidas.

3.3 Diagnóstico. El reconocimiento de la situación desencadenante y la sintomatología típica con conducta evitativa concomitante, contribuyen significativamente al diagnóstico.

3.4 Diagnóstico diferencial. Los principales diagnósticos diferenciales se dan con el trastorno de pánico con agorafobia y con fobias sociales. En la depresión mayor, el paciente evita situaciones que lo abrumen, pero no experimenta el miedo al desarrollo súbito de síntomas incapacitantes. En trastornos psicóticos con rasgos persecutorios, el sujeto afectado evita situaciones que delusionalmente percibe como amenazadoras.

3.5 Tratamiento. La terapia de exposición (gradual o masiva) al estímulo fóbico parece ser la más efectiva. La relación médico-paciente es crucial y la adición de ansiolíticos facilita el proceso terapéutico.

3.6 Pronóstico. Típicamente el trastorno persiste por varios años. El pronóstico es variable: casos leves o moderados presentan fluctuaciones sintomáticas con eventuales remisiones; casos severos pueden llegar a la invalidez total.

Trastorno de Estrés Posttraumático

Históricamente, el estudio sistemático del trauma emocional y de sus efectos psicológicos comenzó solamente en la segunda mitad del Siglo XIX. Observaciones clínicas derivadas de la Guerra de Secesión en los Estados Unidos, en los conflictos bélicos en Europa a fines del siglo pasado y más tarde en las dos guerras mundiales, fueron dando forma a la entidad bautizada sucesivamente como corazón irritable, shock de bombardeo, ansiedad de las trincheras, fatiga de combate, neurosis de guerra y astenia neurocirculatoria. En la década de los 70 se describió el "síndrome de Vietnam", y desde 1980 se ha oficializado el nombre de trastorno de estrés post-traumático (TEPT).

A pesar que la mayoría de las observaciones clínicas de TEPT provienen de la psiquiatría militar, el concepto de trauma ha sido recientemente expandido para abarcar una variedad de situaciones psicológicamente perturbadoras, cuya característica común es que exceden un rango más o menos aceptable de intensidad. En las últimas décadas se ha estudiado intensamente la psicofisiología y otros factores neurobiológicos en la patogénesis del trastorno, así como una variedad de intervenciones diagnósticas y terapéuticas.

El TEPT ocurre a cualquier edad y parece afectar a cerca del 4% de la población general. Se estima que un 30% de veteranos de la guerra de Vietnam presentan evidencia de TEPT total o parcial. El daño y complicaciones ulteriores determinan una tendencia marcada a la cronicidad. La existencia previa de psicopatología parece ser condición importante, pero, no indispensable para el desarrollo de TEPT. Se presenta más en varones, pero no hay hallazgos concluyentes en relación a su distribución por sexo, raza o en individuos con historia familiar de trastornos psiquiátricos. Las condiciones comórbidas más frecuentes son alcoholismo y abuso de drogas.

En el DSM-IV se incluye el llamado Trastorno de Estrés Agudo, con síntomas prácticamente similares a los de TEPT, pero con cierto predominio de manifestaciones disociativas y una duración de dos días a cuatro semanas.

1. Sintomatología

El evento traumático debe ser tal que encierre una verdadera amenaza de muerte, lesiones severas o peligro serio a la integridad física y psicológica del paciente. Las reacciones inmediatas son de miedo, desamparo y horror. Un grupo importantísimo de síntomas se resume en la llamada re-experiencia del evento en la forma de recuerdos o imágenes intrusas, pesadillas, flashbacks, pseudopercepciones y alta reactividad fisiológica. La conducta evitativa y el entumecimiento emocional abarcan áreas amplias del funcionamiento individual incluyendo problemas de memoria, apatía, desapego, indiferencia y/o pesimismo intenso frente al futuro. Finalmente, el estado de hipervigilia se traduce en sueño irregular, irritabilidad, dificultades cognitivas y reacciones excesivas de estupor psicomotor.

La duración de los síntomas no debe ser menor de un mes (seis meses según la CIE-10). De acuerdo a su duración y a su forma de inicio, el TEPT puede ser agudo (menos de tres meses), crónico (tres meses

o más) y de inicio demorado (latencia mayor de seis meses).

2. Etiopatogenia

El estresor o factor estresante desencadena las respuestas cognoscitivas, emocionales y fisiológicas del cuadro clínico, mediadas por sistemas neurofisiológicos y bioquímicos diversos. Se cuentan entre éstos los sistemas adrenérgico, dopami-nérgico, serotoninérgico, opiáceo endógeno, benzodicepínico endógeno y el eje hipotálamo-pituitario-adrenal. Las múltiples expresiones clínicas del TEPT se deben a cambios funcionales en los centros integrativos superiores del SNC tales como el sistema límbico, el locus ceruleus, la amígdala y otros. El compromiso gradual de todos estos sistemas a través del tiempo remeda un modelo patogénico de cascada sintomática con múltiples apariencias clínicas y manifestaciones psicológicas, físicas y humorales. Varios de estos conceptos aguardan aún mayor confirmación clínico-experimental, pero han probado ya su viabilidad en el campo diagnóstico y terapéutico.

Los eventos que hoy se consideran similares a la experiencia de combate en su potencial traumatógeno son, entre otros, aquellos que envuelven violencia inusitada (violación sexual, robo, ataque físico), raptos, desastres naturales o tecnológicos, tortura, accidentes de tránsito, diagnóstico inesperado de enfermedad incurable, persecución política, etc. Por otro lado, la presencia de TEPT aumenta el riesgo de ocurrencia de otros trastornos psiquiátricos tales como depresión, somatización, alcoholismo o abuso de drogas.

3. Diagnóstico

La repetición del acontecimiento traumático en la percepción subjetiva del paciente con la consiguiente perturbación psicológica, las conductas de evitamiento sistemático y, sobre todo, el "entumecimiento psíquico" y el alejamiento, desapego, indiferencia o rudeza concomitantes son características distintivas del TEPT. Debe agregarse a ellas la variedad de síntomas físicos (similares al cuadro de TAG) y la súbita producción de las manifestaciones ansiosas frente a estímulos simbólicos o situaciones que recuerdan el evento traumático, v. gr. víctimas de terremotos, al paso ruidoso de un vehículo pesado, excombatientes en un aeropuerto o al olor de la gasolina en estaciones de servicio, etc.

Nosológicamente, el TEPT está todavía ubicado entre los trastornos de angustia en las dos grandes clasificaciones mundiales. Muchos autores han sugerido un grupo nosológico distinto que abarque todos los trastornos relacionados con eventos traumáticos, pero tal propuesta aguarda todavía aceptación más amplia.

4. Diagnóstico Diferencial

Dada la prominencia de los síntomas ansiosos, el diagnóstico diferencial del TEPT debe incluir por fuerza todos los restantes trastornos de angustia. Debe también tenerse en cuenta la comorbilidad con otros cuadros. Por otro lado, el clínico debe saber distinguir entre TEPT y:

4.1 Trastornos de ajuste o adaptación, en los que el estresor es usualmente menos severo y más "rutinario" (v. gr., enfermedad leve, divorcio, duelo no complicado, problemas económicos) y los síntomas ansiosos parecen ser menos complejos y elaborados.

4.2 Depresión: diagnóstico diferencial difícil por la prominencia del síntoma dentro del cuadro de TEPT, la frecuente asociación de ambos diagnósticos y la respuesta favorable de TEPT a antidepresivos tales como los inhibidores de la MAO o de la recaptación de serotonina. Sin embargo, los síntomas ansiosos, propiamente tales, están ausentes en la depresión como lo están también las conductas de evitamiento, embotamiento emocional, reexperimentación del trauma e hiperexcitabilidad motora.

4.3 Trastornos disociativos: de frecuente ocurrencia comórbida con el TEPT, se confunden con éste por la presencia de flashbacks, notable distraibilidad, distanciamiento afectivo y hasta amnesia para algunas conductas automáticas. La duración de estos síntomas es significativamente menor en TEPT y aparecen estrechamente vinculados al trauma o a eventos que lo recuerdan.

4.4 Esquizofrenia y otras psicosis: las similitudes son innegables (pseudolucinaciones, ideación paranoide, manifestaciones catatoniformes, afecto constreñido, curso crónico), pero en TEPT no se

encuentra. disgregación del pensamiento, delusiones o los llamados síntomas primarios de Schneider.

5. Tratamiento

Las experiencias de la psiquiatría militar han resaltado la importancia del tratamiento inmediato del cuadro agudo a fin de prevenir en lo posible la tendencia a la cronicidad detectada en pacientes con TEPT. De su lado, la terapéutica farmacológica de este trastorno debe adaptarse a la naturaleza de los síntomas más prominentes. Para algunos autores, TEPT es el único diagnóstico psiquiátrico en el que puede usarse polifarmacia con alguna latitud. Los agentes más utilizados son:

5.1 Benzodiacepínicos, útiles en el tratamiento del insomnio y pesadillas. Debe prestarse atención al posible desarrollo de tolerancia y dependencia y a la acentuación del efecto sedante cuando el paciente abusa de alcohol u otras drogas.

5.2 Antidepresivos tricíclicos, tales como amitriptilina, doxepina y trimipramina tienen cierta eficacia en anhedonia, síntomas vegetativos, terrores nocturnos, insomnio y ansiedad.

5.3 Inhibidores de la MAO, tipo fenelzina, parecen tener buenos resultados en síntomas tales como pesadillas, flashbacks, embotamiento afectivo y conducta violenta.

5.4 Inhibidores selectivos de la serotonina; los de uso más frecuente en el momento actual, parecen actuar más rápidamente en síntomas tales como impulsividad, fluctuaciones del ánimo, ansiedad, apatía y algunas manifestaciones físicas.

5.5 Otros fármacos, tales como carbonato de litio, buspirona, betabloqueadores, agonistas alfa-adrenérgicos y neurolepticos.

El principio terapéutico de facilitación de la abreacción subyace a la utilización de otras modalidades terapéuticas en TEPT. Se cuentan entre ellas técnicas conductuales tales como desensibilización sistemática (a través de métodos de exposición tales como la llamada "inoculación de estrés", exposición visual, realidad virtual, etc.), implosión y otras. Puede usarse también terapia individual, familiar y de grupo, esta última muy efectiva en la resolución de la intensa problemática interpersonal de los pacientes. Se ha utilizado también narcoanálisis (inyección endovenosa de amobarbital o pentotal sódico) e hipnoterapia. La psicoterapia dinámica no parece ser efectiva en este trastorno.

6. Pronóstico

Se cita como factores pronósticos favorables la agudeza del cuadro, el inicio inmediato del tratamiento, buena personalidad premórbida y adecuado apoyo social. La intensidad y duración del trauma, patología coexistente e intervalo entre trauma e intervención médica son, por lo tanto fundamentales. Dos estudios de seguimiento realizados hasta el momento enfatizan cronicidad en cerca del 10% de pacientes diagnosticados y ausencia de cambios significativos luego de dos a cuatro años de síntomas. Complicaciones clínicas tales como farmacodependencia, alcoholismo y neurosis, agravan el pronóstico.

Trastorno de ansiedad debido a una condición médica

Se caracteriza por ansiedad prominente, ataques de pánico, obsesiones o compulsiones que son resultado fisiológico directo de una condición médica general, la cual debe ser, por cierto, debidamente documentada mediante historia clínica, examen físico y pruebas de laboratorio. Las entidades médicas más frecuentemente asociadas con sintomatología ansiosa se enumeran en el cuadro N° 3. El diagnóstico diferencial más frecuente se da con TAG, trastorno de ajuste con ansiedad, y trastorno de angustia inducido por drogas. La codificación debe especificar el tipo de síntomas ansiosos que dominan el cuadro. El tratamiento con agentes ansiolíticos debe ejercitarse con prudencia.

Trastorno de ansiedad inducido por drogas

El criterio diagnóstico fundamental es que la angustia debe ser juzgada como efecto fisiológico directo

de una droga ingerida, sea como medicamento, sustancia de abuso o resultado de exposición tóxica. Los síntomas incluyen ansiedad, obsesiones, compulsiones, fobias o ataques de pánico y pueden ocurrir en plena intoxicación, como parte de un cuadro de delirio, o durante la fase de abstinencia. Las sustancias más frecuentemente involucradas son alcohol, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, alucinógenos, inhalantes, hipnóticos, fenciclidina, etc. El diagnóstico diferencial debe basarse en una convincente exhibición de síntomas de angustia y no solamente manifestaciones ansiosas en fases de intoxicación o abstinencia. Otros cuadros de angustia entran también en esta diferenciación. El tratamiento debe ser cuidadoso ya que el uso de ansiolíticos puede ser contraproducente. En general, se postula la aplicación de medidas conservadoras de observación y sostén físico, además de evaluar las razones del consumo generador y actuar en consecuencia.

CUADRO N° 3

CAUSAS FÍSICAS DE SÍNTOMAS DE ANGUSTIA

TIPO DE TRASTORNO	ENTIDAD CLÍNICA
Inmunológico:	LES, anafilaxia
Metabólico:	Hiperadrenalismo, hiperkalemia, hipertiroidismo, hiperventilación, hipertermia, hipocalcemia, hipoglucemia, hiponatremia, hipotiroidismo, menopausia, porfiria, acidosis de cualquier causa.
Neurológico:	Encefalopatía (infecciosas, metabólicas, tóxicas), tremor esencial, masa intracraneal, síndrome post concusión, TEC, vértigo, migraña, demencia incipiente, vestibulitis, esclerosis múltiple, Huntington, Wilson.
Respiratorio:	Asma, hipoxia, EPOC, neumonía, neumotórax, edema pulmonar, embolia pulmonar.
Tumores secretores:	Carcinoide, insulinoma, feocromocitoma, adenoma o carcinoma paratiroideo, tumores pituitarios.
Cardiovascular:	Angina pectoris, arritmias, ECC, hipertensión, hipo-volemia, IM, síncope, enf. valvular, shock, prolapso de válvula mitral.
Dietético:	Acatisia, toxicidad anticolinérgica, digitálica, alucinógenos, hipotensores, estimulantes, síndromes de abstinencia, esteroides, algunos antibióticos.
Hematológicos:	Anemias

LECTURAS RECOMENDADAS

1. ALARCÓN, RD. "Trastorno de estrés post-traumático: Revisión de la literatura". En: Rev. Neuro-Psiquiatría, No. 57; 1994: 6-20.
2. CLARK B.A., BECK A.T & BECK, J. "Symptom differences in major depression, dysthymia, panic disorder and generalized anxiety disorder. In: Am J. Psychiatry. No. 151; 1994: 205-209.
3. ROY-BYRNE, P., WINGERSON, D., COWLEY, D. & DAGER, S. "Psychopharmacologic treatment of panic, generalized anxiety disorder, and social phobia". In: Psychiatric Clinics of North America, No. 16; 1993: 719-736.
4. SHADER, R.I. & GREENBLATT, D.J., "Use of benzodiazepines in anxiety disorders". En: NEJM, No. 328; 1993: 1398-1404.
5. SHEEHAN, D.V. "Panic attacks and phobias". En: NEJM, No. 307; 1982:156-158.
6. VARGAS, M.A. & DAVIDSON, J. "Post-traumatic stress disorder". In: Psychiatric Clinics of North America, No. 16; 1993: 737-748.

7. WESNER, R.B. & WINOKUR, G. (editores). "Anxiety and depression as secondary phenomena". In: Psychiatric Clinics of North America, Vol. XIII, Philadelphia, W.B. Saunders Co. 1990.

CAPÍTULO 14: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS TRASTORNOS DE ANGUSTIA

1. Existe información que cohortes supuestamente sanas han experimentado angustia en un porcentaje de:

- 10%
- 15%
- 20%
- 25%
- 30%

2. La angustia puede ser:

- Un estado emocional transitorio
- Una causa subyacente de determinadas conductas
- Una respuesta situacional
- Un síntoma de entidades clínicas
- Todas son ciertas

3. El ataque de pánico y la agarofobia:

- Son mecanismos siempre asociados
- Se presentan en cualquier trastorno psiquiátrico
- Pueden presentarse en cualquier trastorno de angustia
- Nunca se asocian
- Ninguna es válida

4. En el TAG se ha descrito en estudios polisomnográficos:

- Bajo out-put
- Organización pobre de ondas alfa
- Amplitud reducida de variaciones negativas contingentes
- Son válidas las dos primeras
- Todas son válidas

5. El riesgo de la terapia con ansiolíticos es:

- El costo

- La irregularidad de su acción
- El desencadenamiento de un episodio maníaco
- La habituación y la adicción
- Todas son válidas

6. Los bloqueadores beta-adrenérgicos están contraindicados en pacientes:

- Mayores de 20 años
- Con antecedentes de hipertensión arterial
- Con antecedentes de asma bronquial
- Ninguna es válida

7. En el trastorno de pánico debe indicarse:

- Tratamiento farmacológico exclusivo
- Tratamiento psicoterapéutico exclusivo
- Tratamiento familiar exclusivo
- Tratamiento combinado, farmacológico y psicoterapéutico
- Tratamiento electropléxico

8. El tratamiento de elección en el trastorno fóbico es:

- Psicoanálisis
- Ansiolíticos
- Fenotiazínicos
- Desensibilización sistemática
- Todas son válidas

9. No es síntoma del TEPT:

- Reexperiencia del evento estresor
- Alta reactividad fisiológica
- Conducta evitativa
- Entumecimiento emocional
- Pensamiento pre-categorial

10. Favorece el pronóstico del TP:

- Agudeza del cuadro
- Inicio inmediato del tratamiento
- Buena personalidad pre-mórbida
- Adecuado apoyo asocial
- Todas son válidas

[◀ Regresar](#)



CAPÍTULO 15

TRASTORNOS OBSESIVOS COMPULSIVOS*

Rubén RÍOS CARRASCO

CONCEPTO E HISTORIA

Etimológicamente la palabra obsesión viene del latín *obsidere*: asediar, bloquear. Los Trastornos Obsesivos Compulsivos (TOC) se caracterizan por la inusitada aparición de vivencias irracionales, experimentadas como impuestas y extrañas al Yo y que producen angustia, malestar y disgusto. El conocimiento de estas múltiples y variadas dolencias tiene una larga historia. En la Edad Media eran consideradas como indicadores de posesión demoníaca, por el contenido frecuentemente sexual o blasfemo, y tratadas, por esta razón, con exorcismos o torturas, incluyendo la hoguera. Descritas por Esquirol en 1838, fueron consideradas por mucho tiempo como manifestaciones de melancolía y depresión. Ya en nuestro siglo, Janet y Freud elaboraron diversas hipótesis acerca de su psicogenia y propiciaron formas de psicoterapia para su tratamiento.

SINONIMIA

Neurosis Obsesiva. Neurosis Compulsiva. Neurosis Anancástica. Enfermedad Obsesiva.

EPIDEMIOLOGÍA

Es probable que ninguna persona haya dejado de experimentar, en algún momento de su vida, algún pensamiento obsesivo, comportamiento compulsivo o vivencia similar, aunque sin mayor trascendencia por su fugacidad o inconsistencia. Así mismo, muchos pacientes con trastornos ligeros o medianos del TOC pueden mantener cierto grado de eficiencia social y tolerar sus molestias de modo tal que nunca llegan a buscar ayuda médica y menos psiquiátrica. Por ello, los estudios existentes se refieren sólo a casos de cierta gravedad con resultados a menudo dispares y contradictorios. Así, la tasa de TOC en la población general es informada como baja, aunque algunos investigadores la consideran tan alta como el 2 al 3% (Robins)**. Otros autores calculan que su proporción en pacientes psiquiátricos ambulatorios está alrededor del 1% y en ningún caso sobrepasa el 5% del total de los llamados trastornos neuróticos. La edad de inicio más frecuente es la adolescencia y la juventud temprana; el 65% de casos se presenta antes de los 25 años y menos del 15% después de los 35 años (Rasmussen y Tsuang). La edad promedio de inicio es de 20 años. La personalidad premórbida sólo entre 50 a 70% tiene rasgos obsesivos lo cual confirma el hecho que no todos los sujetos con trastorno anancástico de la personalidad, antes conocido como personalidad obsesiva, desarrollan la enfermedad; ello hace considerar que son entidades distintas y su relación sólo se da en cuanto configura una predisposición factible de ser movilizadas por desencadenantes psicológicos y/o sociales. A pesar de la extendida opinión de que las mujeres son más proclives, estudios recientes señalan una equiparidad, destacando un predominio entre personas solteras, su mayor frecuencia en las clases altas y medias, así como en personas de buena capacidad intelectual y un elevado o mediano nivel cultural. Algunos autores estiman que en el 66% de casos existen factores desencadenantes concretos y que las ideas obsesivas más frecuentes se refieren a contaminación o contagio, impulsos agresivos o sexuales, pensamientos relacionados con el cuerpo y/o necesidad de simetría y precisión; mientras que las compulsiones más frecuentes están vinculadas a revisar o verificar, lavarse o cuidar la limpieza y contar o numerar. También se ha puesto en evidencia que buen número de casos está vinculado a trastornos depresivos, y otros, a trastornos de ansiedad. Lamentablemente, la falta de precisión y concordancia en cuanto a conceptos fenomenológicos y psicopatológicos y la falta de claridad en la delimitación de subgrupos

dificultan la investigación y hacen discutibles los resultados.

* Capítulo póstumo. El Dr. Ríos falleció el 18 de marzo de 1997.

** Prevalencia de vida. (Nota del Editor).

ETIOPATOGENIA

1. Estudios genéticos apoyan una participación hereditaria señalando una clara relación con el fenotipo A, que configuraría una predisposición factible de ser movilizada por desencadenantes psicológicos y sociales.
2. Investigaciones realizadas desde la perspectiva biológica señalan cierta conexión con un substrato hipofuncional del sistema neuroendocrino, hipótesis que, últimamente, con técnicas de imagenología se ha comprobado.
3. Para los psicoanalistas es la resultante de una fijación a niveles pregenitales y fenómenos regresivos a la etapa anal-sádica, en que un Yo débil se enfrenta a un Super Yo muy estricto y cruel, utilizando mecanismos de anulación, formación reactiva, aislamiento y racionalización que le permiten controlar imperfectamente sus pulsiones agresivas.
4. Algunos casos son desencadenados por factores orgánicos (encefalopatías, parkinsonismo, tuberculosis, etc.) o factores psíquicos (problemas sexuales, matrimoniales, duelo, etc.)
5. Dentro de los factores sociales se ha señalado las culturas rígidas y autoritarias, donde los valores educativos predominantes son el exagerado cumplimiento de las normas morales y religiosas y un excesivo énfasis en la limpieza, el orden y la culpa. También se ha descubierto una significativa relación con familias poco numerosas, así como preponderancia en los hijos mayores.

PSICOPATOLOGÍA

Hemos de señalar como síntomas obsesivo-compulsivos los siguientes:

1. La idea obsesiva, es un pensamiento absurdo y extraño que se introduce en la vida psíquica en contra de la voluntad de la persona causando un sentimiento de malestar, ansiedad y fastidio. Debe diferenciarse de la idea sobrevalorada en la cual existe un engarce eutímico entre la idea y la persona, es decir que el sujeto acepta como comprensible la vivencia y concuerda con ella; así como de la idea delusiva en la que el individuo tiene plena convicción de su certidumbre, mientras que en la obsesiva hay clara conciencia de su condición de absurdo y ajeno.
2. La compulsión, se presenta como un deseo imperioso de realizar un determinado acto innecesario o absurdo, el cual suscita una actitud de rechazo y oposición configurándose una creciente angustia y pugna por controlar el acto. Se diferencia de la idea obsesiva en que aquella no implica esta pulsión a actuar; y de los pensamientos impuestos u otros fenómenos psicóticos del Yo, en que éstos últimos son vivenciados en forma pasiva respecto a disposiciones emanadas del exterior, generalmente de otros seres o personas.
3. El acto compulsivo, es el desarrollo de diversas actividades que pueden ir desde gestos, movimientos limitados y pequeños, hasta conductas globales y complejas que tienen la característica de obedecer a urgentes pulsiones internas que se imponen al Yo, violando su autodeterminación y generando sentimientos desagradables y rechazo. Algunos autores incluyen en este tipo de síntomas los tics de tipo psicógeno. Se debe diferenciar de los actos impuestos, la iteración patológica o estereotipada y los actos automáticos, en los que no se establece el conflicto ni se presenta la angustia concomitante.
4. La duda patológica, es una creciente ansiedad en relación con la sensación de haber efectuado algún acto o pensamiento en forma incorrecta por lo que se siente la imperiosa necesidad de repetirlo una y otra vez. También se presenta como un estado de inseguridad ansiosa que hace difícil, y a veces imposible, tomar una decisión pese a la necesidad de ella. Se diferencia de la duda normal en que en ésta, una vez ratificado o rectificado el acto, el individuo experimenta una sensación de conformidad serena; así como en el estado de inseguridad normal en que examinadas las opciones, se arriba

racionalmente a una decisión que es aceptada plenamente.

5. El ritual obsesivo, es una serie compleja de movimientos, actitudes y ceremonias que realiza el individuo para evitar la angustia, experimentándola como algo imperativo e imprescindible, cargado de una serie de significados muy peculiares y subjetivos, aparentemente incomprensibles. Se diferencia de otros tipos de actos rituales en que éstos últimos tienen una significación cultural para un determinado grupo de personas o comunidades.

FORMAS CLÍNICAS

Conviene señalar, desde el punto de vista clínico, en qué tipo de entidades se presentan las vivencias descritas. Al respecto, existe una marcada discrepancia, tanto en las apreciaciones hechas por diversos autores cuanto en las propuestas por las distintas corrientes psiquiátricas. Con un fin estrictamente pedagógico nos referimos a las tres formas clásicas:

1. Síndrome obsesivo-compulsivo, configurado por la aparición de uno o más de los síntomas descritos y que pueden darse como una dolencia autónoma, como dependiente de enfermedades orgánicas, entre las que debe destacarse los síndromes orgánico cerebrales crónicos particularmente vinculados a la epilepsia y a la demencia, o los que forman parte de cuadros psicopatológicos complejos como las depresiones, esquizofrenias y psicosis involutivas.

2. Trastorno obsesivo-compulsivo (ICD-10: F.42): entidad nosológica cuya etiología multifactorial está en proceso de decantación; cuya evolución progresiva está precisada como un cuadro recurrente que tiende a la cronicidad e invalidez psíquica, y cuyo tratamiento también ha sido delimitado conforme lo apreciamos en el acápite correspondiente. El síntoma axial es la angustia creciente y el sufrimiento interminable que deviene de la tremenda lucha interna que estos pacientes experimentan, entre las vivencias obsesivo compulsivas que se les imponen y el deseo de expulsarlas de su vida mental; esta profunda pérdida de la autonomía y libertad aprisionan al paciente, de tal modo, que todo su quehacer va circunscribiéndose progresivamente a esta pertinaz y desigual batalla, anulando en forma gradual su energía y sus capacidades para enfrentar los problemas cotidianos. Existen grados variables de compromiso y muy diversas formas de presentación, dependientes de la sintomatología predominante y del contenido o la peculiaridad de la misma; baste citar, como ejemplo, los cientos de temas obsesivos que han sido descritos. Pujoy y Savy (1982) los clasificaron en:

- a) Religiosos, sagrados y metafísicos;
- b) De pureza y protección corporal;
- c) Referentes a la moralidad;
- d) De protección hacia los peligros exteriores;
- e) De orden y simetría;
- f) De precisión y cabalidad; y,
- g) Referentes al paso del tiempo.

Confundidos éstos con los diferentes tipos de actos, impulsos insólitos repetitivos y punzantes, la atmósfera de incertidumbre y duda, los desconcertantes y singulares rituales, constituyen un extraño y multiforme mosaico de vivencias difíciles de sintetizar y homogenizar. Sin embargo, es en la práctica clínica donde podemos detectar con claridad el mundo del obseso y establecer fácilmente su diagnóstico.

3. Trastorno anancástico de la personalidad (ICD-10: F60.5) o antigua Personalidad Obsesiva Compulsiva, es un trastorno permanente de la actitud del individuo frente al mundo y frente a sí mismo; constituye un estilo de vida, una forma de existir caracterizada por una profunda inseguridad que se manifiesta en la duda iterativa y angustiante, en la enorme dificultad para tomar decisiones, la excesiva pulcritud en la higiene, el vestido o la imagen, la imperiosa necesidad de orden y limpieza, la exacta administración del tiempo y el meticuloso cumplimiento de las normas, así como una rígida tendencia al

perfeccionismo.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Podemos sintetizar la evolución natural de los TOC del modo siguiente:

1. Después que Pollitt describió la historia natural de las neurosis obsesivo-compulsivas, Pujoy y Savy (1968) precisaron las siguientes formas de evolución:

1.1. Formas clínicas que implican un comienzo insidioso en la adolescencia con oscilaciones temporales que permiten una adecuada adaptación socio-laboral.

1.2. Formas malignas cuyo empeoramiento progresivo determina una creciente invalidez y, algunas veces, estados de pseudoalienación.

1.3. Formas de remisión duradera y buena adaptación social luego de episodios de variable intensidad.

1.4. Formas intermitentes con episodios que pueden durar meses y años.

1.5. Formas de comienzo tardío que empiezan más allá de los 50 años y son más bien excepcionales.

1.6. Formas que presentan episodios psicóticos en el curso de su evolución en los cuales se mencionan síndromes confusionales pasajeros, episodios depresivos, psicosis aguda, descompensaciones esquizofrénicas, etc; y

1.7. Formas infantiles que pueden evolucionar hacia la remisión, el trastorno obsesivo franco o la esquizofrenia.

2. Los síndromes obsesivo-compulsivos que se presentan asociados a otros trastornos psiquiátricos o que aparecen como complicaciones de los mismos, siguen, en su mayoría, la evolución de las enfermedades de base aunque en algunos casos se independizan, parcial o totalmente, pese a que la enfermedad principal haya remitido o continúe, constituyendo una entidad autónoma y generalmente de mal pronóstico.

3. Los rasgos de personalidad y los trastornos anancásticos de la personalidad, en general, se mantienen estacionarios, acentuándose con la senilidad o cuando se presentan condiciones ambientales adversas como situaciones de excesiva tensión, episodios traumáticos, tragedias familiares o asunción de elevados niveles de responsabilidad. Por lo tanto, el pronóstico correcto sólo debe efectuarse luego de una cuidadosa evaluación de la sintomatología, de los factores etiopatogénicos que hemos descrito y de una meticulosa observación del curso de la enfermedad en cada paciente. Asimismo, deben estimarse las posibilidades de tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico y de modificación ambiental, de acuerdo a la idoneidad de las instituciones, equipos profesionales y las condiciones socioeconómicas de la familia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las diversas formas en que se presentan los TOC exigen efectuar el diagnóstico diferencial de las siguientes entidades, que sólo enumeraremos dado que sus descripciones figuran en otros capítulos de este texto. Se hará con: trastornos fóbicos, depresivos, esquizofrénicos, orgánico cerebrales crónicos (particularmente la epilepsia), procesos demenciales y trastornos de la personalidad (particularmente anancástica).

TRATAMIENTO

En los TOC, como en ninguna otra entidad, se ha empleado los más diversos tratamientos con resultados variados y discutibles. Cada nuevo esquema terapéutico propuesto significó, en su tiempo, no sólo el renacer de nuevas expectativas, sino la aparición de comunicaciones científicas que daban cuenta optimista de un alto número de curaciones, para luego, indefectiblemente, dar paso a otras cuyos resultados eran menos favorables o, incluso, francamente negativas. Teniendo en cuenta estas

consideraciones, nos referiremos a los esquemas terapéuticos más utilizados:

1. Métodos Psicofarmacológicos

Se considera como más confiables los siguientes:

1.1. Antidepresivos, del tipo de la clorimipramina (Anafranil) a dosis medianas y altas (entre 100 y 300 mg diarios) por tiempo prolongado, que pueden ir de los 4 a 6 meses hasta los 3 ó 4 años. Han demostrado auténtica eficacia en un 30 a 40% de casos, haciendo evidente la mejoría, tanto objetiva como subjetiva. La Tranilcipromina (Parnate 20-40 mg) y la Fenelzina (Nardil 30-60 mg.) le siguen en importancia. Actualmente, sin embargo, resultan de elección los inhibidores específicos de la recaptación de Serotonina, fluoxetina, levofexina o sertralina. El primero a dosis de 40-60 mgrs/d, el segundo,... y el tercero...

1.2. Ansiolíticos, como el Oxacepan (Serepax), Bromacepan (Lexotan), Alprazolán (Xanax), Lorazepán (Ativan), producen mejoría de la ansiedad asociada y contribuyen a una mejor inserción social aunque no tienen efecto directo sobre las obsesiones.

1.3. Los neurolépticos han sido reiteradamente probados con resultados contradictorios, a veces contraproducentes. Entre ellos, la experiencia clínica señala el Tioxanteno (Navane) en dosis de 10 a 30 mg y la Propericiacina (Neuleptil) con efectos favorables en algunos casos.

2. Métodos Psicoterapéuticos

Tal como ocurriera con los psicofármacos, también se ha probado la gran diversidad de técnicas psicoterapéuticas existentes con variable y relativo éxito aunque, en ningún caso, han correspondido a todas las expectativas cifradas en ellas; actualmente se recomienda su utilización conjunta y complementaria con los psicofármacos.

Entre las más utilizadas tenemos:

2.1. Las técnicas psicoanalíticas, cuyo aporte teórico, ha sido mayor que el práctico. Se le considera útil, sin embargo, como tratamiento complementario en búsqueda de lograr mayor maduración emocional.

2.2. Las psicoterapias breves, tal vez porque no tienen una estructura rígida y se guían por un sentido pragmático y flexible utilizando aportes de diversas escuelas, han logrado buenos resultados, modificando la actitud del paciente respecto a sus síntomas, aliviando la intensidad de los mismos y promoviendo un funcionamiento social más adecuado. Particularmente, su acción catártica y de apoyo emocional, así como el afronte realista de la situación del paciente, sus necesidades urgentes y concretas, en manos de un psicoterapeuta afectuoso, comprensivo y sensato suelen ser de eficaz valor.

2.3. Las Terapias Conductuales, particularmente la exposición en vivo combinada con la prevención de la respuesta, la desensibilización, las técnicas implosivas y el reforzamiento inductivo, han logrado, según los autores que la practican, un marcado éxito en un 30 ó 40% de los casos vinculados a pacientes ritualistas o con vivencias fóbicas, a condición de seguir un planeamiento riguroso y serio.

2.4. Otras técnicas psicoterapéuticas, como el Análisis Transaccional, la Psicoterapia Existencial o Vivencial, y otras, han tenido poco éxito. Debemos recordar que la psicoterapia es un arte que depende mucho más de las condiciones personales del psicoterapeuta que de la técnica empleada. Reiteramos, finalmente, que los mejores resultados se obtienen con el empleo combinado de fármacos y psicoterapia dentro de un esquema diseñado específicamente para las peculiaridades de cada paciente, fórmula a la que generalmente se llega luego de varios ensayos y cuya proporcionalidad y perfil son muy variables y personales.

La experiencia actual demuestra que el método más efectivo es el que combina la administración de inhibidores específicos de la recaptación de Serotonina con Psicoterapia Cognitivo-Conductual.

3. Otros Métodos

En casos graves, invalidantes y progresivos, se ha recurrido a ciertas técnicas "heroicas" como, por ejemplo, el electroshock, la insulino-terapia y la neurocirugía, particularmente la cirugía estereotáxica, con resultados variables y discutibles.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. FOA, E. B., KOZAK, M. "DSM IV Field Trial: Obsessive - Compulsive Disorder". In: Am. J. Psychiatry, No. 152; 1995: 90-96.
2. VALLEJO RUILOBA, J. y col. Estados Obsesivos. Barcelona, Salvat Editores, 1987.
3. ADRIANZEN, C., Y NIETO, I. "Trastorno Obsesivo Compulsivo en el Instituto Nacional de Salud Mental 'Honorio Delgado - Hideyo Noguchi'". Serie Monografía de Investigaciones. INSM "HD-HN" (en prensa).
4. PAULS, D.L., ALSOBROOK, J.P., GOODMAN W. & RASMUSENS. "A Family Study of Obsessive -Compulsive Disorder". In: Am. J. of Psychiatry, No. 152; 1995: 76-84
5. JENIKE M., L. BAER Y W. MINICHIELO. "Obsessive Compulsive Disorders". In: PSG Publishing. Massachusetts, 1986.

CAPÍTULO 15: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS TRASTORNOS OBSESIVOS COMPULSIVOS

1. Robins considera la tasa de prevalencia de vida de los TOC entre:

- 1 - 2%
- 2 - 3%
- 3 - 4%
- 4 - 5%
- 5 - 6%

2. La edad de inicio más frecuente del TOC es:

- Adolescencia y juventud temprana
- Adulthood
- Tercera edad
- Cuarta edad
- Cualquier edad

3. Diversos estudios señalan en la etiología del TOC:

- Participación hereditaria
- Substrato hipofuncional del sistema neuroendocrino

- Factores psicodinámicos
- Algunos factores orgánicos
- Todas son válidas

4. Qué síntomas no corresponde al TOC:

- Idea obsesiva
- Compulsión
- Duda patológica
- Fuga de ideas
- Ninguna es válida

5. El Trastorno Anancástico de la personalidad tiene las siguientes características, excepto:

- Forma de existir con profunda inseguridad
- Meticuloso cumplimiento de las normas
- Excesiva pulcritud en la higiene
- Necesidad de orden y limpieza
- Tendencia a la fanfarronería

6. La clorimipramina es útil en el TOC a dosis que varían entre:

- 50 - 200 mg
- 50 - 150 mg
- 100 - 200 mg
- 100 - 300 mg
- 300 - 500 mg

7. Los neurolépticos han dado resultados en el TOC:

- Sorprendentemente buenos
- Recuperación entre 20 - 50% de casos
- Negativos
- Favorables en algunos casos
- Ninguna es válida

8. Entre las psicoterapias, han dado mejor resultado en el TOC, la:

- Psicoanalítica
- Familiar
- Existencial
- Breve
- De Análisis Transaccional

9. Es tratamiento de elección actual del TOC:

- Inhibidores de la recaptación de la Serotonina
- Inhibidores de la Monoaminooxidasa
- Psicoterapia cognitivo-conductual
- Integración de la primera y la tercera
- Todas dan igual porcentaje de éxito.

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 16

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Gustavo VÁSQUEZ-CAICEDO

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se incluye aquellos trastornos en cuyo cuadro clínico destacan como rasgo característico, ciertos síntomas físicos que sugieren una condición médica general y que no son explicados completamente por una enfermedad física ni por los efectos directos de una sustancia ni por otro trastorno mental. Los síntomas ocasionan aflicción o deterioro significativo en las áreas de funcionamiento social u ocupacional. No se encuentran bajo control voluntario del paciente, ni son intencionales. De otro lado, debe tenerse en cuenta que no existen condiciones médicas generales diagnosticables que expliquen los síntomas.

EPIDEMIOLOGÍA

Estos trastornos se encuentran con frecuencia en ambientes de medicina general. A excepción del trastorno de somatización, no existen datos específicos en nuestro medio.

TIPOS CLÍNICOS

Se consideran diversos cuadros clínicos cuya ubicación clasificatoria y dinámica patogénica o causal es aún poco clara y discutida. El agrupamiento de estos trastornos para su estudio se basa en su utilidad clínica y no en la presunción de mecanismos etiológicos comunes. Se considera los siguientes:

1. Trastorno de Somatización (Síndrome de Briquet)

Es un trastorno polisintomático que empieza antes de los 30 años, de curso crónico y fluctuante. Está caracterizado por una combinación de síntomas de dolor, gastrointestinales, sexuales y seudoneurológicos; fue descrito por Briquet (1859), quien la consideró una forma de Histeria, en la cual, ante situaciones de sobrestimulación nerviosa, individuos susceptibles presentaban diversidad de quejas físicas. Ulteriormente, el concepto fue enriquecido por los aportes de la escuela psicoanalítica que considera la génesis del síntoma vinculada a la expresión de angustia (o sentimientos depresivos).

La prevalencia no es bien conocida; se la estima entre 0,2 - 2% en mujeres y menos de 0,2% en varones. En el Perú, el estudio epidemiológico realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" en el distrito de Independencia, señaló una prevalencia de vida de 0,6% pero diferenciada por sexo, 0,0% en varones y 1,2% en mujeres. Guze et al, ha encontrado una mayor prevalencia del trastorno (20%) en familiares de casos índices. En los parientes de primer grado de estos pacientes, se describe mayor frecuencia de problemas maritales, bajo rendimiento ocupacional, consumo problema de bebidas alcohólicas, delincuencia juvenil y otras conductas sociopáticas.

De acuerdo al DSM-IV los criterios clínicos para el diagnóstico son los siguientes:

1.2 Múltiples quejas físicas de inicio anterior a los 30 años y duración de varios años, quejas que han llevado a la búsqueda de tratamiento o a un significativo deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento.

1.3 En algún momento, durante el curso de la perturbación, debe encontrarse cada uno de los criterios siguientes:

- a) Dolor: relacionado a por lo menos 4 sitios diferentes o funciones; p. ej. cabeza, abdomen, espalda, articulaciones, extremidades, tórax, recto, durante la menstruación, en el intercurso sexual o durante la micción.
- b) Síntomas gastrointestinales: por lo menos 2 síntomas no dolorosos, v. gr.: náuseas, hinchazón, vómitos fuera del período de gestación, diarrea o intolerancia a diferentes alimentos.
- c) Un síntoma sexual: por lo menos un síntoma sexual no doloroso o de la función reproductiva; p. ej. indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, ciclo menstrual irregular, sangrado menstrual excesivo, vómitos durante todo el embarazo.
- d) Síntomas pseudoneurológicos: por lo menos un síntoma que sugiere una condición neurológica no limitada a dolor; p.ejm.: síntomas de conversión tales como falla de la coordinación o del equilibrio, parálisis o debilidad localizada, dificultad para deglutir o sensación de bulto en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida del tacto o sensación de dolor, síntomas disociativos como amnesia o pérdida de conciencia, diferente al desmayo o lipotimia.

1.3 Una de las siguientes características:

- a) Después de una investigación clínica apropiada no se encuentra una explicación médica satisfactoria en una condición general conocida o en el efecto directo de una sustancia (abuso de drogas o medicamentos).
- b) Cuando existe relación con una condición médica general, las quejas físicas o el deterioro social u ocupacional son excesivos en relación a lo que debiera esperarse de la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio.

1.4 Los síntomas no son producidos intencionalmente ni son simulados.

Los pacientes con este trastorno suelen describir sus síntomas en forma dramática, con muchos detalles; a menudo son prolijos pero con frecuente ausencia de información concreta específica. Sus versiones son inconsistentes; por ello, una lista de síntomas puede ser menos efectiva que una minuciosa revisión de las intervenciones médicas y hospitalizaciones para documentar un patrón de frecuentes quejas somáticas. Pueden buscar tratamiento de varios médicos en forma concurrente, ocurriendo, a veces, interferencias peligrosas. La ansiedad y humor deprimido son muy comunes y pueden ser motivo de atención en servicios de salud mental. Suele haber conducta impulsiva y antisocial, amenazas e intentos de suicidio y discordias maritales. La vida de estos individuos, particularmente la de aquellos con trastornos de personalidad asociados, suele ser tan caótica y complicada como sus historias clínicas. El uso de medicamentos puede acarrear efectos secundarios y llevar a trastornos relacionados con sustancias. Están expuestos a un mayor riesgo de morbilidad como consecuencia de los procedimientos diagnósticos, intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones. El trastorno está frecuentemente asociado con el trastorno depresivo mayor, de pánico, y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Los trastornos de personalidad asociados son: el histriónico, el límite y el antisocial.

El curso es crónico, pero fluctuante, y raramente remite en forma completa. Es muy raro que transcurra un año sin que el individuo busque atención médica por quejas somáticas inexplicables. Los criterios diagnósticos se encuentran presentes, típicamente, antes de los 25 años, pero los síntomas iniciales aparecen en la adolescencia. Las dificultades menstruales suelen ser uno de los síntomas más precoces. Los síntomas sexuales, con frecuencia, se asocian a problemas maritales.

El diagnóstico diferencial se hace con condiciones médicas generales con las que pueden traslaparse. El diagnóstico de trastorno de somatización lo sugieren tres rasgos: 1) compromiso de

múltiples órganos y sistemas; 2) inicio a temprana edad y curso crónico sin desarrollo de signos físicos o anomalías estructurales; y, 3) ausencia de anomalías de laboratorio características de las condiciones médicas sugeridas. Debe descartarse enfermedades caracterizadas por sintomatología vaga, múltiple y síntomas somáticos confusos, p.ejm.: hiperparatiroidismo, porfiria intermitente aguda, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico. El inicio de síntomas físicos múltiples en una etapa tardía del ciclo vital, es casi siempre debido a una condición médica general. Se debe diferenciar la esquizofrenia que cursa con delusiones somáticas múltiples, de las quejas somáticas no delusionales del Trastorno de Somatización; de otro lado, las alucinaciones pueden ser síntomas pseudoneurológicos y deben distinguirse de las alucinaciones propias de la esquizofrenia. En el trastorno de pánico, los síntomas somáticos ocurren durante el pánico; sin embargo, ambas condiciones pueden coexistir. En el trastornos de ansiedad generalizada los síntomas somáticos asociados, el foco de la ansiedad y preocupación, no están limitados a las quejas somáticas. En los trastornos afectivos, particularmente los depresivos, las quejas somáticas están limitadas a los episodios de humor depresivo; en algunos casos puede diagnosticarse ambas condiciones. En el trastorno facticio con signos y síntomas físicos y en la simulación, los síntomas pueden ser producidos intencionalmente para asumir el rol de enfermo, aunque pueden existir cuadros mixtos.

2. Trastorno de Conversión

De acuerdo al DSM-III-R, los rasgos esenciales de este trastorno son:

- 2.1. Síntomas que afectan la función motora o sensorial, sugiriendo una condición neurológica u otra condición médica general.
- 2.2. Factores psicológicos asociados: el inicio o la exacerbación de los síntomas está precedido por conflictos u otros estresores.
- 2.3. No son intencionalmente producidos o fingidos.
- 2.4. Una apropiada investigación clínica indica que los síntomas no son completamente explicados por una condición neurológica o médica general, por el efecto directo de sustancias o por conductas o experiencias de aceptación cultural.
- 2.5. El problema es clínicamente significativo, hay evidencia de un marcado distrés o de deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento, a consecuencia de lo cual se justifica una evaluación médica.
- 2.6 Los síntomas no se limitan a dolor o disfunción sexual, no ocurre exclusivamente durante el curso de un trastorno de somatización y no son mejor típicados por otro diagnóstico.

El trastorno de conversión suele ser más común en poblaciones rurales, en clases socioeconómicas bajas y en personas de menor grado de información sobre conceptos médicos o psicológicos. Se informa índices más altos de estos síntomas en las regiones en vías de desarrollo. La forma que asumen los síntomas conversivos refleja las ideas de la cultura local respecto a cómo la población expresa el distrés. Algunos síntomas de conversión y disociativos tienen aspectos comunes con ciertos rituales religiosos y curativos de la medicina tradicional.

Más frecuente en mujeres que en hombres (los índices informados varían de 2:1 a 10:1). Los síntomas son mucho más comunes al lado izquierdo del cuerpo. En mujeres, y muy raramente en hombres, puede desarrollarse posteriormente el cuadro completo de trastorno de somatización. En varones, se asocia con trastorno de personalidad antisocial. En accidentes laborales y en la vida militar se ven trastornos de conversión que deben diferenciarse de la simulación. En niños menores de 10 años los síntomas se limitan a problemas en la marcha o a "ataques".

El cuadro se inicia raramente antes de los 10 años o después de los 35. Generalmente es de comienzo agudo, aunque también puede ser gradual. Típicamente los síntomas son de breve duración; en la mayoría de los pacientes hospitalizados remiten a las 2 semanas, pero son comunes las recurrencias dentro del año (20 a 25%). Se asocian a un buen pronóstico el inicio agudo, el estrés asociado claramente identificable, el pronto inicio del tratamiento, un nivel de inteligencia por encima del promedio y algunos síntomas como parálisis, afonía y ceguera, no así el temor y los ataques.

Desde el punto de vista psicodinámico, el síntoma conversivo puede desarrollarse para:

- Permitir la expresión, aunque en forma enmascarada, de un impulso o deseo inconsciente prohibido.
- Imponer autocastigo, vía padecimiento del síntoma, por un deseo inconsciente censurado.
- Evitar, inconscientemente, una situación considerada amenazante o imposible de resolver.
- Asumir el "rol de enfermo" y satisfacer necesidades de dependencia.

Desde la misma perspectiva psicodinámica se considera, además, que genera una ganancia primaria y otra secundaria. En la primaria, al expresarse el conflicto inconsciente, vía el síntoma, la angustia asociada al conflicto se drena por el mecanismo de defensa sintomático por fuera del plano consciente; en la secundaria, se obtiene gratificación de necesidades, sin culpa, evitando responsabilidades angustiantes.

El diagnóstico diferencial debe establecerse, en primer lugar, con cuadros neurológicos ocultos u otras condiciones médicas generales y cuadros inducidos por sustancias (incluyendo medicamentos), particularmente: esclerosis múltiple, miastenia gravis y lupus eritematoso sistémico en sus períodos iniciales. Si los síntomas se limitan a dolor o a disfunción sexual, el diagnóstico debe ser trastorno somatomorfo doloroso o disfunción sexual, respectivamente. Cuando ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno de somatización, este último es el diagnóstico correcto. Debe descartarse los síntomas catatónicos o las delusiones somáticas de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos o trastornos afectivos con rasgos psicóticos, y la dificultad para deglutir durante un ataque de pánico. En la hipocondriasis, el individuo está preocupado por una "seria enfermedad" subyacente, no por el síntoma actual como en el trastorno de conversión en el que puede haber la belle indifference. En el trastorno dismorfofóbico corporal, el paciente está preocupado por una imaginaria apariencia defectuosa. Puede compartir algunos rasgos con el trastorno disociativo debiendo hacerse ambos diagnósticos. Las alucinaciones en los trastornos de conversión ocurren en ausencia de otros síntomas psicóticos y con frecuencia incluyen más de una modalidad sensorial (visuales, auditivas y táctiles) o tienen un contenido ingenuo, fantástico o infantil. En el trastorno facticio y en la simulación, los síntomas son producidos intencionalmente.

2.1 Subtipos de Trastorno Conversivo

- a) Con síntomas o déficits motores: p. ej. deterioro de la coordinación o el equilibrio, parálisis o debilidad localizada, dificultad para deglutir o "bulto en la garganta", afonía y retención urinaria.
- b) Con síntomas o déficit sensoriales; p.ej. pérdida táctil, sensación dolorosa, visión doble, ceguera, sordera y alucinaciones.
- c) Con ataques o convulsiones.
- d) Mixtos.

3. Trastorno somatomorfo doloroso

El rasgo distintivo de este cuadro es el dolor, síntoma que predomina y es de suficiente severidad como para justificar la atención clínica. El dolor puede desorganizar seriamente la vida diaria del paciente y su conducta, encontrándose, en las formas crónicas, desempleo, incapacidad y problemas familiares, pudiendo desarrollarse dependencia o abuso iatrogénico de opioides y benzodiazepinas. En los pacientes en los que el dolor está asociado a depresión severa y en aquellos en los que está relacionado con una enfermedad terminal, sobre todo con cáncer, parece existir un aumento de riesgo de suicidio. Los pacientes con dolor crónico o recurrente, a veces pueden gastar considerables cantidades de tiempo y dinero buscando alguna "cura". El dolor puede llevar a la inactividad y al aislamiento social y puede conducir a problemas psicológicos adicionales (p.ej. depresión), reducción de la resistencia física que lleva a la fatiga y a dolor adicional. El dolor crónico parece estar asociado a trastornos afectivos,

mientras que el dolor agudo lo está, más frecuentemente, a trastornos de ansiedad. Estos trastornos pueden preceder al trastorno somatomorfo doloroso, y, posiblemente, predisponen al sujeto a padecerlo, pueden coexistir o resultar de ellos. Frecuentemente se asocian a insomnio.

El DSM-IV señala como criterios diagnósticos del Trastorno Somatomorfo Doloroso los siguientes:

- a) Dolor en una o más localizaciones anatómicas como cuadro clínico predominante, de tal severidad que exige atención clínica.
- b) El dolor causa distrés clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional o de otras áreas importantes de funcionamiento.
- c) Los factores psicológicos tienen un rol importante en el inicio, la severidad, la exacerbación o el mantenimiento del dolor.
- d) El síntoma no es intencionalmente producido o fingido.
- e) El dolor no es mejor explicado por un trastorno afectivo, de ansiedad o psicótico, y no reúne criterios para la dispareunia.

Subtipos de acuerdo a los factores que intervienen en la etiología y mantenimiento del dolor:

- Trastorno Somatomorfo Doloroso asociado a Factores Psicológicos: En el inicio o mantenimiento del dolor no juega un rol, o es de mínima importancia, la presencia de una condición médica.
- Trastorno Somatomorfo Doloroso asociado a Factores Psicológicos y a una Condición Médica General: Ambos factores tienen papel importante en el inicio, exacerbación o mantenimiento del dolor.
- Síndrome Doloroso asociado a una condición Médica General. Este subtipo no es considerado un Trastorno mental (se le incluye exclusivamente para facilitar el diagnóstico diferencial); el dolor resulta de una condición médica y los factores psicológicos juegan un rol mínimo en el inicio o mantenimiento del dolor; p.ej. hernia discal, osteoporosis, osteoartritis o artritis reumatoridea, síndrome miofascial, neuro-patía diabética, neuralgia post-herpética, enfermedades malignas (metástasis óseas, infiltración tumoral de nervios, etc.). El uso de medicación antiinflamatoria puede llevar a problemas adicionales.

El trastorno somatomorfo doloroso puede presentarse a cualquier edad. Las mujeres parecen experimentar algunas condiciones dolorosas crónicas, como cefaleas y dolor músculo-esquelético, con más frecuencia que los hombres. El dolor agudo tiene un curso de breve duración, no más de 6 meses. En el dolor crónico, el síntoma comúnmente persiste por muchos años antes de recibir la atención de profesionales de la salud mental. Parece tener influencia en la recuperación el compromiso del paciente en actividades laborales programadas regularmente. En los familiares de primer grado de estos pacientes pueden ser comunes los trastornos depresivos, la dependencia al alcohol y el dolor crónico.

En el diagnóstico diferencial deben tenerse en cuenta el trastorno de somatización, la dispareunia y el trastorno de conversión. Es importante el descarte de trastornos depresivos, de ansiedad y psicóticos.

4. Hipocondriasis

El rasgo esencial de la hipocondriasis es una exagerada y ansiosa preocupación o un manifiesto temor a la idea de tener una severa enfermedad, basada en la presencia de molestias o alteraciones del funcionamiento normal que el paciente interpreta como indicadores de un padecimiento serio. El paciente suele mantener una conducta de autoobservación constante, sin modificar sus opiniones ni su comportamiento de búsqueda de atención profesional, a pesar que las evaluaciones médicas, solicitadas persistentemente, son negativas, y de las explicaciones que el médico pueda aportar como prueba de lo infundado de sus temores. No es infrecuente, por ello, que en la historia clínica se registren múltiples consultas, diagnósticos y tratamientos médicos o quirúrgicos sin beneficio manifiesto.

EL DSM-IV señala para su diagnóstico los siguientes criterios:

- a) Preocupación con temores a sufrir una enfermedad, o la idea de tener una seria enfermedad, basada en la interpretación errónea de síntomas corporales.
- b) Persistencia de la preocupación a pesar de la apropiada evaluación médica y reaseguración consiguiente.
- c) La creencia de tener una seria enfermedad no es de intensidad delusional como en los trastornos delusionales de tipo somático. No está circunscrita a preocupación por la apariencia como en el trastorno dismorfofóbico corporal.
- d) La preocupación causa distrés clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento del individuo.
- e) La duración del trastorno es de por lo menos 6 meses.
- f) Tal preocupación no es mejor explicada por un trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, episodio depresivo mayor, ansiedad de separación u otros trastornos somatomorfos.

La preocupación puede ser por funciones corporales, (latidos cardíacos, sudoración o movimientos peristálticos), por anomalías físicas menores (una pequeña herida o una tos ocasional) o por sensaciones físicas vagas y ambiguas ("fatiga cardíaca", "venas dolorosas"). La persona atribuye estos síntomas o signos a la enfermedad sospechada y le preocupa su significado, autenticidad y etiología. Pueden incluir varios sistemas corporales o alternar con la preocupación por un órgano específico o enfermedad. Suelen alarmarse al oír o leer sobre alguna enfermedad, al conocer a alguien que ha enfermado, o por las sensaciones o malestares que ocurren dentro de su propio cuerpo. Sus temores mórbidos con frecuencia se convierten en el tópico central de su autoimagen, el tema preferente de su conversación social y en la respuesta a los estresores de la vida.

El paciente expone su historia clínica en forma detallada y en toda extensión. Las relaciones médico-paciente suelen deteriorarse por frustración e ira de ambos; algunos pacientes creen que no han tenido una atención adecuada y se resisten a ser derivados a un servicio de salud mental. Por los repetidos procedimientos diagnósticos con los costos y riesgos consiguientes, pueden surgir complicaciones, existiendo el riesgo que una enfermedad intercurrente real pueda ser descuidada. El paciente suele albergar expectativas de recibir tratamiento y consideración especiales, y la vida familiar puede quedar centrada en su bienestar físico. El funcionamiento laboral puede o no estar afectado, aunque lo habitual es que haya disminución en el rendimiento.

Se ha descrito asociación del trastorno con ocurrencia de enfermedades severas, particularmente en la infancia, y con experiencias pasadas de enfermedad en un miembro de la familia. Igualmente, se cree que está asociada a estresores psicosociales, como la muerte de alguien afectivamente cercano. Frecuentemente hay comorbilidad con otros trastornos mentales como de ansiedad y depresivos.

Su prevalencia en la población general es desconocida, informándose un 4 a 9% en la práctica médica general. Se inicia a cualquier edad, pero el inicio parece más frecuente en los primeros años de la adultez. Su curso es usualmente crónico con empeoramientos y mejorías, aunque a veces con una completa recuperación. Parecen vincularse a un pronóstico favorable el inicio agudo, la comorbilidad médica general, la ausencia de un trastorno de personalidad y de ganancia secundaria.

El diagnóstico diferencial más importante debe establecerse con una condición médica general subyacente: estadios iniciales de cuadros neurológicos (esclerosis múltiple o miastenia gravis) condiciones endocrinas (tiroideas o paratiroides) enfermedades que afectan a múltiples sistemas (Lupus eritematoso sistémico), y enfermedades malignas ocultas. No debe diagnosticarse Hipocondriasis si los síntomas son mejor explicados por otros trastornos psiquiátricos (Criterio F); se diagnostica trastorno obsesivo-compulsivo, sólo cuando las obsesiones o compulsiones no están restringidas a preocupaciones sobre enfermedades, o sea, se vinculan también a otras temáticas. En el trastorno dismorfofóbico corporal la preocupación es por la apariencia física. Debe descartarse las delusiones somáticas de los trastornos psicóticos: esquizofrenia, trastorno delusional tipo somático y trastorno depresivo mayor con rasgos psicóticos.

5. Trastorno Dismorfofóbico Corporal

De acuerdo al DSM-IV los criterios para el diagnóstico de este trastorno son:

- a) Preocupación por un defecto en la apariencia física. El defecto es imaginado, o si realmente existe, es obviamente exagerado.
- b) La preocupación causa distrés clínicamente significativo, deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- c) La preocupación no es mejor explicada por otro trastorno mental, como la insatisfacción por la forma y tamaño del cuerpo como ocurre en la anorexia nervosa.

En nuestro medio, las manifestaciones más frecuentes son aquellas relacionadas con las características faciales que, no infrecuentemente, llevan a intervenciones de cirugía plástica, las cuales no satisfacen al paciente en sus resultados. La mayoría describe sus preocupaciones como intensamente dolorosas y no pueden resistirlas; con frecuencia suelen pasar varias horas pensando en su "defecto", escrutando su rostro ante el espejo o superficies que permitan el reflejo de su imagen.

El trastorno suele ser más frecuente en adolescentes y en adultos jóvenes con tendencia a la evolución crónica, aunque disminuyen de intensidad con la edad. Característicamente, desarrollan sentimientos de inadecuación social o interpersonal, especialmente con el sexo opuesto, y conducta evitativa. El trastorno es diagnosticado aproximadamente con igual frecuencia en ambos sexos. De inicio gradual o súbito, tiene un curso continuo, con escasos intervalos libres de síntomas.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con las preocupaciones dismorfofóbicas transitorias de la adolescencia, de intensidad variada y que no interfieren de manera importante con el rendimiento laboral, social o interpersonal. En la anorexia nervosa los síntomas se limitan al sobrepeso, forma y tamaño corporal; en el trastorno de identidad de género, al sentimiento de malestar y desacuerdo con las características sexuales primarias y secundarias; en el episodio depresivo mayor con estado de ánimo congruente puede haber rumiaciones de este tipo. Los individuos con Trastornos de personalidad evitativa o fobia social, pueden preocuparse por defectos reales de su apariencia física, problema no prominente ni persistente o perturbador. Si las obsesiones y compulsiones no se limitan a la apariencia física, el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo es el apropiado. En muchos individuos, las creencias tienen una intensidad moderada y pueden reconocer que la visión de su apariencia está distorsionada; mientras que en el trastorno delusional de tipo somático, el pensamiento relacionado a la particularidad somática es de tipo delusional.

Cuando la creencia sobre el defecto imaginado es sostenida con intensidad delusional se puede hacer ambos diagnósticos.

TRATAMIENTO

Considerando la tendencia crónica de estos trastornos y el hecho frecuente de previas experiencias frustrantes con terapias previas, es importantes en el tratamiento cubrir los siguientes aspectos:

1. Adecuado establecimiento de una relación médico-paciente que ofrezca soporte emocional a largo plazo.
2. Explicación didáctica de los mecanismos psicológicos involucrados en el trastorno, precisando que ello no significa que el síntoma y, por ende, las molestias, no sean reales.
3. Modificación del ambiente familiar que, con frecuencia, refuerza la sintomatología con actitudes de sobreprotección que aumentan la probabilidad de cronicidad.
4. Psicoterapia, sea de corte dinámico, cognoscitivo o de intervención conductual. Suelen ser útiles las técnicas sugestivas en los mecanismos conversivos.
5. Uso de antidepresivos, de ser indicado.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Fourth Edition. (DSM-IV). Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1994.

2. LOBO, A., GARCIA-CAMPOYO, J., CAMPOS, R., MARCOS, G., PEREZ-ECHEVARRÍA, MAJ, y el GMPPZ. "Somatisation in primary care in Spain: I Estimates of prevalence and clinical characteristics". In: Br. J. Psychiatry, No. 168; 1996: 344.

3. GARCIA-CAMPOYO, J.; CAMPOS, R.; MARCOS, G.; PEREZ-ECHEVARRIA, MAJ, y el GMPPZ. "Somatisation in primary care in Spain: II Differences between somatisers and psychologisers". In: Br. J. Psychiatry, No. 168; 1996: 348.

4. ALVA, J. "La enfermedad como instrumento de manipulación. Estudio en asegurados obreros". En: Quinto Congreso Nacional de Psiquiatría. Lima 13-16 de Abril, pp. 232-235, 1978.

CAPÍTULO 16: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

1. La etiología de los Trastornos Somatomorfos está:

- Bien establecida
- Asignada a factores psicológicos
- Asignada a factores biológicos
- Aún poco clara y es discutida
- Ninguna es válida

2. El trastorno de somatización comienza:

- Antes de los 10 años
- Antes de los 20 años
- Antes de los 30 años
- Antes de los 40 años
- A cualquier edad por igual

3. En los parientes de primer grado de pacientes con trastorno de somatización, se describen:

- Mayor frecuencia de problemas maritales
- Bajo rendimiento ocupacional
- Consumo problema de bebidas alcohólicas
- Delincuencia juvenil y otras conductas sociopáticas
- Todas son válidas

4. La frecuencia del trastorno de conversión es:

- Igual en hombres y mujeres
- Más frecuente en hombres que en mujeres

Más frecuente en mujeres que en hombres

Desconocido

Dependiente de la cultura

5. El trastorno de conversión se inicia raramente:

Antes de los 5 años y después de los 25

Antes de los 10 años y después de los 35

Antes de los 15 años y después de los 40

Cualquiera es válida

Ninguna es válida

6. El Trastorno Somatomorfo Doloroso puede:

Invalidar al paciente

Afectar al paciente solo por unos meses pero no más de un año

Responder a la sugestión

Todas son válidas

Ninguna es válida

7. La hipocondriasis causa:

Una preocupación ansiosa y exagerada por tener una severa enfermedad

Una actitud constante de autoobservación

Continua búsqueda de atención profesional

Todas son válidas

Ninguna es válida

8. El paciente hipocondríaco suele dar una historia clínica:

Con datos falseados intencionalmente

Extensa y llena de detalles

Forzada y con muchas resistencias

Todas son válidas

Ninguna es válida

9. En el trastorno dismorfofóbico corporal el síntoma clave es:

La preocupación por el futuro

La preocupación por cualquier enfermedad física

La preocupación por un defecto en la apariencia física

Todas son válidas

Ninguna es válida

10. En el tratamiento del trastorno somatomorfo debe considerarse las siguientes pautas, excepto:

- Buena relación médico paciente
- Educar al paciente en su enfermedad
- Modificar el ambiente familiar
- Uso de antidepresivos de ser indicado
- Uso de antipsicóticos que suelen dar buenos resultados.

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 17

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Carlos BAMBARÉN VIGIL

Eric A. BRAVO BASALDUA

INTRODUCCIÓN

La importancia clínica de estos trastornos se manifiesta en el hecho de haber sido objeto de estudio continuo a lo largo de la historia médica y, en el nivel conceptual, en la consideración de la patogenia psíquica.

1. DEFINICIÓN Y ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los trastornos disociativos se caracterizan por una pérdida parcial o completa de la integración psíquica normal, en especial de la memoria y de la conciencia de la propia identidad o personalidad. Obedecen a un origen probablemente psicógeno y muestran una estrecha relación temporal con acontecimientos traumáticos, problemas insolubles, insoportables o relaciones interpersonales alteradas. Su formulación diagnóstica implica malestar clínico significativo o deterioro en el plano social, laboral o en otras áreas del desarrollo personal. Se conserva intacto el contacto con la realidad.

2. CONCEPTO DE LA HISTERIA

Las primeras descripciones que relacionan los estados mórbidos con los entonces supuestos desplazamientos internos del útero, se encuentran en la medicina del antiguo Egipto y Mesopotamia, 2000 años A.C. Muy similares referencias se ha obtenido de la medicina hipocrática y romana, y luego en la medicina occidental, que concuerdan en considerar al útero como órgano responsable de variada sintomatología, habiendo sido los griegos quienes denominaron a este cuadro Histeria (del griego hysteron: útero). Durante la Edad Media, la nosogenia, no sólo de los trastornos disociativos sino de todos los trastornos mentales, fue asociada a la brujería, hechicería, al pecado o a la posesión demoniaca. En Inglaterra, en el siglo XIV, Jordan y Burton ubicaron las manifestaciones histéricas en el dominio de las aflicciones mentales y Cheyne, en la segunda mitad del siglo XVIII, asoció sus síntomas a factores como el clima y las tensiones de la vida cotidiana. Ya a inicios del siglo XVII, Charles Lepois anticipaba que la histeria no estaba restringida al sexo femenino. Pero es a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, que se incrementan los estudios médicos, planteándose diversos enfoques patogénicos y delimitándose sus formas clínicas; así, Wilhelm Griesinger plantea la existencia de alteraciones cerebrales como causa de estas entidades. En la perspectiva patogénica psíquica destaca Ernst von Feuchtersleben, considerado iniciador de la psicología médica, quien propone entre los factores patogénicos importantes de la histeria, al egoísmo, la saciedad, el aburrimiento, la actividad intelectual excesiva y los infortunios de la existencia. Mesmer, Puységur y Braid proponen no solamente las posibilidades terapéuticas mediante la hipnosis, sino también un modelo patogénico de la histeria consistente en la sugestión posthipnótica, fenómeno interesante en el cual una persona realiza acciones sin ser consciente de seguir las órdenes que le fueron indicadas previamente, mientras estuvo hipnotizado. Vale decir, que experiencias no concientes continúan ejerciendo influencia en la conducta humana conciente. Charcot resalta la noción de "trauma psíquico" y la enorme sugestibilidad y

tendencia a la imitación exhibida por las pacientes histéricas que compartían ambientes hospitalarios con otras afectas de diversas formas clínicas de epilepsia. Asimismo, filósofos y poetas ingleses y alemanes, a principios del siglo XIX, plantean germinalmente el concepto de inconsciente que luego sería desarrollado por el psicoanálisis, con la aparente solitaria anticipación de Paracelso entre finales del siglo XV e inicios del siglo XVI.

3. ETIOLOGÍA Y PATOGÉNESIS

Formulaciones neurobiológicas indican una excesiva sensibilidad cortical, alteración de circuitos de retroalimentación negativa entre la corteza cerebral y la formación reticular ascendente, aunque estos datos no trascienden el nivel de hipótesis. Los planteamientos psíquicos patogénicos son de mayor reconocimiento; entre sus autores destacan Janet y Freud, quienes concuerdan en la existencia de una psicodinamia activada por fenómenos y procesos inconscientes. Destaca la teoría freudiana en tanto ofrece una estructura conceptual de mayor desarrollo y coherencia, incorporando al dinamismo del concepto de inconsciente los de represión, ganancia primaria y secundaria.

4. PREVALENCIA

Sus índices han mostrado variabilidad a lo largo de los años; sin embargo, su incremento se ha asociado a elevada sugestibilidad, puntuaciones altas de hipnotizabilidad y acontecimientos sociales estresantes reales o subjetivos. Por ejemplo, existe consenso respecto a una mayor prevalencia ocurrida durante la segunda guerra mundial.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Incluye la esquizofrenia, principalmente la forma catatónica y los episodios de manía. Asimismo, las crisis parciales complejas de epilepsia, amnesia postconmocional y los trastornos amnésicos inducidos por la ingesta de sustancias. No existe un criterio definido diferencial con la simulación, por lo cual se debe tomar en consideración la realización de una adecuada historia clínica, precisar el tipo de personalidad premórbida y el contexto en que ocurre el cuadro.

6. FORMAS CLÍNICAS. El DSM-IV considera los tipos siguientes:

6.1 Amnesia Disociativa (Amnesia Psicógena). Se caracteriza por la presencia de uno o más episodios de amnesia reversible que impide al paciente recordar experiencias previas, generalmente de naturaleza traumática o estresante, demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario. Janet la subdivide en: Amnesia localizada, cuando el olvido comprende una etapa delimitada de la vida; Amnesia generalizada, si el olvido incluye la biografía completa; Amnesia sistematizada, en la que la ausencia de recuerdo está vinculada a un tema determinado; y, Amnesia continua, si la falta de recuerdo se establece a partir de determinado momento.

6.2 Fuga Disociativa (Fuga Psicógena). A la forma clínica anterior se asocian viajes repentinos e inesperados, lejos del hogar o del centro de trabajo. Se puede presentar confusión sobre la identidad personal e, incluso, la asunción de una identidad distinta.

6.3 Trastorno de Identidad Disociativa (Personalidad Múltiple). La manifestación esencial es la existencia de dos o más identidades o personalidades, cada una de las cuales asume el control del comportamiento del sujeto a su turno. A menudo, el estrés psicosocial produce la transición de una identidad a otra. Cada una de las personalidades que emerge suele tener un nombre y características distintas de la original.

6.4 Trastorno de Despersonalización. En él destacan episodios persistentes o recidivantes caracterizados por una sensación de extrañeza o distanciamiento de uno mismo, tanto en lo psíquico como en la corporeidad. En sus autodescripciones los pacientes señalan sentirse como autómatas, o

estar como viviendo un sueño o en una película. El individuo mantiene inalterado su contacto con la realidad. El síndrome de despersonalización puede aparecer como síntoma de un trastorno mayor, en cuyo caso el diagnóstico de Trastorno de Despersonalización no se justifica.

6.5 Trastorno Disociativo no Especificado. En este tipo, el trastorno no reúne los criterios diagnósticos de las formas clínicas antes descritas.

7. Curso y pronóstico

Con frecuencia, los episodios se repiten presentando una duración variable. El pronóstico es bueno para las amnesias y fugas disociativas, y menor para el trastorno de identidad disociativa.

8. Tratamiento

De ser necesario se puede utilizar psicofármacos, particularmente antidepresivos y ansiolíticos, pero el tratamiento principal es la psicoterapia, que intenta identificar y ayudar en la solución de los conflictos básicos responsables de la generación del cuadro. Se ha informado de buenos resultados con aplicaciones de electroshock.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. ALARCÓN, R., "Histeria". En Vidal G.-Alarcón R.-Lolas F. (Eds). Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Tomo II. Argentina, Editorial Médica Panamericana, 1995.
2. BLEICHMAR, H., "Mecanismos de Defensa". En: Vidal, G., Alarcón, R.,Lolas F. (Eds). Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Tomo III. Argentina, Editorial Médica Panamericana, 1995.
3. NEMIAH, John., "Neurosis Histórica de Disociación". En: Freedman, Alfred, Kaplan, Harold, y Sadock, Benjamin. Comprehensive Textbook of Psychiatry. España, Salvat Editores, S.A., 1995.

CAPÍTULO 17: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

1. Son características del trastorno disociativo (T.D.):
 - Pérdida parcial o completa de la integración psíquica normal
 - Alteración de la memoria
 - Alteración de la conciencia de la propia identidad
 - Son válidas las dos primeras
 - Todas son válidas
2. El diagnóstico diferencial del T.D. debe hacerse con:
 - Esquizofrenia catatónica
 - Esquizofrenia paranoide

Crisis epilépticas parciales complejas

Son ciertas la primera y la tercera

Todas son ciertas

3. Cuando en el T.D. destacan viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del centro de trabajo, se diagnostica:

Amnesia Disociativa

Fuga Disociativa

Trastorno de Identidad Disociativa

Trastorno Disociativo no identificado

Trastorno Disociativo Motor

4. Vincule las columnas como se correspondan:

(A) Buen pronóstico

Amnesia Disociativa

(B) Regular pronóstico

Fuga Disociativa

(C) Buen pronóstico

Trastorno de Identidad Disociativa

5. Son fármacos frecuentemente utilizados en el tratamiento del Trastorno Disociativo:

Antiepiléptico

Litio

Antipsicóticos

Antidepresivos

Todas son válidas.

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 18

TRASTORNOS SEXUALES

Alfonso MENDOZA F.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad constituye una dimensión fundamental de la persona humana que no puede ser vista como una conducta meramente instintiva. En verdad, la sexualidad humana encierra varias configuraciones. Ella es el resultado de vertientes integradoras de orden biológico, psicológico, social, cultural y antropológico. Para Ricoeur, la sexualidad es "el lugar de todas las dificultades, de todas las dudas, de los peligros y de los impases, del fracaso y de la alegría".

BREVE REFERENCIA HISTÓRICA

La preocupación por los enigmas de la sexualidad ha existido en todos los lugares y todos los tiempos, pero es verdad que sólo recientemente esta interrogación fundamental intenta adquirir el perfil de un discurso científico. Entre los pioneros hay que citar a Krafft Ebing (1840-1939), Havelock Ellis (1859-1939) y Sigmund Freud (1856-1939). Pero es Alfred Kinsey quien sienta las bases de la sexología científica al publicar (1949) su famoso informe, que constituye un análisis objetivo del comportamiento sexual de grandes grupos humanos en Estados Unidos. Posteriormente, W. Masters y V. Johnson, al estudiar la respuesta sexual humana en condiciones experimentales, establecen los fundamentos de la sexoterapia y de ulteriores desarrollos.

En nuestro medio, C. A. Segúin y H. Rotondo fomentaron el interés de los profesionales de la salud en el dominio de la sexualidad humana, y en la década presente han surgido cursos universitarios, principalmente en los programas de medicina y psicología, que abordan el tema desde una perspectiva multidisciplinaria.

DEFINICIÓN DE SALUD SEXUAL

La OMS considera la Salud Sexual como "la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor".

Según Mace, Bannerman y Burton, el concepto de sexualidad sana incluye tres elementos básicos:

- a) La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva y para regularla de conformidad con una ética personal y social.
- b) La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpa, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales.
- c) La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SEXUALES

El DSM-IV considera tres grupos en esta categoría diagnóstica:

- Trastornos de la identidad sexual,
- Parafilias, y
- Disfunciones sexuales.

1. TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

En este trastorno lo fundamental es la incongruencia entre el sexo anatómico y la identidad sexual.

La identidad sexual es la conciencia de "ser un hombre" o "ser una mujer". Es el correlato intrapsíquico del rol sexual, que puede ser definido, a su vez, como todo aquello que el individuo dice o hace para demostrar a los otros y a sí mismo que inviste la condición de niño u hombre, de niña o mujer, respectivamente.

La CIE 10 considera tres trastornos diferentes en este grupo: el trastorno de la identidad sexual en la infancia, el travestismo no fetichista y el transexualismo. En cambio, en el DSM-IV, estas tres entidades están reunidas en una misma categoría denominada trastorno de la identidad sexual.

1.1. Trastorno de la Identidad Sexual. Para este diagnóstico se requiere cuatro subgrupos de criterios:

Criterio A.- Debe evidenciarse que el individuo se identifica de un modo intenso y persistente con el otro sexo.

En los niños, el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos :

- a) Deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo.
- b) En las niñas, insistencia en ponerse solamente ropa masculina; en los niños, preferencia por vestirse con ropa de niña o mujer.
- c) Preferencia intensa y persistente por el papel del otro sexo o fantasías recurrentes de pertenecer al otro sexo.
- d) Atracción intensa de participar en los juegos y pasatiempos propios del otro sexo.
- e) Marcada preferencia por compañías del otro sexo.

En los adolescentes y adultos, el trastorno se manifiesta por síntomas tales como:

- a) Un deseo intenso de pertenecer al otro sexo, lo que se revela por un afán de adoptar el rol del otro sexo o de adquirir su aspecto físico, mediante tratamiento hormonal o quirúrgico.
- b) Un deseo firme de ser considerado como del otro sexo, para lo cual adoptan el comportamiento, la vestimenta y los movimientos contrarios a su sexo anatómico.
- c) Un deseo de vivir o ser tratado como si fuese del otro sexo.
- d) La convicción de que ellos experimentan las reacciones y las sensaciones propias del otro sexo.

Criterio B.- Deben existir pruebas de malestar persistente por el sexo asignado o un sentimiento de

inadecuación en el desempeño del rol sexual. En los niños este malestar se pone en evidencia merced a los siguientes rasgos:

En los varones, sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o van a desaparecer; que sería mejor no tener pene; o sentimientos de rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños.

En las niñas, rechazo a orinar en posición sentada; sentimientos de tener o presentar en el futuro un pene; el anhelo de no querer poseer senos ni tener la menstruación; aversión hacia la ropa femenina.

Criterio C.- Este diagnóstico no se hará si el sujeto presenta simultáneamente una enfermedad intersexual (por ejemplo, el síndrome de insensibilidad a los andrógenos o una hiperplasia suprarrenal congénita).

Criterio D.- El trastorno debe producir un sentimiento de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de su actividad.

En función de la edad del individuo, el diagnóstico será clasificado como trastorno de la identidad sexual en niños, o trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos. Y, en el caso de individuos sexualmente maduros, especificar si son atraídos sexualmente por hombres, por mujeres, por ambos o por ninguno.

Síntomas y trastornos asociados. Muchos pacientes con este trastorno se aíslan socialmente, experimentan una merma de su autoestima y pueden presentar síntomas de ansiedad y depresión. Algunos de ellos se dedican a la prostitución, exponiéndose a diversos riesgos, principalmente a contraer el SIDA. Son también frecuentes los intentos de suicidio y los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas.

Curso y pronóstico. Este trastorno es muy raro, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. El problema se inicia casi siempre en la infancia, se mantiene en secreto por años y se hace evidente al final de la adolescencia o en los comienzos de la vida adulta. El 75% de los muchachos que muestran síntomas de travestismo empezó el trastorno antes de los cuatro años. En ambos sexos, la homosexualidad se desarrolla entre el 30 y el 60% de todos los casos. El transexualismo –caracterizado por el deseo de reasignación quirúrgica del sexo– se da en el 10% de los casos aproximadamente.

Tratamiento. El tratamiento de este trastorno es difícil y pocas veces se ve coronado por el éxito si es que la meta es que la persona afectada reasuma su identidad y el rol sexual que le corresponde. Sin embargo, se puede aliviar los síntomas concomitantes y ayudar a los pacientes a que se sientan mejor con el rol sexual que adopten. Los diferentes afrontes psicoterapéuticos: psicodinámico, cognitivo-conductual, familiar sistémico, entre otros, pueden ser útiles. Igualmente, en función de cada caso, se emplearán la psicofarmacoterapia, el tratamiento hormonal y la reasignación quirúrgica. En lo referente a esta última, en pacientes cuidadosamente seleccionados y preparados, los resultados satisfactorios oscilan entre el 70 y el 80% (Kaplan, H., 1994) a pesar de lo cual sigue siendo una medida controvertida.

1.2. Trastorno de la identidad sexual no especificado. El DSM-IV incluye esta categoría para aquellos casos que no han podido ser clasificados como un trastorno de la identidad sexual específico. Ejemplos:

- a) Enfermedades intersexuales (por ejemplo, el síndrome de insensibilidad a los andrógenos) y disforia sexual concomitante.
- b) Conducta travestista transitoria relacionada con el estrés.
- c) Preocupación continua por la castración o la penectomía, sin deseo de adquirir las características sexuales del otro sexo.

2. PARAFILIAS

Las parafilias, antiguamente denominadas desviaciones o perversiones sexuales -términos dejados de

lado por su connotación peyorativa- se definen por que la imaginación o los actos inusuales o extravagantes son necesarios para la excitación sexual. Tales imágenes o actos, que tienden a ser insistentes e involuntariamente repetitivos, implican:

- a) La preferencia por el uso de objetos sexuales no humanos para alcanzar la excitación sexual.
- b) Actividad sexual repetitiva con personas, pero en la que se da sufrimiento o humillación real, no simulada.
- c) Actividad sexual repetitiva con niños o personas que no consienten.

Dado que una cierta imaginación parafilica forma parte de la conducta sexual normal, sólo ingresan en la categoría de parafilicos aquellos que la requieran como condición indispensable para obtener la excitación sexual. Por otro lado, en la medida que muchos de estos trastornos implican el no consentimiento de la pareja, ellos pueden, frecuentemente, asociarse a problemas legales y sociales.

Por lo general, los parafilicos no experimentan su conducta como patológica, considerando que su problema es la "incomprensión" de los demás. Otros experimentan sentimientos de vergüenza y culpa y presentan sintomatología ansiosa y depresiva asociada. A menudo los parafilicos presentan disfunciones psicosexuales y es frecuente hallar entre ellos marcada inmadurez emocional. Son también comunes los problemas conyugales, de adaptación social y aquellos de naturaleza legal. El exhibicionismo representa un tercio de todos los delitos sexuales denunciados, seguido por la paidofilia.

El DSM-IV considera ocho parafilias, más una categoría residual. Veamos en qué consisten:

2.1. Exhibicionismo. La sintomatología esencial de este trastorno consiste en necesidades sexuales y fantasías sexualmente excitantes, intensas y recurrentes de por lo menos seis meses de duración, ligadas a la exposición de los propios genitales a una persona extraña, sin que se pretenda luego tener relaciones sexuales con el desconocido, aunque muchas veces el exhibicionista se masturba al tiempo que se muestra (o cuando se imagina que se expone). Este trastorno se presenta, aparentemente, sólo en hombres y las víctimas son mujeres y niños. Las consecuencias médico legales de esta conducta son frecuentes y no son pocos los arrestos por tal causa.

2.2. Fetichismo. Lo esencial de este trastorno consiste en el uso de objetos no vivientes (fetiches) como método preferido, a veces exclusivo, para conseguir excitación sexual. Los fetiches tienden a ser artículos de vestir (ropa interior femenina, zapatos) o, menos frecuentemente, partes del cuerpo humano (por ejemplo, cabellos). Se excluyen aquellos objetos diseñados especialmente con fines de provocar la excitación sexual, como el caso de los vibradores.

2.3. Frotteurismo. Lo esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes, así como fantasías sexualmente excitantes, que implican el contacto y el roce con una persona desconocida que no consiente. Es el contacto y no la naturaleza coercitiva del acto lo que resulta excitante para el individuo.

2.4. Paidofilia. Lo distintivo de esta alteración es que el individuo, durante un período de por lo menos seis meses, experimenta necesidades sexuales intensas y recurrentes así como fantasías sexualmente excitantes que implican actividad sexual con niños pre-púberes (generalmente de 13 años o menos). La edad del paciente se sitúa arbitrariamente en 16 años o más y debe ser por lo menos cinco años mayor que el niño.

Debe especificarse si el paciente se siente atraído por el sexo masculino, el femenino o ambos; si el trastorno está limitado al incesto o si se trata, o no, del tipo exclusivo, es decir únicamente atraído por niños, o del tipo no exclusivo.

El trastorno empieza por lo general en la adolescencia. Frecuentemente son los varones de 30 a 40 años de edad los que prefieren la actividad sexual con niños del sexo opuesto. La atracción hacia las niñas parece dos veces más frecuente que la atracción hacia los niños. Cerca del 11% de los paidofilicos son extraños para sus víctimas, mientras que en un 15% se trata de relaciones incestuosas.

2.5. Masoquismo Sexual. El masoquista consigue la excitación sexual a través del sufrimiento, es decir, siendo humillado, golpeado o atormentado de cualquier manera. El diagnóstico debe hacerse cuando el individuo realiza actos -hechos reales, no simulados- que impliquen sufrimiento y no

solamente cuando se entrega a fantasías de tal género.

2.6. Sadismo Sexual

Lo esencial aquí es la imposición de sufrimiento físico o mental –real, no simulado – a otra persona con el propósito de obtener la excitación sexual. La pareja del sujeto sádico puede consentir o no este trato. En el segundo caso, la actividad sádica puede determinar problemas legales. En casos severos los sujetos llegan a violar, torturar o matar a sus víctimas.

2.7. Voyeurismo. Llamada también escotofilia, se caracteriza por la observación repetida y subrepticia a gente que está desnuda, desvestiéndose o realizando el coito, pero sin que el voyeur busque ningún tipo de contacto sexual con la gente observada. Esta conducta constituye el método preferido y en los casos más graves, exclusivo, para conseguir la excitación sexual. A menudo el individuo se masturba durante el acto o poco tiempo después, pero no busca tener relaciones sexuales con las personas observadas.

2.8. Fetichismo travestista. Este trastorno implica necesidades sexuales y fantasías sexualmente excitantes, intensas y recurrentes, de por lo menos seis meses de duración, que involucran el uso de vestimentas del sexo opuesto (en un varón heterosexual). El sujeto con este trastorno no desea cambiar de sexo. Debe especificarse: con disforia sexual, si la persona no se siente bien con su identidad o su rol sexual.

2.9. Parafilias no especificadas (o atípicas). Estas alteraciones no cumplen los criterios para cualquiera de las categorías específicas citadas. Ejemplos: escatología telefónica (llamadas obscenas) necrofilia (cadáveres) parcialismo (atención centrada exclusivamente en una parte del cuerpo) zoofilia (animales) coprofilia (heces) klismafilia (enemas) urofilia (orina).

Trastornos sexuales no especificados. Esta categoría incluye perturbaciones de la sexualidad que no pueden considerarse parafilias ni disfunciones sexuales. Tales alteraciones son ya sea poco frecuentes, escasamente estudiadas, difícilmente clasificables o no descritas claramente en el DSM-IV. Ejemplos: disforia post coital, problemas de pareja, matrimonio no consumado, donjuanismo, ninfomanía y el persistente y acentuado malestar acerca de la orientación sexual.

3. DISFUNCIONES SEXUALES

Las disfunciones sexuales se caracterizan por una perturbación del deseo, por los cambios psicofisiológicos en alguna de las fases de la respuesta sexual y por el sentimiento de malestar y las dificultades interpersonales que ellas generan.

El DSM-IV considera siete categorías de disfunción sexual:

1. Trastornos del deseo sexual.
2. Trastornos de la excitación sexual.
3. Trastornos del orgasmo.
4. Trastornos sexuales por dolor.
5. Disfunción sexual debida a una enfermedad médica.
6. Disfunción sexual inducida por sustancias.
7. Disfunción sexual no especificada.

Dado que ellas podrían ser vistas como relacionadas con cada una de las fases de la respuesta sexual humana, será útil recordar las características de dicha respuesta:

a) Deseo. Es la fase apetitiva, en la que el individuo experimenta fantasías y sensaciones de urgencia variable que lo impulsan a buscar las relaciones sexuales o mostrarse receptivo a ellas.

b) **Excitación.** Esta fase se caracteriza por la sensación subjetiva de placer, que se acompaña de importantes cambios fisiológicos, los cuales se explican por dos fenómenos básicos : vasocongestión e hipertonia muscular. Al iniciarse la reacción sexual, la vasocongestión se traduce, en la esfera extragenital, por la erección de los pezones, asociado a un rash cutáneo más aparente en tórax y abdomen. Concomitantemente se producen manifestaciones vegetativas: hipertensión, taquicardia e hiperventilación. En la esfera genital, la vasocongestión se manifiesta, en el varón, por la tumescencia peneana que conduce a la erección. En la mujer, la vasocongestión pélvica produce lubricación vaginal y tumefacción de los genitales externos. Además, el canal vaginal sufre un ensanchamiento en sus 2/3 internos y aparece la plataforma orgásmica, una suerte de estrechamiento del 1/3 externo de la vagina debido a un aumento de la tensión del músculo pubo-coccígeo y a la vasocongestión. Cuando todos estos cambios se intensifican, se alcanza la denominada "meseta", que preludia la descarga orgásmica.

c) **Orgasmo.** Constituye el punto culminante del placer sexual producido por la liberación de la tensión acumulada y la contracción rítmica de los músculos perineales y de los órganos reproductivos pélvicos.

En el varón existe la sensación de inevitabilidad eyaculatoria, cuyo correlato fisiológico es la emisión de semen, ocasionada por la contracción de los órganos accesorios. Sigue la apreciación subjetiva de la calidad del orgasmo, cuya base fisiológica está dada por las contracciones peneanas de expulsión del semen.

En la mujer, el orgasmo se traduce por el espasmo inicial de la plataforma vaginal, seguida por contracciones rítmicas del útero y de la vía vaginal. Subjetivamente, al espasmo inicial le corresponde una sensación de interrupción, con una aguda toma de conciencia de la sensualidad genital, mientras que la fase de contracciones rítmicas se experimenta como una sensación de calor, de pulsaciones y de estremecimientos pélvicos. Tanto en el hombre como en la mujer existen contracciones musculares generalizadas e involuntarios movimientos de la pelvis.

Resolución. Consiste en una sensación de distensión general, de bienestar y relajación muscular. Es el retorno a las condiciones basales, rápido en el varón, lento en la mujer. En esta fase el hombre es refractario a la estimulación erótica mientras que la mujer es capaz de responder inmediatamente a los estímulos.

La perturbación de la respuesta sexual puede darse en cualquiera de sus fases, aunque aquella de la fase resolutoria carece de significación clínica. En la mayor parte de las disfunciones psicosexuales se alteran tanto las manifestaciones subjetivas cuanto las objetivas y sólo raramente se presentan disociadas.

El diagnóstico clínico debe tener en cuenta factores tales como frecuencia, cronicidad, grado de sufrimiento subjetivo y su repercusión en otras áreas del funcionamiento.

Las disfunciones pueden ser primarias, cuando han existido siempre, o adquiridas, cuando ellas aparecen después que el individuo ha logrado un nivel de funcionamiento sexual normal; pueden ser generalizadas, cuando se dan en cualquier situación, o situacionales, cuando sólo se presentan en circunstancias o con parejas determinadas; y, finalmente, pueden ser totales, cuando la respuesta es nula, o parciales, cuando existe un cierto grado de respuesta.

Estas alteraciones, que pueden considerarse muy frecuentes, se observan sobre todo al final de los 20 y comienzo de los 30. Se asocian molestias diversas tales como ansiedad, depresión, sentimientos de vergüenza, culpa y miedo al fracaso. Comúnmente aparece una actitud de espectador, de autocontemplación, así como una extrema sensibilidad a las reacciones de la pareja sexual, todo lo cual genera circuitos autoperpetuadores de la disfunción y un comportamiento de evitación de los contactos sexuales que puede deteriorar la relación de pareja.

Actitudes negativas hacia la sexualidad y conflictos internos ligados a experiencias particulares, sean actuales o de los primeros años de vida, así como la pertenencia a grupos culturales con esquemas sexuales rígidos, predisponen a este tipo de trastornos. Al evaluar las disfunciones sexuales es importante tener en cuenta que muchos trastornos orgánicos pueden manifestarse alterando alguna fase de la respuesta sexual. Por ello, las enfermedades físicas deben descartarse siempre cuando la dificultad sexual es crónica, invariable o independiente de la situación.

3.1. Trastornos del deseo sexual

a) Deseo sexual hipoactivo. Lo fundamental de este trastorno es la ausencia o la declinación del deseo de actividad sexual y de las fantasías sexuales (Criterio A), inhibición que provoca marcado malestar y dificulta las relaciones interpersonales (Criterio B), y que no se debe a la presencia de otro trastorno del Eje I –excepto otra disfunción sexual–, o a los efectos fisiológicos de alguna sustancia o a una enfermedad médica (Criterio C).

La evaluación clínica de esta disfunción debe hacerla el clínico tomando en cuenta los factores que afectan el deseo sexual, como la edad, el sexo, la salud, la autoestima, el estilo de vida personal, el contexto interpersonal y el entorno cultural. Cabe subrayar que las necesidades sexuales varían no sólo de una persona a otra, sino que una misma persona puede experimentar cambios en función del momento que vive. Las personas con deseo sexual hipoactivo no experimentan apatía por el coito, aun ante una pareja atractiva, adecuada y diestra en el arte de amar.

Es importante precisar si el síntoma es situacional o global. En el primer caso pensamos que las causas son psicológicas, sean inmediatas o profundas, y el tratamiento indicado es la psicoterapia o la sexoterapia. En el segundo caso, o cuando la situación es cuestionable, hay que profundizar en el diagnóstico diferencial para descartar un trastorno psiquiátrico (por ejemplo una depresión mayor) una enfermedad médica o el efecto de ciertos medicamentos. Recordemos que el deseo sexual se localiza en el sistema límbico, y que "el normal funcionamiento de los circuitos sexuales del cerebro, en hombres y mujeres, requiere niveles adecuados de testosterona y un equilibrio idóneo de los neurotransmisores" (Kaplan, H.S. 1985).

Entre las enfermedades que pueden afectar este mecanismo mencionaremos aquellas asociadas a un funcionamiento anormal del eje hipotalámico-hipofisario, con secreción disminuida de las hormonas tróficas (por ejemplo un adenoma de la hipófisis) o también aquellas enfermedades sistémicas que, secundariamente, afectan el funcionamiento testicular. Ejemplos: la insuficiencia renal crónica, el hipo-tiroidismo, las enfermedades debilitantes. Entre otras, en lo referente a las drogas, señalemos el abuso de alcohol y narcóticos, la toma de beta bloqueadores adrenérgicos y las drogas antihipertensivas. En todos estos casos el tratamiento apunta a la condición médica subyacente.

b) Trastorno por aversión al sexo. Tres son los criterios para establecer este diagnóstico :

- Aversión extrema, persistente o recurrente al contacto sexual genital y evitación de dicho contacto en forma total -o casi total- con una pareja sexual (Criterio A).
- Malestar personal marcado y dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B).
- El trastorno no es mejor explicado por la presencia de otro trastorno del Eje I, a excepción de otra disfunción sexual (Criterio C).

Hay una naturaleza fóbica en esta reacción, la cual puede acompañarse de sudoración, palpitaciones, náuseas y otras respuestas somáticas semejantes al pánico, aun cuando hay quienes no muestran manifestaciones tan intensas de angustia. El deseo sexual se mantiene, lo que se revela porque estas personas no experimentan el temor fóbico cuando se masturban.

El tratamiento sigue las pautas de la desensibilización sistemática.

3.2. Trastornos de la excitación sexual

a) Trastorno de la excitación sexual en la mujer. El DSM-IV señala como característica esencial de este trastorno la incapacidad recurrente o persistente para obtener o mantener la respuesta de lubricación vaginal, propia de la fase de excitación, hasta el final del acto sexual (Criterio A). A ello añade, como en todas las otras disfunciones, el malestar marcado y la dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B), y el hecho de que el trastorno no sea mejor explicado por la presencia de otro trastorno del Eje I -excepto otra disfunción sexual- y que no se deba a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica (Criterio C).

La respuesta excitatoria consiste en una vasocongestión pélvica, que se traduce en una lubricación y dilatación de la vagina y en una tumefacción de los genitales externos.

Este trastorno, conocido también como "frigidez", es relativamente frecuente, pudiendo afectar hasta un tercio de las mujeres casadas, y se asocia comúnmente con trastornos del orgasmo y, en otras, con

dispareunia y pérdida del deseo. Durante el coito, el trastorno puede provocar evitación sexual y, por esa vía, perturbar el vínculo de pareja.

En la evaluación de esta alteración hay que tener en cuenta los factores psíquicos y los orgánicos. Son escasas las causas orgánicas de este trastorno. La más común es la carencia estrogénica, sea natural (menopausia) sea adquirida, (ovariectomía) que produce una vulvovaginitis atrófica. Menos frecuentes son las lesiones o enfermedades del S.N.C. que comprometan los centros sexuales (TBC, accidente cerebrovascular), afecciones del S.N. periférico (esclerosis múltiple, neuropatía diabética, por ejemplo) ciertos trastornos endocrinos, algunos medicamentos (antidepresivos, antihistamínicos).

Las causas psicológicas inmediatas aluden a temores en torno al coito por el empleo de técnicas amoratorias rudimentarias e inadecuada estimulación erótica, pero más frecuentemente, la frigidez se asocia con una actitud ambivalente ante la sexualidad, originada en el pasado o por problemas en la relación conyugal.

b) Trastorno de la erección en el varón (disfunción eréctil, "impotencia"). La característica esencial de este trastorno es la incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener una erección apropiada hasta la terminación de la actividad sexual (Criterio A). Los Criterios B y C son los mismos que los de las otras disfunciones sexuales.

Kaplan, H.S., señala que "el sistema eréctil es sumamente complejo y depende de la integridad de la anatomía peneana, de los vasos sanguíneos de la pelvis y de los nervios correspondientes, del equilibrio de los neurotransmisores en el cerebro, de un medio hormonal adecuado y, por último, de un estado psíquico susceptible de concentración erótica". Por ello, "nada tiene de extraño que la erección sea la fase más vulnerable de la respuesta sexual del varón ni que la impotencia pueda estar determinada por diversidad de drogas, enfermedades o factores psíquicos. Por lo mismo, esta alteración es la que cuenta con mayores probabilidades de asentarse en un factor orgánico. En la práctica tales factores pueden descartarse, en más del 90% de los casos, basándose en la entrevista. Si el paciente tiene erecciones espontáneas, sea en la mañana sea en la noche, es inútil seguir buscando patología orgánica.

El registro de la tumescencia peneana nocturna (TPN) asociada al sueño REM, es un valioso medio diagnóstico si es que los pacientes no recuerdan haber tenido erecciones espontáneas. El procedimiento requiere un E.E.G. continuo de sueño y monitoreo de la tumescencia peneana con calibrador de tensión. Cuando la impotencia es orgánica no hay erección nocturna. Entre las causas orgánicas más frecuentes mencionemos la diabetes, los problemas de circulación peneana, los trastornos endocrinos con disminución de la testosterona y elevación de la prolactina, y el uso de drogas beta bloqueadoras adrenérgicas, antihipertensivas y el alcohol.

Entre las causas psicológicas hay que distinguir las inmediatas de las profundas. Entre las primeras, la ansiedad anticipatoria ante la prestación sexual es un mecanismo fundamental, que se refleja en la atormentadora interrogante de si se tendrá o no erección en el momento culminante. Son factores adicionales la excesiva preocupación por el placer de la compañera o la presión emocional que ejerce ésta, sobre todo en los casos de conflicto conyugal. Las causas profundas tienen que ver, en el plano intrapsíquico, con las angustias y conflictos edipianos, que determinan un temor frente a la figura femenina, a la que se transfiere el papel de madre y, en el plano relacional, con actitudes neuróticas de ambivalencia hacia la compañera o miedo a ser rechazado por ésta. (Ver cuadro N° 1).

Se estima que la impotencia adquirida se da en el 10-20% de todos los hombres. Entre los tratados por trastornos sexuales, la disfunción eréctil representa cerca del 50%. La disfunción primaria es muy rara (1% de los varones por debajo de 35 años). La incidencia de esta alteración aumenta con la edad.

3.3. Trastornos del orgasmo

a) Trastorno orgásmico femenino. Lo esencial de este trastorno es la inhibición recurrente o persistente del orgasmo femenino, manifestada por una ausencia o un retraso del orgasmo después de una fase de excitación sexual normal (Criterio A). El diagnóstico requiere que el clínico evalúe si la capacidad orgásmica de la mujer es menor a la que debería tener en función de su edad, experiencia sexual previa y estimulación sexual recibida. Los Criterios B y C son los mismos que para otras disfunciones.

Este trastorno, conocido también como anorgasmia, puede definirse, en otros términos, como la inhabilidad de una mujer para alcanzar el orgasmo por masturbación o por coito. Si una mujer es capaz

de lograr el orgasmo por uno u otro procedimiento no será incluida en esta categoría diagnóstica, aun cuando pueda mostrar algún grado de inhibición. La investigación sexológica ha mostrado que, definitivamente, el orgasmo por estimulación clitoridiana o por estimulación vaginal es fisiológicamente el mismo, aunque algunas mujeres experimentan -subjetivamente- mayor satisfacción cuando el orgasmo es precipitado por el coito. Por otro lado, muchas mujeres requieren la estimulación clitoridiana manual durante el coito para obtener el orgasmo.

El input sensorial que desencadena el orgasmo proviene fundamentalmente de las terminaciones nerviosas del clitoris y de los receptores sensitivos de la vagina. Los centros neuronales localizados en la médula sacra controlan el reflejo orgásmico. En la práctica sólo unas pocas drogas y enfermedades inhiben tales mecanismos reguladores, por lo cual prima la causalidad psicológica. Si la disfunción es adquirida hay muchas posibilidades de que la causa sea orgánica (diabetes, esclerosis múltiple, tumores de la médula, enfermedades degenerativas). Por el contrario, si el trastorno es primario, el riesgo de anomalía médica subyacente es bajo. El trastorno orgásmico femenino adquirido constituye queja común en el ámbito clínico; a menudo se asocia con los problemas de la excitación sexual o frigidez. La prevalencia de esta disfunción, cualquiera sea su etiología, se estima en un 30% (Kaplan, H. 1994).

En el 50% de los casos la anorgasmia es situacional, la mujer logra el orgasmo autoestimulándose, pero no durante el coito. Las causas inmediatas más frecuentes tienen que ver con la "autobservación" obsesiva durante la actividad sexual, que interfiere con la producción del reflejo orgásmico; con la insuficiente estimulación sexual o con el temor de abandonarse al placer sexual.

Entre las causas psicológicas de esta alteración se menciona el temor al embarazo, el miedo a sufrir una lesión vaginal, la hostilidad hacia el varón, los sentimientos de vergüenza y culpa referidos a sus propios impulsos sexuales, el miedo a perder el control de sí misma, entre otros. Asimismo, se reconoce que el abuso sexual o el incesto durante la infancia representan factores etiológicos importantes. Pero también se halla conflictos inconscientes profundos que se actualizan en la relación de pareja, expresándose bajo la forma de inhibiciones, ambivalencias o recelo hacia el compañero. En la mayoría de los casos la sexoterapia resulta útil.

b) Trastorno orgásmico masculino. La característica esencial de este trastorno es la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, luego de una fase de excitación sexual normal en el transcurso de una relación sexual que el clínico juzga adecuada en cuanto al tipo, intensidad y duración de la estimulación erótica (Criterio A). Los otros criterios, B y C, son los mismos que hemos mencionado a propósito de otras disfunciones.

Según Kaplan, H., la prevalencia general de este trastorno –también conocido como eyaculación retardada– es del 5% y su incidencia mucho más baja que la de la impotencia o la eyaculación prematura. Para Masters y Johnson, la incidencia de este trastorno fue de 3.8% en un grupo de 447 casos de disfunción sexual. La mayor parte de quienes lo presentan están por debajo de los 50 años. Algunos varones pueden llegar al orgasmo intravaginal luego de un largo período de estimulación no coital, mientras que otros sólo pueden eyacular vía la masturbación. Hay, todavía, quienes únicamente alcanzan el orgasmo en el momento de despertar tras un sueño de contenido erótico.

La disfunción orgásmica masculina puede deberse a causas orgánicas, por ejemplo una hiperprolactinemia, o una reducción de la sensibilidad cutánea del pene a consecuencia de una afección neurológica (lesiones medulares, neuropatías sensoriales); pero en tales casos el diagnóstico correcto es: trastorno sexual debido a una enfermedad médica. Y si el trastorno fuera causado por la acción de una sustancia –por ejemplo, alcohol, opiáceos, neurolépticos como la tioridazina, o antihipertensivos– entonces el diagnóstico sería: trastorno sexual inducido por sustancias.

Entre las causas psicológicas hay que mencionar la percepción de la sexualidad como pecaminosa y de los genitales como sucios, expresión de una educación represiva, rígida y con prejuicios antisexuales, todo lo cual se traduce en temores inconscientes y sentimientos de culpa que dificultan las relaciones sexuales y las interpersonales. No es infrecuente la incapacidad de abandonarse al placer sexual, una actitud ambivalente –a menudo hostil– hacia la pareja y un gran temor hacia el embarazo. Los casos menos graves mejoran con la sexoterapia.

c) Eyaculación precoz. La característica esencial de este trastorno es la eyaculación persistente o recurrente que se presenta en respuesta a una estimulación sexual mínima o la que se da antes, durante o poco después de la penetración, y antes que la persona lo desee (Criterio A). El clínico debe

tomar en cuenta los factores que influyen en la duración de la fase de excitación, tales como la edad, la novedad de la pareja sexual o de la situación y la frecuencia de la actividad sexual. Los criterios B y C son los ya señalados a propósito de otros trastornos.

La eyaculación precoz es la más frecuente de las disfunciones sexuales, estimándose que entre un 20 y 30% de los adultos la presentan. No se conoce la causa de la eyaculación precoz. Se asume que el control de la eyaculación es una conducta aprendida, que ésta ocurre en el momento en que el individuo se inicia en la masturbación, época en que la eyaculación ocurre más a menudo con rapidez y en la intimidad, y que este patrón aprendido se refuerza con las primeras experiencias sexuales, siendo luego difícil de alterar. Ella es fuente de dificultades en la relación de pareja. La compañera, inicialmente comprensiva, puede devenir rechazante, sintiéndose frustrada en su acceso al orgasmo. Por su lado, el marido se siente culpable y se exige a sí mismo controlar su eyaculación, sin éxito, lo que puede conducirle a establecer una pauta de evitación sexual.

Las causas psicológicas son la regla. Los pacientes con esta disfunción no logran percibir las sensaciones eróticas premonitorias del orgasmo. A menudo se concentran obsesivamente en el intento de controlarse, lo que los torna ansiosos, estado que interfiere con la capacidad de aprendizaje del control voluntario. En otros casos, la disfunción se relaciona con dificultades psíquicas más profundas o con serios conflictos conyugales. A pesar de todo, el 90% de los pacientes se cura mediante la sexoterapia.

3.4. Trastornos sexuales por dolor

a) Dispareunia. La característica esencial de este trastorno es el dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en hombres como en mujeres (Criterio A). Esta perturbación genera malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B). Ella no es debida exclusivamente a vaginismo o falta de lubricación, tampoco se explica mejor por la presencia de un trastorno del Eje I, excepto otra disfunción sexual, y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos de una sustancia o una enfermedad médica (Criterio C).

La incidencia de la dispareunia es poco conocida. Raramente se le observa en el varón. Lo que sí es frecuente es su asociación y coincidencia con el vaginismo. Ambos trastornos se condicionan recíprocamente. El dolor sexual está ligado frecuentemente a trastornos urológicos y ginecológicos, los cuales deben descartarse. Si el dolor es "cambiante" lo más probable es que la etiología sea psicológica. Por el contrario, si es localizado y consistente, hay que pensar en un trastorno orgánico. Cuando el dolor es psicógeno, el mismo constituye un modo de expresar los conflictos sexuales, ansiedad, culpa, ambivalencia en torno a la sexualidad. Algunas veces se asocia a depresión, preocupaciones hipocondríacas, obsesivas y fóbicas y, más raramente, a esquizofrenia. A veces, el origen se halla en prácticas sexuales teñidas de sadismo o en historias de abuso sexual en la infancia.

b) Vaginismo. La característica esencial del vaginismo es la aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con el coito (Criterio A). Dicha alteración provoca malestar marcado y dificulta las relaciones interpersonales (Criterio B). Y el trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I, y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (Criterio C). La tirantez muscular vaginal es tal, que hace la penetración dolorosa, difícil o imposible. Por ello el vaginismo constituye una de las causas principales del matrimonio no consumado. Las causas del espasmo pueden ser físicas o psíquicas. Cualquier patología pélvica que torne doloroso el coito puede condicionar, como mecanismo defensivo, el vaginismo. Psicológicamente algunas mujeres son relativamente sanas y viven en armonía con su pareja. Otras son conflictivas, agresivas o ambivalentes en cuanto a la sexualidad, el matrimonio y el embarazo. En ocasiones hay historia de abuso sexual, incesto o intentos dolorosos de realizar el coito.

El pronóstico es excelente, más allá de la gravedad del conflicto psíquico. El tratamiento: dilatación progresiva de la vagina, mediante dilatadores metálicos o de plástico, o simplemente los dedos de su compañero. La finalidad de esta forma de intervención es relajar los músculos pubo-cocígeos y la musculatura pélvica e, indirectamente, "dilatarse" la vagina. En sentido estricto se trata de romper el espasmo muscular vaginal. Evidentemente hay que abordar también los factores intra-psíquicos y de la relación conyugal que pueden estar interviniendo como factores causales.

3.5. Disfunción sexual debido a una enfermedad médica. Lo fundamental de este trastorno es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa que se juzga etiológicamente relacionada a una determinada enfermedad médica. En este tipo de perturbación puede hallarse dolor ligado al coito, deseo sexual hipoactivo, disfunción eréctil u otras formas de disfunción sexual, las cuales son capaces de provocar malestar personal o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio A). A ello debe sumarse la evidencia por la historia, el examen físico o los hallazgos de laboratorio, de que la alteración es explicable totalmente por los efectos fisiopatológicos de la condición médica subyacente (Criterio B), y que dicha alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental; por ejemplo, trastorno depresivo mayor (Criterio C).

3.6. Disfunción sexual inducida por sustancias. La característica básica de este trastorno es una alteración sexual clínicamente significativa que produce malestar marcado y dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio A). La historia, la exploración física y los análisis complementarios prueban que el trastorno se explica en su totalidad por el consumo de sustancias, sean éstas drogas, psicofármacos o tóxicos (Criterio B); y, que la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno sexual primario (Criterio C). Los síntomas del trastorno se desarrollan durante o dentro de los treinta días siguientes a la ingesta de sustancias tales como el alcohol, anfetaminas, cocaína, u otras. En cada caso debe especificarse si desmejora el deseo, la excitación, el orgasmo, o si aparece dolor ligado al coito.

3.7. Disfunción sexual no especificada. Esta categoría diagnóstica comprende los trastornos sexuales que no alcanzan a cumplir con los criterios para un trastorno sexual específico. Ejemplos:

- a) Ausencia -o disminución importante- de pensamientos eróticos, a pesar de la presencia de los componentes fisiológicos normales de la excitación y el orgasmo.
- b) Situaciones en las que el clínico concluye que existe una disfunción sexual, pero no puede determinar si ésta es primaria, debida a una condición médica general, o inducida por sustancias.

Los casos de cefalea post-coital, de anhedonia orgásmica y de dolor al masturbarse pueden ser considerados en esta categoría.

LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOSEXUALES

Apunta a obtener la información válida para comprender los trastornos sexuales, establecer el diagnóstico y formular una estrategia terapéutica adecuada. La piedra angular del diagnóstico es la entrevista clínica, la cual se completa con la exploración física, las pruebas de laboratorio y otros métodos especiales de diagnóstico desarrollados por la medicina sexológica. Las interrogantes fundamentales a dilucidar pueden organizarse, según Kaplan, H.S., como sigue:

- Análisis de la molestia principal.

¿Tiene el paciente realmente un trastorno psicosexual? ¿O se trata de la expresión de tensiones menores que ocurren en una persona básicamente sana?

- Examen de la condición sexual.

¿Cuál es el diagnóstico? ¿Qué fase de la respuesta sexual está perturbada? ¿Cómo afecta ello la experiencia sexual del sujeto?

- Determinación de la condición médica.

¿Sufre el paciente una enfermedad o ingiere alguna droga susceptible de causar el síntoma en cuestión?

- Determinación de la condición psiquiátrica.

¿Deriva el síntoma de otro trastorno psiquiátrico?

- Evaluación de la historia psicosexual y familiar.

¿Cuáles son las causas psicológicas inmediatas? ¿Cuáles las profundas? ¿Cuán severas son estas causas? ¿Qué clase de resistencias cabe esperar?

- Evaluación de la relación de pareja.

¿Radica la causa de la disfunción en una perturbación del patrón interaccional de la pareja?

- Recapitulación y recomendaciones.

El cuadro N° 2 muestra cómo proceder en la evaluación de los trastornos sexuales.

TRATAMIENTO

La evaluación determina el tipo de tratamiento más adecuado. En unos casos se privilegia el tratamiento médico o quirúrgico, y en otros el psicológico. Si el problema orgánico no puede ser superado plenamente se impone el consejo y la rehabilitación sexual. Si la condición psiquiátrica es la responsable del síntoma, ella debe ser tratada. Si los factores psicológicos son los responsables del trastorno sexual, entonces la psicoterapia y la sexoterapia son las indicadas. Tradicionalmente se emplearon el psicoanálisis y la psicoterapia de orientación psicodinámica, pero con Masters y Johnson se inaugura la etapa de las terapias sexuales que introducen -por un lado- el concepto de que la pareja es el objeto de la terapia, y -por el otro- la prescripción de actividades sexuales específicas que la pareja debe realizar en la privacidad de su hogar, como elementos básicos del abordaje terapéutico, lo que las diferencia de las antiguas formas de tratamiento.

La terapia sexual apunta a mejorar la comunicación de la pareja, a proporcionar información adecuada y, así, corregir las creencias erróneas acerca de la sexualidad, de modo que ésta sea integrada naturalmente en un clima de aceptación del placer como un componente vital de la relación de pareja.

La hipnoterapia y los afrontes cognitivo-conductuales, de grupo, conyugales y sistémico-familiares tienen también un lugar en el tratamiento de los trastornos sexuales.

Algunas de las técnicas generales empleadas en sexoterapia pueden ser prescritas por el médico general. Mencionemos por ejemplo, la abstinencia coital y orgásmica, que busca liberar al paciente de la obligación de realizar el coito, eliminando así el temor al fracaso; la focalización sensorial, que intenta el redescubrimiento del placer por parte de la pareja, mediante la aplicación mutua de caricias; o la activación de las fantasías sexuales, vía lecturas, fotos o filmes eróticos.

Entre las técnicas específicas mencionaremos la muy conocida del "apretón" o compresión del glande en el momento de la inminencia eyaculatoria, con el fin de disminuir la excitabilidad del pene e inhibir así la eyaculación, técnica usada en la terapia de la eyaculación precoz. Una variante de este ejercicio es la técnica de iniciar-parar-iniciar, en la cual la mujer detiene la estimulación del pene cuando su pareja siente que la eyaculación puede sobrevenir. Otra técnica es la dilatación progresiva de la vagina, a la que nos hemos referido antes, para citar sólo algunos ejemplos.

Los resultados, en general, son favorables, sobre todo en los casos de eyaculación precoz, vaginismo, frigidez, eyaculación retardada e impotencia secundaria. El 40% de los pacientes puede beneficiarse con la sexoterapia. Los restantes requieren combinaciones de sexoterapia con psicoterapia individual y/o de pareja (Flaherty, J. y cols.).

Los afrontes biológicos son importantes, aun cuando de aplicación limitada. Son útiles los ansiolíticos y los antidepresivos en los casos de fobia sexual. La tioridazina (Meleril) puede ayudar en los de eyaculación precoz. La implantación de una prótesis peneana es una alternativa en pacientes con una disfunción eréctil de base orgánica. Algunos han intentado la revascularización del pene en las disfunciones causadas por desórdenes vasculares. Se ha intentado también la inyección de sustancias vasoactivas en los cuerpos cavernosos del pene, lo que produce una erección que se prolonga por horas. Usualmente se ha empleado una asociación de papaverina, prostaglandina E y fentolamina, con buenos resultados. Sin embargo, se dan también efectos secundarios: fibrosis y erección demasiado prolongada, que tornan resistentes y temerosos a los pacientes.

La extensión de los problemas médicos y psicosociales que tienen que ver con la sexualidad rebasan los límites de este capítulo. La violencia, el incesto, la prostitución, la pornografía, el SIDA, entre otros, dan mérito a un cuidadoso análisis y confirman la necesidad de un adecuado adiestramiento del profesional de la salud para que asuma su rol, en tanto educador y promotor de una sexualidad integrada y madura, tanto a nivel de la persona como de la familia y de la comunidad.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. FLAHERTY, J.A., CHANNON, R.A., DAVIS, J.M. *Psiquiatría. Diagnóstico y Tratamiento*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1991.
2. KAPLAN, H., SADOCK, B., GREBB, J. *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore, USA, Edic. Willians-Wilkins, 1994.
3. KAPLAN, H.S. *Evaluación de los trastornos sexuales*. Barcelona: Edic. Grijalbo, 1985.
4. MASTERS, W. Y JOHNSON, V. *Les mésententes sexuelles et leur traitement*. Paris: Edit. R. Laffont, 1974.
5. MENDOZA, A. *El médico general y los problemas menores de la sexualidad humana*. [Mimeografiado]. Dpto. de Psiquiatría UNMSM. 1986.
6. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe Técnico 572, Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud*. Ginebra, OMS, 1975.
7. SEGUÍN, C.A. *Amor, Sexo y Matrimonio*. Lima: Ed.Ermar, 1979.

CAPÍTULO 18: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

TRASTORNOS SEXUALES

1. La sexualidad constituye:
 - Una dimensión humana fundamental
 - Una conducta instintiva
 - Resultado de variables biológicas, psicológicas, sociales, culturales y antropológicas
 - Son válidas las dos primeras
 - Todas son válidas
2. Fueron pioneros en el estudio científico de la sexualidad, excepto:
 - Krafft Ebing
 - Sigmung Freud
 - Alfred Kinsey
 - W. Masters y V. Johnson

E. Kraepelin

3. Cuando lo fundamental es la incongruencia entre el sexo anatómico y la identidad sexual, se diagnostica:

Trastorno de identidad sexual

Parafilia

Disfunción sexual

Hermafroditismo

Hiposexualidad

4. Cuando la imaginación o actos inusuales o extravagantes son necesarios para la excitación sexual, se diagnostica:

Trastorno de identidad sexual

Parafilia

Disfunción Sexual

Hipersexualidad

Aversión sexual

5. Pueden afectar al deseo sexual, excepto:

Insuficiencia Renal crónica

Hipotiroidismo

Abuso de alcohol

Adenoma prostático

Drogas antihipertensivas

6. En la anorgasmia femenina debe descartarse:

Neuropatía diabética

Esclerosis múltiple

Carencia estrogénica

Son válidas la primera y la tercera

Todas son válidas

7. Es la disfunción sexual más frecuente en varones adultos:

Trastorno de la erección

Dispareunia

Disfunción sexual debida a enfermedad médica

Disfunción sexual inducida por sustancias

Eyaculación precoz

8. De los pacientes tratados, se benefician con la sexoterapia el:

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%

9. La terapia sexual intenta:

- Mejorar la comunicaci3n de la pareja
- Proporcionar informaci3n adecuada
- Modificar el comportamiento sexual alterado
- Son v3lidas la primera y la tercera
- Todas son v3lidas

10. T3cnica general empleada en sexoterapia que puede ser prescrita por el m3dico no psiquiatra:

- Abstinencia coital
- Compresi3n del glande
- Iniciar –parar– iniciar
- Dilataci3n progresiva
- Todas ellas

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 19

TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Alberto PERALES

Francisco RIVERA

Oscar VALDIVIA

CONCEPTO

La vida implica inevitables circunstancias que la mayoría de seres humanos aprenden a manejar adaptando sus respuestas bio-psico-sociales para superarlas. Tal resultado no ocurre en el trastorno de adaptación, cuya característica es la respuesta no adaptativa a situaciones de estrés, con desarrollo de síntomas psíquicos y conductuales ante un estresor identificado y cuya acción se produce dentro de los 3 meses previos. Luego de producido el trastorno evoluciona generalmente en pocas semanas, nunca más de seis meses, aunque puede tener un curso más prolongado si el estresor resulta crónico y persistente. Se distingue de la reacción normal ante el estrés porque sus componentes emocionales y conductuales resultan de mayor intensidad o son más incapacitantes que lo esperado.

ESTRÉS, ACTIVACIÓN Y DESAJUSTE

Todo estímulo, situación o acontecimiento que impacte en el individuo y lo obligue a esfuerzos de ajuste adaptativo constituye un estresor; por ejemplo, el cambio a una nueva escuela, la mudanza a otra ciudad, un cambio laboral, una agresión tal como un asalto, una pérdida como la muerte de un ser querido. El estresor puede afectar tanto a individuos como a grupos.

El impacto y la respuesta global personal, biológica y conductual ante el estresor, constituyen el estrés. Este implica dos elementos fundamentales: a) por un lado una toma de conciencia de la demanda o amenaza impuesta; y, b) una activación de la vigilia (arousal) la cual se expresa, al menos inicialmente, como una mejora del rendimiento. Sin embargo, de mantenerse o incrementarse el estrés, tarde o temprano se produce una disminución o alteración de la respuesta. El momento crítico en el cual la curva de rendimiento disminuye varía de persona a persona y también en el mismo sujeto de acuerdo a su circunstancia vital. Hecho importante en ello es el grado de capacidad que la persona, subjetiva u objetivamente, se asigna autoevaluativamente para superar tal situación.

EPIDEMIOLOGÍA

Se desconoce en nuestro medio tasas de prevalencia a nivel de población general, aunque es probable que éstas sean más altas en aquellas económicamente desfavorecidas. Internacionalmente se ha informado de una prevalencia del 5-20% en población asistida (hospitales y clínicas). En el Perú, en el Hospital Hermilio Valdizán un centro especializado de atención, los porcentajes fueron: 2,8 y 3,9% en 1995 y 1996, respectivamente. Las prevalencias aumentan en situaciones de desastre (Ver capítulo 32).

ETIOLOGÍA

Es probable que el porcentaje de población afectada dependa de la época y el lugar en que vive el sujeto, y de la influencia producida por las macrovariables sociales, económicas, políticas, culturales y ecológicas en general. Entre los factores que intervienen en la dinámica patogénica consideramos los estresores, la persona y el entorno social.

1. LOS ESTRESORES

Holmes y Rahe elaboraron la escala de evaluación de mayor difusión en torno al tema. Por otra parte, en el DSM-III-R ya se utiliza una escala de severidad de estresores psicosociales (v. cuadros 1 y 2), que deben ser codificados en el eje IV de su sistema diagnóstico multiaxial.

Cuadro N° 1

SEVERIDAD DE ESTRESORES PSICOSOCIALES (DSM IV)

ESCALA PARA ADULTOS

(Con ejemplos de estresores)

Cod. Nombre	Eventos Agudos	Situaciones duraderas
1 Ninguno .	Ningún evento agudo asociado al trastorno.	Ninguna situación asociada al trastorno.
2 Medio	Ruptura de una amistad inicio o graduación escolar; hijo que abandona el hogar.	Problema familiar; insatisfacción laboral; residencia en vecindario de gran riesgo delictivo.
3 Moderado	Matrimonio. Separación conyugal; pérdida del trabajo.	Conflicto conyugal; problemas financieros serios; problemas con el jefe; rol paterno sin pareja
4 Severo	Divorcio; nacimiento del primer hijo.	Desempleo; pobreza.
5 Extremo	Muerte del cónyuge; diagnóstico de enfermedad física seria.	Enfermedad crónica severa; víctima de abuso físico o sexual.
6 Catastrófico	Muerte de un hijo; suicidio del cónyuge; desastre natural devastador.	Cautiverio; experiencia en campo de concentración.

Cuadro N° 2

SEVERIDAD DE ESTRESORES PSICOSOCIALES (DSM IV)

ESCALA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

(Con ejemplos de estresores)

Cod. Nombre	Eventos Agudos	Situaciones duraderas
1 Ninguno	Ningún evento agudo asociado al trastorno.	Ninguna situación asociada al trastorno.
2 Medio	Ruptura de amistad; cambio de colegio.	Problema familiar.

3 Moderado	Expulsión escolar; nacimiento de un hermano.	Enfermedad incapacitante de un padre; discordia parental crónica.
4 Severo	Divorcio de los padres.	Hostilidad o rechazo de los padres; enfermedad crónica de grave amenaza a la vida de un padre.
5 Extremo	Abuso sexual o físico; muerte de un padre	Abuso sexual o físico recurrente
6 Catastrófico	Muerte de ambos padres.	Enfermedad crónica, de grave amenaza a la vida.

Sin dejar de reconocer la importancia de los desastres naturales, es de fundamental importancia aceptar que los estresores generados por la humanidad misma propician más frecuentemente el T.A. en muchos individuos. El señalamiento de la especie humana como generadora de conflicto ha sido múltiple. Veamos algunos de ellos: Morris ha denominado a las grandes urbes industrializadas no con el apelativo de jungla (que implicaría naturalidad), sino con el de zoos humanos; Miller alude al factor estresógeno de la civilización occidental cuando habla de Pesadilla de aire acondicionado; Freud teorizó sobre el malestar en la cultura; y, los ecologistas han acuñado el vocablo Tecnósfera, resaltando, así, el reemplazo parcial del medio ambiente natural por un conjunto de estresores de manufactura humana.

2. LA PERSONA

Para que el T.A. se desarrolle, se requiere alguna insuficiencia de la personalidad. Presentamos algunas hipótesis que son de utilidad para el trabajo diagnóstico, terapéutico y preventivo.

2.1. Si observamos las respuestas normales de adaptación ante el estrés (tristeza ante las pérdidas, miedo ante las situaciones de peligro, cólera o indignación ante la usurpación de algo propio, por ejemplo) apreciaremos, sin dificultad, que cuando de TA se trata, la intensidad y calidad de la respuesta son diferentes a las culturalmente esperadas. Se observa, por ejemplo, reacciones de irritabilidad y retraimiento, en instantes que bien pudieron ser expresados por tristeza y solicitud de apoyo afectivo. El individuo proclive a un TA estaría inhibido de expresar una respuesta adaptativa, ya sea por autolimitación o por condicionamientos inhibitorios.

2.2. Lázarus ha identificado que hay dos grandes esquemas de afronte (coping) ante los estresores. Uno de ellos dirigido a la resolución del problema, previo acopio de información con dicho fin; el otro, la inmersión en la emoción y la búsqueda de apoyo emocional. En los T.A. suele no practicarse el primer afrontamiento sino el segundo y, a veces, ninguno de ellos. Lázarus ha señalado además, con toda propiedad, que el impacto del estrés no depende exclusivamente de la amenaza real que representa el estresor, sino de la valoración subjetiva (cognición) que el individuo adjudica a tal amenaza. J King y colaboradores han señalado, que el impacto del estresor aumenta cuando el sujeto percibe o evalúa que él no será capaz de hacerle frente.

2.3. Se considera que otra característica personal implicada en el T.A. es la coexistencia de contradicciones subjetivas internas, que interfieren con la solución del problema, como cuando se considera un deber el no expresar llanto o pedir apoyo a pesar de ser consciente que ello es indispensable; o creer que por atravesar una situación de sufrimiento, sea por enfermedad grave de un familiar o por su muerte, no se debe acceder a situaciones de alegría o de placer.

3. EL ENTORNO SOCIAL

Puede constituir un factor de protección (como lo serían un contexto social de respeto o una familia bien estructurada) o cumplir un rol estresor. Contar con el apoyo social otorgado por otra persona disminuye el nivel de tensión. Un grupo familiar integrado resulta toda una barrera protectora. La influencia de la red parental queda demostrada, por ejemplo, en el estudio de Chess y Tomas: en casos de niños diagnosticados de trastornos de conducta entre los cuales el 89% fue calificado de padecer de TA, hallaron una relación directa entre conflictos conyugales de los padres de infantes de 3 años de edad y

su dificultad de adaptación ulterior en la vida adulta.

CUADRO CLÍNICO

De acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV los síntomas deben emerger en los primeros tres meses subsiguientes a la situación estresora y durar menos de seis meses una vez que el impacto de aquel ha cesado. El trastorno suele cursar con síntomas de angustia y depresión a los cuales se suman, algunas veces, emociones no adaptativas como la irritabilidad o sentimientos de desesperanza, así como conductas impulsivas por conflicto interpersonal. Casi siempre se observa una disminución del rendimiento laboral o académico. No es infrecuente que en adolescentes el síntoma ostensible sea una conducta que quiebre las normas socialmente aceptadas.

TIPOS CLÍNICOS

Los tipos clínicos, según la DSM-IV, adquieren sus nombres de acuerdo al síntoma predominante. Son los siguientes:

1. TA con humor depresivo (Reacción depresiva de la ICD 10).
2. TA con humor ansioso.
3. TA con alteración de la conducta. Particularmente observada en adolescentes. Los síntomas suelen presentarse como conductas de quebrantamiento de las normas grupales o sociales.
4. TA con alteraciones mixtas de emociones y conductas. Sin predominio obvio de una u otra.
5. TA con rasgos emocionales mixtos. La angustia y la depresión son de similar intensidad.
6. TA con quejas físicas. Los síntomas son, por ejemplo, fatiga, cefalea, otros dolores no dependientes de enfermedades somáticas.
7. TA con retraimiento (social).
8. TA con inhibición laboral (o académica). En personas cuyo rendimiento laboral previo (o académico) era normal.
9. TA no clasificable en los otros tipos. Por ejemplo, una reacción desadaptativa de negación al diagnóstico de una enfermedad física.

El DSM IV recomienda especificar si el trastorno es agudo, con duración menor a 6 meses, o crónico. La especificación crónica se aplica cuando la duración de la alteración es superior a 6 meses en respuesta a un estresor crónico o de consecuencias permanentes.

ASPECTOS BIOLÓGICOS

El estrés afecta al sistema inmunológico, lo cual juega un rol importante en procesos infecciosos, alergias y cáncer. Zakowski, Hall y Baum, y Cohen, Tyrell y Smith comprobaron que el estrés se asociaba a un incremento del 20% en la posibilidad de desarrollar el resfrío común. Esto hace considerar, como lógica asociación, que la segunda forma de comorbilidad sea las enfermedades crónicas.

DIAGNÓSTICO

De acuerdo a lo expuesto el diagnóstico se hace en base a:

1) Los síntomas y, 2) el antecedente de un acontecimiento biográfico, o la presencia de un cambio vital significativo con características de estresor ocurrido en un lapso previo no mayor de tres meses al inicio del cuadro. El estresor puede ser masivo en caso de desastres naturales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial cabe hacerlo con las otras respuestas ante situaciones de estrés (ver fig. 1), además con la distimia y el trastorno de ansiedad generalizada que duran más de seis meses. El trastorno de estrés post-traumático y la reacción de estrés agudo cursan con la re-experiencia del hecho traumático

(flashback), lo que no sucede en el T.A. Hay que tener en cuenta que el T.A. debe ser precedido por un estresor o por un conjunto de ellos.

PRONÓSTICO

En general, el pronóstico es variable, pues estudios de seguimiento a largo plazo demuestran que las personas afectadas pueden o no desarrollar patología mental diversa. Así, Hoenk, halló que en un grupo adolescente con T.A. el 44%, luego de 5 años de seguimiento, desarrolló otra patología psíquica, tal como: esquizofrenia, depresión mayor, personalidad antisocial y abuso de drogas. Consecuentemente el TA no debe ser considerado un cuadro obligadamente benigno y los seguimientos a largo plazo tienen alto valor preventivo de nuevas patologías. La importancia de mantener contacto con el terapeuta debe ser enfatizada al paciente y familiares.

TRATAMIENTO

El tratamiento comprende:

1. Uso de psicofármacos

Si los síntomas son perturbadores se puede utilizar una dosis pequeña de ansiolíticos, por ejemplo 10 ó 20 mg de diazepam o 0,5 mg de alprazolam b.i.d. por día. Si el insomnio es acentuado, 1-2 mg de flunitrazepam pueden ser convenientes. A veces se requiere el uso de antidepresivos. Si éste último fuera indispensable, se puede usar 20 mg de fluoxetina al día. La medicación debe suspenderse gradualmente una vez que los síntomas que motivaron su indicación cedan.

2. Psicoterapia

Suele ser el tratamiento de elección. Implica el diseño de un programa de entrevistas sucesivas que pueden ser de 8 a 12 a lo largo de algunas semanas. La técnica de psicoterapia de apoyo, descrita en el Capítulo 20, es útil. Los objetivos son los siguientes:

- a) Alivio directo en los síntomas utilizando la abreación y el diálogo terapéutico cuando la angustia no es abrumadora. Las técnicas de relajación pueden ser útiles.
- b) Adiestramiento y soporte en el afronte del problema o el manejo de la crisis, buscando reestructuración cognoscitiva y corrigiendo las distorsiones interpretativas de la situación.
- c) Reestructuración y reforzamiento del sistema de soporte social. Se debe facilitar nuevos elementos de apoyo, entre los que destaca la proporcionada por una positiva relación emocional médico-paciente.

- d) Identificación de los factores de personalidad que favorecieron la continuidad de la patología, buscando su manejo asociado al aprendizaje y la asimilación positiva de la experiencia.
- e) Mantenimiento de contactos posteriores de seguimiento evaluativo para prevenir desarrollo de nuevas patologías.

PREVENCIÓN

Es factible diseñar seminarios informativos sobre manejo de crisis. La población general debería tener información sobre las formas y técnicas de afronte de situaciones de estrés. Algunas creencias desadaptativas, como el que un hombre no debe ser sensible o no debe expresar su tristeza, que una mujer no debe defender sus derechos, u otros, pueden ser cuestionadas en programas de Prevención de Atención Primaria de Salud Mental. Un sector importante de la población tiene la fantasía que la felicidad es un régimen de vida sin angustias, tristezas y sin grandes preocupaciones. Esas creencias erradas pueden facilitar un mal afronte a situaciones adversas. La felicidad no es un premio ni un castigo, es un momento de la vida, y la vida siempre es una secuencia de etapas de estabilidad (orden) con etapas de inestabilidad (o incertidumbre). Las etapas de inestabilidad pueden ser puntos de apoyo para realizar cambios que intenten mejorar el nivel anterior de la existencia cuando son bien asimiladas.

Otra acción indispensable resulta ser el establecimiento y fortalecimiento de las redes sociales de soporte. Es fundamental favorecer los programas de integración familiar y vecinal, así como la intensificación de los vínculos comunitarios.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. DAVIDSON y NEALE: Abnormal psychology. New York, Wiley & Sons, 1996.
2. KREITLER, S. y KREITLER, H. "Trauma and Anxiety. The Cognitive Approach". In: J. of Traumatic Stress. No. 1, 1988: 35-56.
3. ALVARADO , C.: Función del Soporte Social en el Desorden de Adaptación. Tesis de Segunda Especialización en Psiquiatría, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1985.
4. VALDIVIA, O. Migración interna a la metrópoli. Contraste cultural. Conflicto y desadaptación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 1970.
5. SEGUÍN, C.A.: "El Síndrome psicossomático de desadaptación". En: Anales de Salud Mental, VI (1 y 2); 1990: 135-143.

CAPÍTULO 19: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

1. El estrés es:

- Una situación de amenaza
- Una situación de pérdida material o de un ser querido
- La reacción del organismo ante un hecho externo impactante.
- Sólo las dos primeras son ciertas
- Todas son ciertas

2. En el trastorno de adaptación (TA) el agente estresor puede afectar:

- Al individuo
- Al grupo al que pertenece
- A la comunidad
- Todas las anteriores son válidas
- Las dos primeras son válidas

3. Para el diagnóstico de TA la sintomatología debe aparecer posteriormente al impacto del estresor en un lapso no mayor de:

- Dos meses
- Tres meses
- Cuatro meses
- Cinco meses
- Seis meses

4. Terminada la acción del estresor, la evolución y resolución del TA no debe superar los:

- Cuatro meses
- Cinco meses
- Seis meses
- Siete meses
- Diez meses

5. No corresponde a la sintomatología del TA:

- Angustia
- Depresión
- Sentimiento de incapacidad ante la vida
- Disminución del rendimiento eficaz
- Delusiones

6. El TA se califica de crónico si su evolución supera los:

- 3 meses
- 4 meses
- 5 meses
- 6 meses
- 7 meses

7. Henk halló que luego de 5 años, un grupo de adolescentes con TA desarrolló patología psiquiátrica en el:

- 14%

- 24%
- 34%
- 44%
- 54% de los casos

8. En el tratamiento del TA se pueden utilizar de acuerdo a los síntomas:

- Ansiolíticos
- Flunitrazepan
- Antidepresivos
- Los dos primeros
- Cualquiera de ellos

9. Es importante dato clínico en el diagnóstico diferencial entre el TA y el TEPT:

- Personalidad normal previa
- Reexperiencia de la situación dramática (flashback)
- Angustia
- Depresión
- Manifestaciones conductuales.

10. Es importante en la estrategia terapéutica del TA:

- Reorganizar o reforzar la red de apoyo social del enfermo
- Establecer una relación médico-paciente positiva
- Propiciar una expresión verbal descriptiva de los hechos
- Las dos primeras son ciertas
- Todas son ciertas



CAPÍTULO 20

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

José SÁNCHEZ GARCÍA

El diagnóstico de trastorno de la personalidad es difícil y suele crear problemas al médico no especialista y al estudiante, debiendo no ser así de elaborarse una historia integral. En la actualidad, el problema se resuelve recurriendo a los criterios diagnósticos contenidos en los modernos sistemas de clasificación (Ver Capítulo 7). La necesidad de diagnosticar correctamente se infiere de los estudios epidemiológicos peruanos practicados en grupos comunitarios y clínicos, pues los trastornos de la personalidad afectan a mucha gente joven en cifras variadas con un promedio de 10,98%.

Nociones previas

De acuerdo a la OMS, se trata de peculiares estilos de vida que, en forma persistente y duradera, presenta el individuo de una cultura para relacionarse consigo mismo y, especialmente, con los demás; son modelos desviados y habituales de respuesta a numerosas situaciones individuales y sociales que pueden o no ocasionar tensión subjetiva e inadaptación social.

La CIE-10 distingue los trastornos específicos y las transformaciones de la personalidad:

1. Trastornos específicos

Se caracterizan por aparecer en la infancia o la adolescencia (antes de los 16 ó 17 años), por persistir en la madurez y por no ser consecuencia de otros trastornos mentales o cerebrales. El diagnóstico apunta a la detección, mediante la entrevista (también hay pruebas diseñadas con propósitos diagnósticos) del conjunto de dimensiones comprometidas.

2. Transformación de la personalidad

Surge en la adultez después de la recuperación clínica de una situación estresante grave (campos de concentración, secuestros, amenaza de asesinato, cautiverio) o de una enfermedad psiquiátrica. En ambos casos el individuo conceptúa que su autoimagen se encuentra en condición catastrófica y muestra evidencia de deterioro personal, laboral y/o social.

El DSM-IV establece similares conceptos para definir estos trastornos, destacando que los rasgos de la personalidad* adquieren la categoría de trastorno únicamente si devienen rígidos y dificultan la adaptación, si dan lugar a defecto funcional primario con tensión subjetiva y, sobre todo, si conforman un modelo de comportamiento inflexible, inadaptable y profundamente arraigado que se aparta notoriamente de las pautas culturales del individuo en no menos de dos de las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, relaciones interpersonales y control de los impulsos. A esto se agregan otras características: se presenta en un amplio abanico de situaciones personales y sociales; provoca problemas en el campo clínico y laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento. El modelo estable y de larga duración tiene manifestaciones previas que se remontan a la adolescencia o al inicio de la adultez; el trastorno profundamente arraigado no puede comprenderse como consecuencia de otro trastorno mental; el modelo duradero no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., medicación, abuso de una droga) o de una condición médica general (p.ej., traumatismo encefálico).

* Modelos duraderos para percibir, establecer relaciones y pensar acerca de sí mismo y del entorno que se manifiestan en los más diferentes contextos personales y sociales.

Para elaborar el diagnóstico, debe evaluarse el funcionamiento del individuo a través de su vida, distinguiéndose las manifestaciones anormales que definen un trastorno de las que pueden surgir como consecuencia de situaciones estresantes específicas o de condiciones mentales transitorias (p.ej., intoxicaciones, trastorno del humor).

CUADRO N° 1

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD: CIE-10

- F60.0 Paranoide
- F60.1 Esquizoide
- F60.2 Disocial
- F60.3 Inestabilidad emocional
- .30 Tipo impulsivo
- .31 Tipo límite
- F60.4 Histriónico
- F60.5 Anancástico (obsesivo-compulsivo)
- F60.6 Ansioso (con conducta de evitación)
- F60.7 Dependiente
- F60.8 Otros
- F60.9 Sin especificación

CLASIFICACIÓN

En el cuadro N° 1 presentamos la clasificación de los Trastornos de Personalidad de acuerdo al DSM-IV y CIE-10.

La CIE-10 presenta la descripción y las pautas del diagnóstico seguidos de los términos de inclusión y de exclusión. Categoriza ocho trastornos específicos principales codificados de F60.0 a F60.7, que no se excluyen mutuamente y que tienen sintomatología superpuesta. Son los tipos paranoide, esquizoide, disocial, de inestabilidad emocional (con subtipos impulsivo y límite o borderline), histriónico, anancástico (obsesivo-compulsivo), ansioso (con conducta de evitación) y dependiente. Dentro del grupo específico se incluyen también el tipo Otros (F60.8) y Sin especificación (F60-9). Para los casos difíciles de diagnosticar, porque no reúnen certeramente los síntomas de las categorías anteriores, se usa el código F61 con los subtipos mixto (F61.0) y el de variaciones problemáticas de la personalidad (F61-1). El grupo de transformación de la personalidad se caracteriza según sea consecuencia de una experiencia catastrófica (F62-0) o de una enfermedad psiquiátrica (F62.1).

CUADRO N° 2

TRASTORNO DE PERSONALIDAD: DSM-IV*

(301.0) Paranoide

(301.20) Esquizoide

(301.22) Esquizotípica

(301.7) Antisocial

(301.83) Límitrofe

(301.50) Histriónica

(301.81) Narcisista

(301.82) Evitativa

(301.6) Dependiente

(301.4) Obsesivo compulsivo

(301.9) Sin especificación

* El DSM-IV considera tres grupos que reúnen diez categorías, con nombres iguales o similares a los de la CIE-10, que son las que seguiremos para reseñar lo fundamental de cada trastorno, tal diagnóstico corresponde al eje II.

CATEGORIZACIÓN POR GRUPOS

1. Grupo excéntrico

Incluye los Trastornos de Personalidad: esquizoide, esquizotípico y paranoide. Los modelos de inadaptación se caracterizan por la propensión al aislamiento y a la cautela, pero los pacientes denotan comportamiento peculiar menos aparatoso que los del grupo dramático y evolucionan con menor tensión subjetiva que la experimentada por los del grupo ansioso. El esquizotípico tiende a presentar síntomas psicóticos; el paranoide destaca por su conducta suspicaz y defensiva.

2. Grupo ansioso

Comprende los Trastornos de Personalidad por dependencia, evitación y obsesivo compulsivo. El comportamiento anómalo se da, esencialmente, en los modelos de relación que el paciente mantiene permanentemente con otros, ya que poseen estructuras de personalidad relativamente bien integradas y, a pesar del trastorno, funcionan con aceptable éxito adaptativo.

3. Grupo dramático

Considera los Trastornos de Personalidad antisocial, histriónico, fronterizo (borderline) y narcisista. La inadaptabilidad prevaleciente de los individuos de este grupo se debe a que la organización de la personalidad reposa en un lecho de profundos problemas con sistemas psicodinámicos complejos y permanentes, que dan lugar a modelos de relación fijos e inflexibles, intensos e inapropiados.

CATEGORÍAS CLÍNICAS

1. Grupo excéntrico

1.1 Trastorno esquizoide de la personalidad (DSM-IV: 301.20; CIE-10: F60.1). Condición de infrecuente observación en la práctica clínica, que se manifiesta en la niñez y la adolescencia (más en varones) y cuya prevalencia está aumentada en los parientes de esquizofrénicos y de personalidades esquizotípicas.

El médico tendrá cuidado en establecer el diagnóstico correcto, puesto que hay situaciones culturales -como las que confrontan los migrantes de la sierra a la capital- en las cuales el migrante reacciona emocionalmente con frialdad, desarrolla actividades solitarias y tiene notorias limitaciones para la comunicación. Aunque este comportamiento haga que, por varios meses, la persona parezca distante, indiferente y hasta hostil, no corresponde a la categoría esquizoide.

1.1.1. Diagnóstico. En este modelo prevalece el distanciamiento de las relaciones sociales y el impedimento para expresar las emociones en situaciones interpersonales. Cuatro o más de las siguientes siete características orientan el diagnóstico: falta de deseo y de disfrute para las relaciones íntimas, incluyendo el relativo a ser parte de una familia; elección frecuente de actividades solitarias; escaso o ningún interés para tener experiencias sexuales con otras personas; dificultad para derivar placer en las escasas actividades que realiza; carencia de amigos íntimos, aparte de sus familiares; indiferencia ante los halagos o críticas de los demás; y frialdad emocional o aplanamiento de la afectividad.

1.2. Trastorno esquizotípico de la personalidad (301.22). Trastorno más frecuente entre los parientes biológicos en primer grado de esquizofrénicos, a pesar de lo cual son muy pocos los que desarrollan esquizofrenia. Con una prevalencia que gira alrededor del 3% de la población general, empieza generalmente en la adultez temprana y sigue un curso relativamente estable. El enfermo denota, sobre todo, distanciamiento de las relaciones sociales acoplado con pobreza para reaccionar emocionalmente en situaciones interpersonales.

1.2.1. Diagnóstico. Es fundamental reconocer el déficit interpersonal y social manifestado por la angustia que provocan las relaciones interpersonales íntimas y por la incapacidad para establecerlas, así como la conducta excéntrica y las distorsiones perceptivas y cognitivas. Los diferentes contextos en los cuales se presenta este trastorno están indicados por cinco o más de las siguientes nueve características: ideas de referencia (excluyendo delusiones de referencia); creencias extrañas o pensamiento mágico que tienen efectos sobre el comportamiento y son inconsistentes con las normas subculturales (por ejemplo, supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o el "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes); experiencias perceptivas insólitas, incluyendo ilusiones corporales (presencia de fuerzas extrañas o de personas que no están presentes); extravagancia del pensamiento y del lenguaje (por ejemplo, vaguedad, lenguaje metafórico, elaborado excesivamente, estereotipado); suspicacia o ideación paranoide; afecto inapropiado o constreñido; conducta peculiar, extraña o excéntrica; carencia de amigos íntimos o confidentes, salvo parientes en primer grado; ansiedad social desmedida que no se atenúa con la familiaridad, sino que tiende a relacionarse con temores paranoides y no con juicios negativos sobre sí mismo. No ocurre exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, de un trastorno afectivo con síntomas psicóticos, de otro trastorno psicótico o de trastorno del desarrollo, sino que constituye una manera de ser.

1.2.2. Aspectos clínicos. Son importantes tres aspectos de disfunción: aislamiento social, relación inadecuada en la interacción cara a cara y ansiedad social o sensibilidad exagerada. Las otras características representan síntomas psicóticos, aunque más tenues y menos floridos que en las psicosis mayores: pensamiento mágico, ideas de referencia, ilusiones recurrentes, lenguaje raro y suspicacia o ideación paranoide. Los primeros son parecidos a los síntomas negativos de la esquizofrenia y los últimos pueden considerarse como síntomas positivos atenuados de psicosis. Además del retraimiento social hay excentricidad en la apariencia e ideación, restricción afectiva con pobre relación, suspicacia con ideas de referencia y, a veces, lenguaje peculiar.

El curso es crónico. Algunos esquizofrénicos tienen un cuadro clínico premórbido similar al trastorno esquizotípico. Muchas personalidades esquizotípicas no desarrollan esquizofrenia, pero mantienen sus características esquizotípicas casi toda la vida y no buscan tratamiento

salvo por crisis de disforia y, algunas veces, depresión clínica. Estos episodios agudos cursan sin alterar la estructura caracterológica permanente.

1.2.3. Tratamiento. La psicoterapia ayuda para que el enfermo acepte su estilo de vida solitario. Para la sintomatología aguda se emplean neurolépticos, cuando los síntomas prominentes son psicóticos, y antidepresivos si son depresivos. Los fármacos no modifican la estructura patológica subyacente.

1.3 Trastorno paranoide de la personalidad (301.0; F60.0). Quienes padecen este trastorno tienen frecuentemente parientes enfermos con esquizofrenia crónica o con trastornos de ideas delirantes persistentes (trastorno delusional) de tipo paranoide. En la población general la prevalencia es de 0.5 a 2.5% y en pacientes hospitalizados varía de 10 a 30%. El trastorno empieza en la niñez o la adolescencia y compromete más a los varones, quienes despliegan conducta rara o extravagante, suelen ser solitarios, hipersensibles, pobres en rendimiento académico, ricos en fantasías peculiares, ansiosos para sus relaciones sociales y excéntricos en pensamiento y lenguaje.

Algunas formas de comportamiento determinadas por situaciones circunstanciales de la vida o por influencias socioculturales pueden ser erróneamente diagnosticadas como trastorno paranoide de la personalidad, y el error puede ser reforzado por las condiciones del proceso de evaluación clínica. Es lo que le puede suceder al médico que examina superficialmente a refugiados de diferente índole, a miembros de grupos minoritarios, a políticos sectarios o a personas de diferente procedencia socio-geográfica. Estos individuos no tienen personalidad paranoide sino formas de conducta defensiva que, a su vez, generan angustia y frustración en quienes los tratan, estableciéndose, así, un círculo vicioso de interpretaciones equivocadas.

1.3.1. Diagnóstico. La exagerada e injustificada suspicacia, la desconfianza de la gente -cuyos motivos se conceptúan malévolos-, la sensibilidad exagerada y la afectividad restringida son los síntomas distintivos. Cuatro o más de las siguientes características son pertinentes para el diagnóstico: sospechas, sin suficiente base, de ser explotado o engañado por otros; preocupación con dudas injustificadas sobre la lealtad y veracidad de amigos o asociados; resistencia a confiar en otros, con temor infundado de dar información que pudiera ser usada en su contra; percibir amenazas u ofensas ocultas en comentarios o sucesos triviales (por ejemplo, el vecino ha colocado temprano la basura con alguna intención); rencor persistente ante insultos, injurias o bagatelas que no se olvidan; percepción de ataques a la reputación (no notados por otros), con rápidas reacciones de cólera o de contraataque; cuestionamiento injustificado sobre la fidelidad del cónyuge o compañero(a) sexual. El cuadro no ocurre como manifestación exclusiva durante el curso de una esquizofrenia, de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos o de otro trastorno psicótico, ni se debe a los efectos fisiológicos directos de una condición médica general.

1.3.2. Aspectos clínicos. El rasgo central arraigado e inflexible es la persistente e inapropiada desconfianza de los otros. Como ingredientes asociados se pueden apreciar aislamiento social y un estilo de vida con hipervigilancia combativa. Unos pacientes son emocionalmente distantes y cohibidos, algunos son lábiles y propensos a iniciar argumentaciones y peleas físicas, otros son muy litigantes. Rara vez funcionan adecuadamente en situaciones sociales, pero trabajan bien si su actividad no requiere mucha cooperación de otros. Los síntomas evolucionan con intensidad variable, según se relacionen con la presencia o ausencia de estresores ambientales. Algunos pacientes tienen alto riesgo de esquizofrenia.

1.3.3. Tratamiento. Las personalidades paranoides tienen dificultad para someterse a psicoterapia individual, aunque algunos se benefician de la relación psicoterapéutica cargada de una intimidad distinta a la que ellos temen y evitan; sin embargo, rara vez adquieren insight psicológico y no son buenos candidatos para psicoterapia de grupo. Los neurolépticos, a dosis bajas, son recomendables, siempre que se haga una cuidadosa apreciación de los resultados benéficos y de los riesgos a largo plazo, especialmente de la disquinesia tardía.

2. Grupo Ansioso

2.1 Trastorno de personalidad por dependencia (301.6 F60.7). Es el trastorno de personalidad que con más frecuencia se encuentra en los centros de atención psiquiátrica. Predomina en las mujeres, aunque la prevalencia es similar para ambos sexos cuando se usan instrumentos estructurados de evaluación. Con el fin de evitar diagnósticos erróneos el médico debe recordar que el comportamiento dependiente es aceptado y estimulado en diferentes grupos etarios y socioculturales; la formalidad, la deferencia en el trato y la pasividad son normas fundamentales en algunas sociedades; y en algunas se fomenta más dependencia para las mujeres que para los varones. En consecuencia, el médico evaluará con juicio ponderado los diferentes criterios diagnósticos, especialmente cuando se trata de niños y adolescentes, y formulará el diagnóstico sólo cuando las características descritas sean infundadas y excedan las normas socioculturales del sujeto.

2.1.1. Diagnóstico. El comportamiento en este trastorno se caracteriza por la excesiva necesidad de apoyo y cuidado que da lugar a una conducta sumisa y adhesiva plagada de temores de abandono. Cinco o más de las siguientes ocho características son significativas; dificultad para tomar decisiones cotidianas sin contar con consejo y reafirmación reiterada de otros; necesidad de que otros asuman la responsabilidad ante los actos más importantes (elección de vivienda o trabajo, por ejemplo); dificultad para expresar desacuerdos con otros por temor de perder apoyo o aprobación (no incluye temores reales de revancha); desasosiego para hacer cosas o iniciar proyectos por sí solo (hay motivación y energía, pero falta confianza en el propio juicio y las habilidades); necesidad de lograr aprecio. Pueden, así, establecer una actitud de sumisión desmedida; angustia y sentimientos de desvalimiento cuando está solo; pues hay conocimiento de una incapacidad para actuar y valerse por sí mismo; búsqueda urgente de otras relaciones (cuando termina una) para tener una fuente de apoyo y protección; preocupaciones y temores infundados de sufrir abandono.

2.1.2. Aspectos clínicos. El sujeto permite pasivamente que los demás asuman responsabilidad en sus asuntos más importantes, subordinando sus propias necesidades a las de las personas de quienes depende para evitar cualquier posibilidad de tener que confiar en sí mismo, por estar convencido de carecer de capacidad para funcionar independientemente. El enfermo tiene mucha necesidad de afecto, vive pidiendo un agente externo, como si fuera un ayudante mágico que satisfaga todas sus necesidades, tome todas sus decisiones, lo rescate de la infelicidad y le otorgue amor y cuidados, pues sin estas formas de protección cree que no puede vivir. Tolerancia severos abusos y humillaciones con tal de retener, aunque sólo sea en la fantasía, el contacto con el objeto idealizado y del que depende. El abandono es el peligro máximo, y para evitar esta posibilidad lucha a cualquier costo. La ansiedad es rasgo común cuando se vislumbra la amenaza de separación o desilusión; cuando esta eventualidad se concreta, sobrevienen cuadros depresivos con profundos sentimientos de desamparo e impotencia. Las molestias hipocondríacas acentúan las necesidades o la infelicidad, pero no tanto por los síntomas en sí, sino porque la figura protectora no presta la atención deseada. Ejemplo: una esposa muy dependiente tiene quejas físicas como medio de comunicación con el cónyuge; su depresión expresa los sentimientos de desamparo porque considera que él responde inadecuadamente hacia ella, desde el punto de vista afectivo y de atención real.

2.1.3. Tratamiento. Es difícil. Con frecuencia existen importantes ganancias secundarias para lograr atención, cuidados y evadir responsabilidades. Debe controlarse los síntomas ansiosos, depresivos o fóbicos. Los ansiolíticos y antidepresivos son útiles transitoriamente para el control de los síntomas agudos. Con psicoterapia prolongada se estimula y apoya el esfuerzo del paciente, para obtener autonomía y recuperación de la autoestima.

2.2. Trastorno de la personalidad evitativa. (301.82 F60.6). En la población general la prevalencia es de 0,5-1%; en muestras de pacientes ambulatorios sube al 10%. Afecta por igual a varones y mujeres. El médico será muy cauteloso para adscribir este diagnóstico a niños y adolescentes, ya que en ambos la timidez y la cautela pueden ser manifestaciones normales del proceso evolutivo, expresiones de conducta que normalmente tienden a desaparecer conforme avanza la edad; pero anuncian el paso al trastorno si se incrementan durante la adolescencia y el inicio de la adultez; es decir, cuando adquieren importancia las relaciones sociales con otros. Por otra parte, el médico tendrá en mente que los adultos pertenecientes a diferentes grupos culturales y étnicos pueden considerar apropiado el recelo y la falta de confianza en el otro. Es lo que se observa como comportamiento de evitación en inmigrantes durante el proceso de aculturación, sin caer en la categoría de trastorno por

evitación de la personalidad.

2.2.1. Diagnóstico. Lo fundamental de este modelo de inhibición social se patentiza en los sentimientos de inadecuación y en el desmesurado temor de ser apreciado negativamente. De los siete criterios que siguen, cuatro o más permiten el diagnóstico: evitar actividades ocupacionales que impliquen contacto interpersonal significativo por temor a la crítica; el rechazo o la desaprobación (por ejemplo, rechazar la promoción a un cargo mejor por miedo a no poder afrontar las demandas sociales); incapacidad para relacionarse con la gente, salvo que exista la certeza de ser aceptado; inhibición en las relaciones íntimas por temor de sufrir vergüenza o hacer el ridículo en situaciones sociales, sobre todo en las interpersonales nuevas, con excesivos sentimientos de inadecuación. El concepto de sí mismo, con respecto a otros, es de ineptitud, de fatalidad o de inferioridad; exagerada renuencia para asumir riesgos personales o emprender nuevas actividades, por temor a la propia incompetencia.

2.2.2. Aspectos clínicos. Son características distintivas la hipersensibilidad a potenciales rechazos, humillaciones y la vergüenza, y renuencia a entrar en relaciones sociales si el enfermo no tiene seguridad de ser aceptado sin críticas. El retraimiento social, no obstante los intensos deseos de afecto y aceptación, se debe a que el paciente se distancia de los demás por temor de ser rechazado y denigrado; se siente fuera de lugar, tiene deseos de participación social, pero por recelo y desconfianza se distancia, evitando la frustración y el fracaso que anticipa. Como las ansias afectivas no pueden expresarse abiertamente dan paso a un mundo interno fantástico o imaginativo, por lo que las necesidades de contacto y relación pueden manifestarse de otras maneras: poesía, ejercicio intelectual, actividades artísticas, gusto exquisito por los alimentos o el vestido. El aislamiento protector tiene consecuencias secundarias, pues el comportamiento aparentemente tenso y temeroso del enfermo lo expone a críticas reales o a mofas. Superficialmente parece tímido y retraído o, quizás, frío y distante, no muy diferente de la imagen que se tiene del esquizoide, pero cuando se le conoce más cercanamente es ansioso, sensitivo, evasivo y desconfiado. Además, permanece alerta a las sutilezas de sentimientos e intenciones de los otros, protegiéndose así contra daños potenciales, pero, al mismo tiempo, llenándose de muchos estímulos que impiden atender adecuadamente los asuntos corrientes del medio ambiente. Los pacientes se describen a sí mismos como inseguros, ansiosos, melancólicos y llenos de sentimientos de soledad, temor y desconfianza de los demás. Sienten que la gente es crítica, traidora y humillante, lo que explica el comportamiento social caracterizado por aversión a la relación interpersonal.

2.2.3. Tratamiento. La psicoterapia es recomendable. Gradualmente la atención se dirigirá a los atributos positivos, que se toman como medios para construir confianza y para abonar el merecimiento. La terapéutica psicofarmacológica se emplea para controlar o disminuir las manifestaciones secundarias. Las técnicas de modificación de la conducta son útiles como medios de aprender a reaccionar con menos temor ante situaciones realmente amenazantes, y para disminuir la hipersensibilidad fóbica. Si el paciente progresa en su confianza y seguridad con el terapeuta, puede ser sometido a métodos de reorientación cognoscitiva destinados a cambiar actitudes erróneas y expectativas sociales distorsionadas. Las técnicas de familia pueden emplearse apropiadamente para moderar los modelos destructivos de comunicación que contribuyen a intensificar los problemas de evitamiento. La terapia de grupo es útil porque los pacientes aprenden nuevas actitudes y habilidades que les permiten tolerar situaciones sociales que gradualmente encuentran más benignas y aceptables.

2.3. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (301.4; F60.5). Debe diferenciarse del trastorno obsesivo-compulsivo que en el DSM-IV (300.3) pertenece al grupo de trastornos por ansiedad, diagnosticados en el eje I, y en el CIE-10 al grupo de trastornos neuróticos (F40-49) con el código F42. Para evitar estas confusiones, la CIE-10 denomina trastorno obsesivo-compulsivo (F42) al de raigambre neurótica, y trastorno anancástico de la personalidad (F60-5) al trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Su prevalencia se estima en 1% para muestras comunitarias y en 3-10% para individuos que se asisten en centros de salud mental. Estudios sistemáticos revelan que los varones duplican a las mujeres.

2.3.1. Diagnóstico. Empieza en la adultez temprana y se tipifica por la preocupación exagerada para lograr orden, perfeccionismo y control mental e interpersonal en desmedro de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia. Cuatro o más de las ocho siguientes características indican su presencia: la preocupación por los detalles, reglas, listados, orden y organización es tan acentuada que se pierde lo fundamental de la actividad; perfeccionismo que interfiere con la capacidad para concluir una tarea; aunque no hayan necesidades económicas apremiantes, la dedicación al trabajo y a la productividad resultan claramente excesivas, sin disfrutar de horas libres para el reposo y la distracción; autocrítica exagerada; escrupulosidad y rigidez en asuntos éticos y morales (no explicable por identificación cultural o religiosa); incapacidad para descartar objetos estropeados o inservibles, aunque no tengan valor sentimental; resistencia a delegar tareas o para trabajar con otros, salvo que éstos se sometan totalmente para hacer las cosas como el paciente quiere; mezquindad para el gasto, conceptuando que el dinero debe atesorarse para futuras catástrofes; rigidez y obstinación.

2.3.2. Aspectos clínicos. En la historia del enfermo destacan una capacidad restringida para expresar emociones cálidas y tiernas; el perfeccionismo, que interfiere con la capacidad para obtener una idea integral de los asuntos; la insistencia para que otros hagan las cosas tal como él quiere, y la falta de reconocimiento de los sentimientos que esta conducta provoca; la excesiva dedicación al trabajo y a la productividad con exclusión del placer y del valor de las relaciones interpersonales; indecisión. Las personalidades obsesivo-compulsivas que se encuentran en situaciones de estrés son propensas a desarrollar condiciones depresivas o paranoides. El comportamiento obsesivo

es un aspecto que abarca el comportamiento obsesivo normal, la personalidad obsesiva y el trastorno (neurosis) obsesivo. En todos ellos, es evidente la necesidad de mantener el control y la ansiedad derivada del sentimiento de peligro de ser incapaz de realizar los deseos de los otros y la seguridad de ser aceptado. Además, el compulsivo tiene reticencia sexual, sentido de omnipotencia y vacilaciones para depositar confianza en otros. Los pacientes que sufren este trastorno se describen como personas impedidas de amar porque han perdido su afectividad y la capacidad de experimentar placer (anhedonia); se quejan, con frecuencia, de trabajar infructuosamente y vivir lacerados por la lucha entre el pavor de las reglas y los límites y el resentimiento producido por la dilación ansiosa; admiten que carecen de sentimientos cálidos, que son obstinados e insensibles con los otros, que son indecisos en un contexto de perfeccionismo, que pretenden seguir rígidamente las reglas, que evitan errores y que mantienen la apariencia de trabajar con tenacidad. Muchos pacientes evolucionan aceptablemente porque su dedicación al trabajo les permite seguridad económica y conveniente aunque superficial contacto con otras personas. Corrientemente se resisten al cambio, y el tratamiento mismo lo sienten como una amenaza a sus rutinas y a su autocontrol.

2.3.3. Tratamiento. Un paciente con personalidad obsesivo-compulsiva busca tratamiento cuando su equilibrio se halla amenazado (problema conyugal, dificultad en el trabajo, situación inesperada, por ejemplo). Ocasionalmente, el malestar que el mismo trastorno produce en el paciente lo lleva a buscar ayuda, como sucede cuando aumenta su insatisfacción por la vida rutinaria o por el deslustre de su amistad. El tratamiento recomendable es el psicoanálisis o la psicoterapia psicoanalíticamente orientada de largo plazo. Las técnicas conductuales son beneficiosas para algunos pacientes que además padecen de trastorno obsesivo-compulsivo. Otro tanto puede decirse del tratamiento psicofarmacológico con la clomipramina, o los inhibidores específicos de la recaptación de la serotonina por ejemplo.

3. Grupo dramático

3.1 Trastorno antisocial de la personalidad. (301.7; F60.2). Bastante conocido con otros nombres que frecuentemente los médicos, estudiantes y legos usan con premura: personalidad disocial, sociopática, amoral, asocial, antisocial, psicopática. En la CIE-10 figura como trastorno disocial de la personalidad (F60.2).

Aunque se admite que el trastorno está relacionado con los niveles socioeconómicos inferiores, ocurre también, y con frecuencia, en los estratos superiores, sólo que en éstos se minimizan u ocultan tales conductas. Los parientes biológicos en primer grado sufren del trastorno con más frecuencia que la observada en la población general. La prevalencia de 1 a 3% (para mujeres y varones, respectivamente) en las muestras comunitarias, aumenta de 3 a 30% en las clínicas; y las cifras son aún mayores en grupos de prisioneros y consumidores de drogas. Las tasas de prevalencia de estudios epidemiológicos peruanos fluctúan entre 4,5 y 28,89%. En una comunidad urbano marginal, empleándose el DIS y usándose los criterios DSM-III, Hayashi y col. encontraron 6,8% de personalidad antisocial. El trastorno antisocial, afecta más a hombres que a mujeres (3 a 1) y es de curso crónico, pero conforme avanza la edad se atenúan o desaparecen los síntomas, sobre todo alrededor de la cuarta década; lo que tiende a desaparecer es la conducta criminal, mientras que la atenuación se observa para el resto del abanico de comportamientos antisociales y para el consumo de drogas.

3.1.1. Diagnóstico. Corresponde a personas que hacen caso omiso a y violan los derechos ajenos, como lo indica la presencia de tres o más de las siguientes siete características: incapacidad para ajustarse a las normas sociales relacionadas con la ley, por lo que hay repetición de actos que justifican reclusiones; engaño constante, expresado en mentiras repetidas, uso de nombres falsos o explotación de otros por placer o beneficio personal; impulsividad o incapacidad para realizar proyectos futuros; irritabilidad y agresividad, como se evidencia por repetidas reyertas y asaltos; desconsideración temeraria por la seguridad propia y ajena; irresponsabilidad consistente, demostrada por repetidos fracasos para mantener un trabajo permanente y honrar las obligaciones económicas; carencia de remordimiento, según lo indica la racionalización o indiferencia por los actos cometidos de robos y lesiones. El diagnóstico es apropiado sólo para los individuos que al menos tienen 18 años de edad, y cuya historia revela que desde antes de los 15 presentaron síntomas de conducta disocial* bajo la forma de trasgresión de las normas sociales fundamentales y de los derechos de otros (agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo, quebrantamiento de la ley). El diagnóstico es correcto cuando no ocurre exclusivamente durante un episodio de esquizofrenia o maníaco.

* Trastorno de conducta (312.8) en el DSM-IV y trastorno disocial (F91) en la CIE-10.

3.1.2. Aspectos clínicos. El comportamiento antisocial continuo y claro desde la niñez hasta la adultez, cursa prácticamente sin interrupciones tipificándose, además de lo descrito, por una historia de varios años de inactividad laboral responsable. Tal comportamiento crónico no es consecuencia de retraso mental, esquizofrenia o trastorno afectivo, aunque en algunos raros casos puede coexistir con discreto grado de deficiencia mental. Hay que puntualizar que la violación de los derechos de los demás no siempre implica criminalidad.

Los niños y adolescentes no pueden recibir diagnóstico de personalidad antisocial hasta verificar que la conducta agresiva y la delincuencia continúan en la adultez, y siempre que otros criterios diagnósticos se encuentren presentes. El calificativo de psicópata no debe aplicarse con ligereza, puesto que muchos adolescentes tienen un comportamiento inducido por estresores personales, familiares o de grupo, que pueden expresarse de muchas maneras sin que el sujeto desarrolle completamente el síndrome antisocial en la adultez. A

veces debe esperarse varios años de observación continua para establecer el diagnóstico.

El trastorno es de curso crónico con características cambiantes en el tiempo, no remite espontáneamente antes de que el individuo llegue a la edad media de la vida. Algunos pacientes se "queman" o "apagan" conforme se marchita la fuerza física y el vigor emocional que son indispensables para continuar la estimulación y para soportar los estresores de la vida. El psicópata añoso sigue antisocial, pero tiene poco éxito, comete menos delitos o permanece encarcelado como sujeto bochinchero, camorrero o como alguien cuyos esfuerzos de estimulación y defensa lo han llevado de una actividad antisocial notoria a prácticas más pasivas como alcoholismo o abuso de drogas. Otros enfermos se deterioran por injurias o enfermedades severas o se deprimen, en cuyo caso deben ser tratados por la depresión y no por la psicopatía.

3.1.3. Tratamiento. La psicoterapia requiere de mucha dedicación del paciente y del médico. Generalmente, los médicos muestran poca disposición para tratar este tipo de enfermo y éste tampoco tiene disposición para emprender la tarea. En pocos hospitales especializados se tratan personalidades antisociales y delincuentes con el objetivo de cambiar las características de la personalidad. En los casos que se les administra tratamiento, generalmente, se debe a la presencia de otros trastornos psiquiátricos agregados. En casos específicos se han empleado tratamientos comunitarios y modelos farmacológicos como, por ejemplo, las inyecciones de depósito de medrox y progesterona o acetato de cyproterona para suprimir con seguridad los niveles de testosterona en psicópatas varones sexualmente agresivos o rapaces.

3.2. Trastorno histriónico de la personalidad. (301.50; F60.4). Alrededor del 2 al 3% de la población general presenta las características de este desorden; las tasas de prevalencia aumentan a 10-15% en grupos clínicos de ambulatorios y hospitalizados, cuando se emplean instrumentos estructurados de evaluación tales como: el Cuestionario para diagnóstico de personalidad de Hyler (PDQ); el Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI); el Programa para entrevista diagnóstica (DIS); la Entrevista estructurada para todos los trastornos de la personalidad del DSM-III de Satanyl (SIDP); la Entrevista clínica estructurada para el DSM-III de Spitzer (SCID).

Es importante que el médico elabore el diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad teniendo en cuenta que sólo se justifica si los síntomas (por ejemplo, sociabilidad, seducción, estilo interpersonal dramático, búsqueda de lo novedoso, facilidad para impresionarse y tendencia a la somatización) causan angustia o defecto clínicamente significativos, puesto que las normas para las relaciones interpersonales, el modo de vestir y la forma de expresar las emociones varían notablemente según las culturas, los sexos y los grupos de edad.

3.2.1. El Trastorno que suele aparecer al inicio de la adultez se presenta con emotividad excesiva y demanda de atención, según lo indica la presencia de cinco o más de las ocho características siguientes: incomodidad si el paciente no logra ser el centro de atención; sexualidad seductora inapropiada o provocativa en la interacción con otros; expresión emocional superficial y con cambios rápidos; permanente uso de la apariencia física para atraer la atención; lenguaje de estilo impresionista pero carente de razones; los afectos son exagerados y denotan teatralidad; facilidad para sugestionarse por otros o por las circunstancias; relaciones superficiales aunque el paciente las conceptúe íntimas.

3.2.2. Aspectos clínicos. Los síntomas pueden agruparse en dos conjuntos: (a) conducta abiertamente melodramática, reactiva y expresada de modo diverso; y, (b) alteraciones características de las relaciones interpersonales. Ambos conforman un severo desorden regresivo de la personalidad por falta de integración del concepto de sí mismo y del concepto significativo de los otros. Se une a ello la consiguiente incapacidad para diferenciar las relaciones con las demás personas y para evaluar a éstas en hondura. Todo ello da lugar a la inapropiada elección del compañero sexual y marital. El trastorno histriónico se

descompensa en la adultez tardía y la vejez. Los efectos acumulados de la incapacidad para ejercitar valores personales, profesionales, culturales y sociales, así como la frecuente desorganización y fracaso en las relaciones íntimas y la falta de integración de la identidad, son ingredientes que interfieren con el aprendizaje social común y generan una reacción circular que empeora el funcionamiento individual con el progreso de los años.

En las mujeres el comportamiento es egoísta y autocomplaciente, pero con capacidad para combinarlo con la intensa necesidad de dependencia de otros; dependencia adherente que no muestra reciprocidad en las relaciones. Con respecto a las narcisistas, las histriónicas tienen mayor capacidad para compromisos emocionales y poseen muchas adherencias y estabilidad en sus relaciones aunque, por otro lado, notoriamente inmaduras. Las mujeres histriónicas presentan labilidad emocional difusa, relaciones indiferenciadas con personas significativas y compromisos emocionales inmaduros y egocéntricos. Se identifican excesivamente con otros y proyectan intenciones irreales y fantásticas sobre ellos, por lo que la dramatización de afectos, la conducta emocionalmente lábil y volátil, la excitabilidad generalizada y la inconsistencia de sus reacciones transmiten la superficialidad emocional subyacente y la falta de capacidad para establecer relaciones diferenciadas. Las histriónicas tienen conducta sexualizada en forma cruda e inapropiada para manifestar exhibicionismo y necesidades de dependencia; presentan muy pocos rasgos represivos en la vida sexual y más manifestaciones disociativas, como la alternancia de compromisos y fantasías sexuales contradictorias (expresados en comportamiento sexual infantil polimorfo).

Las mujeres histriónicas tienen tendencias impulsivas, difusas e impredecibles, que refuerzan las inestables e intensas relaciones con los otros. Además, muestran angustia intensa e inapropiada o falta de control de la angustia y notorios cambios del estado del ánimo. Son mujeres propensas a los gestos e intentos suicidas para atraer la atención de los demás. Las amenazas de suicidio con estos propósitos conforman sólo un aspecto que, con los mismos fines manipulatorios, gobiernan las relaciones interpersonales, por lo que frecuentemente mienten, se involucran en acciones antisociales y manifiestan pseudología fantástica. En estos últimos casos debe establecerse la diferenciación con los trastornos antisocial y narcisista de la personalidad. Como son propensas a desarrollar sentimientos de despersonalización, cuando se encuentran bajo severo estrés pueden presentar síntomas psicóticos transitorios de insuficiente severidad y duración que puede garantizar un diagnóstico adicional.

Los varones histriónicos también presentan las características de falta de integración de la identidad, severas perturbaciones en las relaciones interpersonales y falta de control de impulsos. Usualmente denotan notoria promiscuidad sexual, muchas veces bisexualidad, desviaciones sexuales diversas, tendencias antisociales y, frecuentemente, utilización consciente o inconsciente de síntomas físicos determinados por causas orgánicas o psíquicas. En todos los pacientes varones con este trastorno es importante hacer el diagnóstico diferencial con los trastornos de personalidad antisocial y narcisista, a fin de establecer la adecuada terapéutica y el correcto pronóstico.

3.2.3. Tratamiento. La psicoterapia psicoanalítica aplicada precozmente es la indicada. La psicoterapia de apoyo se recomienda cuando el paciente presenta contraindicaciones para psicoterapia profunda, tales como presencia de rasgos antisociales prominentes, patología inusualmente severa en las relaciones objetales o acting out severo que proporcionen ganancia secundaria. Si hay síntomas depresivos secundarios o depresiones caracterológicas, debe usarse inhibidores de la monoamino oxidasa, antidepresivos tricíclicos o tetracíclicos, aunque esta medicación debe reservarse sólo para pacientes con depresión severa, y discontinuarla si en pocos meses no se observa mejoría clara y definitiva de la depresión.

3.3. Trastorno fronterizo (borderline) de la personalidad (301.83; F60.31). Del 30 al 60% de individuos de los grupos clínicos con trastornos de la personalidad son fronterizos. En la población general la prevalencia es de 2%; aumenta a 10% en los conjuntos de atención ambulatoria y a 20% en la población de hospitalizados. En comparación con la población general, el trastorno es cinco veces más frecuente entre los parientes biológicos de primer grado de quienes padecen este desorden; el riesgo

familiar también está aumentado para los trastornos por uso de sustancias, trastorno del estado de ánimo y personalidad antisocial.

3.3.1. Diagnóstico. El trastorno aparece en la adultez temprana y sigue un curso muy variable como un estilo de vida de notoria impulsividad asociada con inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la identidad y de los afectos, según se indica por la presencia de cinco o más de las nueve siguientes características: frenéticos esfuerzos para evitar el abandono real o imaginario de una persona que se interesa o conviene; relaciones interpersonales intensas e inestables, con alternancia entre extremos de idealización y desvalorización; disturbios de la identidad, expresados como incertidumbre sobre diversos temas relacionados con la autoimagen, el sexo, las metas lejanas, la elección de carrera, los valores; impulsividad en no menos de dos áreas peligrosas (gasto, juego, sexo, uso de sustancias, robo, comida excesiva); comportamiento suicida recurrente (automutilación, accidentes reiterados, gestos e intentos suicidas); inestabilidad afectiva debido al acentuado cambio de humor (disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que duran pocas horas o, excepcionalmente, pocos días); sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento; angustia intensa e inapropiada o dificultad para controlarla (arrebatos, escapes); ideación paranoide o síntomas disociativos severos en relación con situaciones transitorias de estrés. Además de estos criterios, el clínico puede afinar el diagnóstico mediante el uso de la Entrevista Diagnóstica para fronterizos de Gunderson (DIB)*, que es una entrevista semiestructurada con cinco secciones diseñada específicamente para obtener una evaluación confiable de la información que se considera pertinente para este diagnóstico.

* La traducción del instrumento se encuentra en Valverde Cárdenas J., Estudio de seguimiento de pacientes con trastorno fronterizo de personalidad según el DSM-III y el DIB. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Escuela de Postgrado "Victor Alzamora Castro". Lima, 1986.

3.3.2. Tratamiento. Es complejo. Desde que algunos fronterizos presentan síntomas de trastornos afectivos, puede requerirse medicación antidepresiva para controlar el retardo psicomotor y la desesperanza; pero, si la depresión es caracterológica (no relacionada a trastorno bipolar), los antidepresivos carecen de efecto.

Algunos enfermos con anorexia/bulimia, sobre todo si están hospitalizados, que muestran notorios síntomas depresivos y que tienen historia familiar de trastorno bipolar se benefician con antidepresivos; el litio resulta eficaz cuando ocasionalmente presentan rasgos hipomaniacos. Estos enfermos también responden mejor a las técnicas de modificación de la conducta y a la psicoterapia de apoyo que a la terapia psicoanalítica.

Los fronterizos con síndromes disfórico-histeroides, buen número de los cuales reúne los criterios del DSM-IV, mejoran con inhibidores MAO, aunque no hay consenso sobre esta opinión porque muchos progresan muy bien con psicoterapia y antidepresivos tricíclicos o sólo con psicoterapia. Muchas mujeres fronterizas, particularmente las que tienen síntomas depresivos prominentes, que sufren de irritabilidad premenstrual severa o de agravamiento de la depresión (el síndrome premenstrual oscurece los otros aspectos de la condición) responden a diversa medicación, que debe prescribirse empíricamente; en unos casos son suficientes los diuréticos, en otros los antidepresivos y en algunos, con predominio de irritabilidad y rasgos hipomaniacos, el litio.

Los pacientes fronterizos con un cuadro orgánico superpuesto pueden presentar, además de los disturbios de la identidad y de otros atributos, estados de fuga, sentimientos pavorosos, micropsia/macropsia y otros fenómenos sensoriales extraños como olores e ilusiones singulares atribuibles a epilepsia del lóbulo temporal, en cuyo caso debe administrarse anticonvulsivos y carbamazepina, previo los exámenes del caso.

Los terapeutas deben ser conscientes de que es posible lograr progresos rápidos, en casos de pacientes hospitalizados o ambulatorios, cuando se emplea la psicoterapia intensiva; pero también hay que reconocer muchos fracasos, pues no infrecuentemente, numerosos enfermos dan por terminado el tratamiento abruptamente y pierden lo ganado por la realización de actos impulsivos.

3.4. Trastorno narcisista de la personalidad. (301.81). Las tasas de prevalencia van del 1% en la población general al 2-16% en las muestras clínicas; del 50 al 75% de narcisistas son varones. La enfermedad comienza en la adultez temprana y sigue un curso crónico. Algunos rasgos narcisistas son comunes en los adolescentes, pero esto no significa que desarrollarán el trastorno.

3.4.1. Diagnóstico. En esta categoría, destacan las manifestaciones de grandiosidad, necesidad de admiración y carencia de empatía, según lo indica la presencia de cinco o más de las nueve características siguientes: sentimientos de grandiosidad y de importancia personal; preocupación con fantasías de éxito ilimitado (belleza, poder, brillantez, amor ideal); creer que son personajes especiales y únicos; conceptuar que sólo son comprendidos por personas o instituciones de alto nivel y que con ellas pueden establecer relaciones; necesidad de admiración excesiva; especial aprecio de su derecho (las expectativas, aunque sean infundadas, deben ser atendidas sin demora); explotación de las personas, de quienes toman ventaja para el logro de los propios fines; carencia de empatía y de reconocimiento de las necesidades y afectos ajenos; envidia de otros y creencia de ser envidiado; arrogancia y petulancia del comportamiento y de las actitudes.

3.4.2. Aspectos clínicos. Son importantes las siguientes características: (a) sentimientos marcados de importancia personal; (b) exhibicionismo y fantasías de éxito ilimitado, poder, brillo, belleza y amor ideal; (c) la indiferencia y frialdad o sentimientos marcados de rabia, inferioridad, vergüenza, humillación o vacuidad como respuesta a fracasos, críticas o indiferencia de los demás; (d) la alteración de las relaciones interpersonales (obtención de ventajas sin reciprocidad, utilización, explotación y desprecio de los demás, falta de empatía con incapacidad para reconocer los pensamientos y valores ajenos).

Los narcisistas carecen de valores éticos y estéticos auténticos e integrados, aunque los tienen a niveles infantiles para proteger su autoestima y vanidad con desmesurada dependencia de la admiración externa, lo que refleja su funcionamiento severamente inmaduro.

El narcisismo adulto normal se caracteriza por la regulación normal del amor propio (autoestima) que depende de varios factores: estructura normal de la personalidad con integración normal de las representaciones de los demás; conciencia moral integrada e individualizada; y, satisfacción de las necesidades instintivas dentro del contexto de sistemas de valores y relaciones interpersonales estables.

El narcisismo adulto patológico se revela por síntomas cuya combinación e intensidad varían para dar distintos niveles de funcionamiento. En general, en lo que respecta al amor a sí mismo, revela patología grave, pues el narcisista es autosuficiente, exhibicionista, imprudente y muy ambicioso, y todo contrasta con sus capacidades limitadas o con las demarcaciones impuestas por la realidad social. El narcisista luce grandiosidad bajo la forma de valores infantiles (atractivo físico, mando, poder, dinero, vestimenta, ademanes), y si es inteligente usa la capacidad con fines de pretensión. Depende extremadamente de la admiración ajena, es ingrato, cree merecer todo, no se interesa por los valores de los demás y tiene pánico de ser mediocre. En lo que atañe a las relaciones interpersonales carece de empatía y no puede establecer compromisos sustantivos. Es excesivamente envidioso en sus relaciones con los demás, menosprecia las producciones y trabajos de otros, pero la desvalorización de estas obras se acompañan de despojo, pues incorpora de ellas lo que le conviene, al mismo tiempo que desdeña a los autores. La envidia se manifiesta también porque no puede depender de otros, pues luego de idealizarlos transitoriamente los desvaloriza muy rápido y los considera enemigos y tontos útiles. Otras características del narcisista corresponden a perturbaciones afectivas: incapacidad para experimentar formas diferenciadas de depresión con remordimiento, tristeza y autorreflexión, y bruscos cambios del estado de ánimo consecutivos a la falta de éxito con las actitudes de grandiosidad y exhibicionismo para obtener la admiración de otros y evitar la crítica que hace pedazos el

esplendor. Por último, la condición básica de la personalidad del narcisista cursa con un sentimiento crónico de vacío, de estar solo. Es incapaz de aprender de otros, todo lo sabe y puede, tiene hambre de estímulos intensos, no encuentra sentido a su vida y se siente terriblemente aburrido cuando sus necesidades de admiración y de éxito no son recompensados.

3.4.3. Tratamiento. El psicoanálisis es el procedimiento de elección. Aunque no hay estudios empíricos de validación, el pronóstico puede ser favorable, siempre que los pacientes no presenten rasgos antisociales significativos y que puedan tolerar la ansiedad y controlar los impulsos, así como mostrar real motivación de cambio.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. SÁNCHEZ GARCÍA, J. Trastornos de la personalidad. De acuerdo con el DSM-III. Lima: Diálogo, 1991.
2. PERALES, A. Tratamiento psicoterapéutico del paciente borderline. Revista de la Sanidad de las Fuerzas Policiales. 1996; 47 (1): 19-26.
3. ROTONDO, H. y col. Personalidad básica, dilemas y vida de familia de un grupo de mestizos. En: Rotondo, H. (ed): Introducción a las Ciencias del Comportamiento. Lima: Okura Editores, 1984.
4. MARIÁTEGUI, J. Psicopatía y estructura fronteriza de la personalidad. Revista de Neuro Psiquiatría. 1981; 44: 8-23.

CAPÍTULO 20: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

1. Definir una perturbación como un trastorno de la personalidad requiere los siguientes criterios:

- La objetivación de un modelo de comportamiento permanente e inadaptativo en al menos dos de las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, actividad interpersonal y control de impulsos.
- Que el mismo se haga presente en una amplia gama de situaciones.
- Que dicho modelo comportamental no pueda atribuirse a una enfermedad mental, médica o al efecto de una sustancia.
- Todos ellos.
- Ninguno de ellos.

2. Ante una persona adulta que revela una intensa necesidad de apoyo, al punto que genera que otros se ocupen de ella, adoptando una conducta sumisa ante el temor de ser abandonada, piensa usted en un:

- Trastorno narcisista de la personalidad.

- Trastorno histriónico de la personalidad.
- Trastorno de la personalidad por dependencia.
- Trastorno fronterizo de la personalidad.
- Ninguno de ellos.

3. Frente a un paciente que se muestra tímido, retraído, a veces incluso frío y distante, pero que en el fondo se revela como una persona ansiosa, sensitiva, desconfiada y evasiva, temeroso de la crítica, por lo cual tiende a establecer un patrón de inhibición social, usted piensa en un:

- Trastorno esquizoide de la personalidad.
- Trastorno de la personalidad por evitación.
- Trastorno fronterizo de la personalidad.
- Trastorno esquizofrénico.
- Ninguno de ellos.

4. El trastorno antisocial de la personalidad,

- Afecta más a hombres que a mujeres.
- Tiene, en el Perú, tasas de prevalencia que oscilan entre 4,5 y 29%.
- Se distingue por un patrón comportamental de violación de los derechos de los demás.
- Todas las respuestas son válidas.
- Ninguna lo es.

5. Lo más importante para diagnosticar el trastorno paranoide de la personalidad es:

- La elevada frecuencia de crisis de pánico.
- Una arraigada e inflexible desconfianza en los otros.
- Su gran capacidad para el trabajo creativo.
- Todas ellas.
- Ninguna de ellas.

6. No corresponde al trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

- Preocupación exagerada por los detalles.
- Escrupulosidad y rigidez en asuntos éticos.
- Autocrítica exagerada.
- Dificultad para delegar tareas.
- Emotividad excesiva y demanda de atención.

7. Se emplean en el tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación, a excepción de:

- La terapia cognitiva-conductual.

- La psicoterapia de apoyo.
- La terapia familiar.
- El electroshock.
- Las benzodiacepinas.

8. Pertenecen al grupo dramático de trastornos de la personalidad los siguientes, excepto:

- Trastorno de la personalidad por dependencia.
- Trastorno de personalidad antisocial.
- Trastorno de personalidad histriónico.
- Trastorno fronterizo de personalidad.
- Trastorno narcisista de personalidad.

9. El trastorno fronterizo (borderline) de la personalidad.

- Representa del 30 al 60% de los grupos clínicos con trastornos de la personalidad.
- Se caracteriza por una gran inestabilidad en las relaciones interpersonales.
- Tiene como rasgo distintivo una notoria impulsividad.
- Todo lo anterior es válido.
- Ninguna respuesta es válida.

10. El tratamiento de los pacientes fronterizos requiere de diferentes afrontes en función de cada caso. Excluya el que no se emplea:

- Los fármacos antidepresivos.
- El tratamiento conductual.
- La psicoterapia de apoyo.
- Electrochoque.
- Litio.



CAPÍTULO 21

ALCOHOLISMO

Manuel ALMEIDA

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Se acepta que si bien el alcoholismo, entendido como un síndrome de dependencia, es de gran importancia sanitaria, constituye sólo una parte de un conjunto de problemas relacionados con el consumo del alcohol. Las estadísticas disponibles indican que en muchos países las defunciones por causas derivadas de un consumo excesivo de alcohol tienen lugar destacado en las tasas de mortalidad; una elevada proporción de camas hospitalarias son ocupadas por pacientes con diagnósticos asociados al consumo del alcohol, tales como la cirrosis hepática y los accidentes de tránsito; asimismo, su uso y abuso es responsable de hasta el 50% de las muertes ocurridas en las pistas y de los delitos de violencia en estado de ebriedad. El consumo del alcohol es cada vez mayor entre mujeres y grupos juveniles; el síndrome fetal y los serios problemas familiares y laborales que acarrea se ubican entre otros de sus efectos deletéreos.

CONCEPTO

Resulta importante diferenciar el concepto de alcoholismo de otras formas de ingestión del etanol. Al respecto, conviene recordar que durante muchos años el término dipsomanía (Bruhl, Gramer) englobó todas las formas de uso patológico del alcohol y que, desde mediados del siglo diecinueve, predominó la concepción anátomo-patológica del alcoholismo (Magaus, Huss) para referirse a sus consecuencias físicas y mentales, tales como cirrosis, encefalopatías, polineuritis, desnutrición, etc.; hechos que hasta hace poco han merecido el máximo interés de la medicina. A partir de 1933 y, particularmente, desde los estudios de Jellinek, en 1946, los conceptos de toxicomanía alcohólica, adicción y últimamente de dependencia, refiriéndose a la apetencia alcohólica, han destacado como los fenómenos esenciales del trastorno que hoy llamamos alcoholismo.

La dependencia física es la característica fundamental del trastorno, evidente a través de la incapacidad de detenerse y/o abstenerse, así como por los síntomas de abstinencia al suspender la ingesta de alcohol. De faltar estos disturbios, el término abuso de alcohol es el indicado, siguiendo la clasificación psiquiátrica norteamericana (DSM-IV)

ETIOPATOGENIA

Si bien es cierto que el alcohol etílico tiene potencial adictivo, aisladamente no es la causa del alcoholismo como se desprende del hecho de que a pesar de su uso tan generalizado, sólo un porcentaje que va del 5 al 10% de los bebedores sufre el trastorno. Teorías biológicas, psicológicas y sociales destacan determinados factores en la etiología y patogenia de la dependencia al etanol, tales como alteraciones neuroquímicas, metabólicas, trastornos en la neurotransmisión, factores genéticos, así como modelos psicológicos del aprendizaje e hipótesis socioculturales. Al presente, todo parece indicar que no hay una causa única, sino que el alcoholismo es consecuencia de una interrelación compleja de diversos factores, además del alcohol.

EPIDEMIOLOGÍA

Estudios de prevalencia efectuados en distintas áreas de América informaron, en 1985, que las cifras de alcohólicos y bebedores excesivos son: 9% en Córdoba (Argentina); 38% en Medellín (Colombia); 15% en Guatemala; 16% en Ecuador; 13% en Costa Rica; y, 13,7% en Baltimore (Estados Unidos). En el Perú se ha determinado tasas que van desde 2,68% al 14%, y entre trabajadores obreros, más del 20%; la relación hombre-mujer ha oscilado de 4 a 1 hasta 16 a 1. Estudios epidemiológicos en población urbano marginal de Lima, realizados por investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" han determinado una prevalencia de vida* de 16,8% y, posteriormente, de 18,6%; de otro lado, el consumo per cápita de alcohol absoluto se estima en 6 a 7 lt., del cual el 57% corresponde a bebidas destiladas y el resto a cerveza; las detenciones vinculadas a su uso significan el 26% del total de arrestos por faltas policiales; más del 40% de las muertes ocurridas en accidentes de tránsito se asocian al consumo de alcohol; y, entre las atenciones de emergencia por accidentes y agresiones en 7 centros hospitalarios de Lima, el uso de alcohol estuvo presente en el 41,3%.

* La prevalencia de vida, Robins la define como: "proporción de personas de una muestra representativa de la población que alguna vez en su vida sufrió (o actualmente sufre) de un trastorno psiquiátrico particular" (Nota del Editor).

SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas principales son:

Pérdida de control e incapacidad de detenerse. Es la ingesta descontrolada del alcohol después de ingerir una determinada cantidad de bebida. Este síntoma identifica la forma clínica llamada Alcoholismo intermitente (Marconi) o Alcoholismo Gama (Jellinek). La pérdida de control al comienzo del proceso adictivo no es absoluta; puede, en cierta forma, dominarse si la cantidad ingerida no es alta, pero, a medida que evoluciona el cuadro, la incapacidad de detener la ingestión ocurre cada vez con dosis menores de alcohol y es más difícil de controlar. Esto da lugar a las llamadas crisis de ingestión o períodos de consumo alcohólico de dos o más días de duración (lo que antes se llamaba dipsomanía) que pueden ser seguidas, a su vez, por períodos de días o semanas de abstinencia.

Incapacidad de abstenerse. Es el síntoma que caracteriza al Alcoholismo Continuo o Inveterado (Marconi) o Alcoholismo Delta (Jellinek). Como su nombre lo indica el paciente con esta forma de adicción bebe diariamente, a lo más con horas de intervalo entre cada ingestión, pero puede controlar la cantidad y, en este sentido, los signos de embriaguez no son tan ostensibles como en la forma anterior.

Síndrome de abstinencia. Se presenta al suspender o disminuir la ingesta de alcohol. Los principales síntomas son: temblor, insomnio, ansiedad, náuseas, diaforesis, alucinaciones visuales o auditivas transitorias, etc; siendo distintivo el alivio de tales síntomas con una nueva ingestión de alcohol. Si el síndrome de abstinencia es severo pueden producirse convulsiones y delirium tremens. Es frecuente que el trastorno sea moderado, con una duración de 2 a 8 días.

Cambios en la tolerancia. Por lo común, un aumento de tolerancia ocurre después del uso prolongado de alcohol, de tal modo que el alcohólico parece menos intoxicado y puede efectuar mejor ciertas actividades que otro sujeto con el mismo grado de alcoholemia. En fases intermedias o tardías la tolerancia disminuye y el alcohólico se intoxica con pequeñas dosis de bebida. El incremento de la tolerancia no es específico del alcoholismo; y de otra parte, debe anotarse que hay una tolerancia cruzada y mutua con otros neurodepresores, (barbitúricos, hipnóticos no barbitúricos, benzodiazepinas).

PSICOPATOLOGÍA

Numerosos estudios han puesto en evidencia que no existe un tipo de personalidad premórbida específica que predisponga o determine la dependencia al etanol. Ciertos rasgos, tales como baja tolerancia a la frustración y cierto grado de incapacidad para manejar tensiones derivadas de conflictos intrapsíquicos o de situaciones de estrés, se detectan en una proporción importante de alcohólicos.

Aparte que la adicción alcohólica se asocia algunas veces a diversas condiciones primariamente psiquiátricas (psicosis, neurosis, retardo mental, etc.), un rubro considerable de alcohólicos que se atiende en la práctica diaria, con más de 3 años de enfermedad, presenta diversas manifestaciones psicopatológicas tales como disminución de la atención, del pensamiento abstracto, del juicio y la crítica, así como abulia, falta de interés, tendencia a la fantasía, actitudes recelosas, celotipia y susceptibilidad. En el área afectiva se notan estados depresivos, ansiosos y episodios distímicos que se alivian con el alcohol o se hacen patentes durante el tratamiento. El riesgo de suicidio es relativamente elevado en un cierto grupo de alcohólicos de edad madura; impulsos autoagresivos y comportamiento psicopático no son raros, particularmente en alcohólicos jóvenes. Para algunos autores gran parte de esta sintomatología podría relacionarse con injuria cerebral proveniente de la acción neurotóxica directa del alcohol a nivel cortical. Alteraciones bioeléctricas, neumoencefalográficas y las objetivadas en la tomografía cerebral, en un 30 al 50% de estos pacientes, dan apoyo a este supuesto.

FORMAS CLÍNICAS

Se han efectuado varias tentativas clasificatorias de la población alcohólica. Jellinek, sin duda el autor que más profundizó en los aspectos clínicos de esta farmacodependencia, admitía 5 tipos de alcoholismo que enumeró con las letras del alfabeto griego: alcoholismo alfa, beta, gama, delta y épsilon, según la importancia de los factores psicológicos, socioculturales o fisiopatológicos en la propensión al consumo, siendo las formas gama y delta las únicas que tendrían el carácter de Alcoholismo-Enfermedad, es decir que presentarían el síndrome de dependencia. Otros autores mencionan la forma intermitente y la continua o inveterada (Marconi).

Aunque no hay consenso todavía, estudios relativamente recientes, están dando énfasis a la importancia de los factores genéticos y neurobioquímicos en algunos subgrupos de alcohólicos. Habría el tipo 1 de alcoholismo, caracterizado por inicio tardío de la adicción (mayores de 25 años), con predominio de la pérdida de control y antecedentes hereditarios de alcoholismo en la madre o el padre. En el tipo 2, lo característico sería una elevada carga hereditaria, pero del lado paterno, inicio juvenil de la dependencia con incapacidad de abstenerse, rasgos agresivos en la personalidad y ciertos cambios en los niveles de algunos neurotransmisores.

La forma predominante en nuestro medio es el llamado alcoholismo intermitente o alcoholismo gama, siendo los estratos poblacionales de menores recursos económicos y educativos los más afectados. Finalmente, debemos señalar que hay algunos trastornos mentales que casi específicamente ocurren en estos pacientes, tales como:

Alucinosis alcohólica. Tipificada por síntomas alucinatorios auditivos (voces amenazantes), en estado de conciencia lúcida o levemente comprometida, acompañadas de ideas delusivas autoacusatorias o de persecución. El temor puede llevar al pánico y/o al suicidio. El cuadro es en ocasiones fenomenológicamente indistinguible de una psicosis paranoide esquizofrénica.

Psicosis de Korsakoff y otras encefalopatías. Ocurre en un porcentaje no mayor del 5% de alcohólicos a partir de la quinta década. Las alteraciones de la memoria, principalmente de fijación, las fabulaciones (síndrome amnésico confabulatorio) y la polineuritis, conforman la triada principal del trastorno, el cual, por lo general tiende a cronificarse adoptando la forma de demencia alcohólica. Para terminar, debemos señalar que cambios psicopatológicos diversos (alteraciones cognoscitivas, labilidad emocional, cambios caracterológicos, etc.), al lado de sintomatología neurológica focal, se presentan en las llamadas encefalopatías alcohólicas, tales como el Síndrome de Wernicke (poliencefalitis hemorrágica superior), el Síndrome de Marchiafava-Bignami (degeneración del cuerpo caloso) y la Atrofia Cerebelosa Alcohólica, cuadros en cuya patogenia el alcohol juega un papel indirecto, siendo la carencia de factores del complejo B (B1, B2, B6) el factor más importante.

Delirium Tremens. Constituye la psicosis orgánica más frecuente (15% de los bebedores). Se le reconoce como una manifestación clínica grave del síndrome de abstinencia, que puede iniciarse con crisis convulsivas generalizadas. Sus síntomas principales son: perturbación de la conciencia, desorientación témporo espacial, confusión, inquietud psicomotriz, alucinaciones visuales, insomnio, delirio ocupacional, temblor acentuado; y al examen físico: taquicardia, diaforesis y leve elevación de la temperatura. La mortalidad en los casos tratados es del 8%; el cuadro clínico remite, por lo general, entre 2 a 4 días. De no ser así, debe descartarse hematoma subdural, procesos infecciosos, proceso

hepático u otra enfermedad mental. Es pertinente mencionar que, a menudo, se plantean dificultades diagnósticas entre un delirio alcohólico y los trastornos propios del coma hepático, el cual, algunas veces, se presenta después de una crisis de ingestión alcohólica prolongada. Debe recordarse, en tal sentido, que en el coma hepático hay embotamiento de la conciencia, la inquietud psicomotriz es menor, lo mismo que el miedo y las alucinaciones. Es típico el temblor aleteante de las manos (flapping), así como otros signos de hepatopatía grave.

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento en el alcoholismo es la rehabilitación mediante actividades de reeducación, readaptación y reinserción social del paciente, siendo la abstinencia absoluta de bebidas alcohólicas la condición indispensable para lograr estos fines. En forma práctica, el tratamiento integral del alcoholismo comprende:

1. DESINTOXICACIÓN MÁS TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA.

Muchos esquemas de desintoxicación empleados en la actualidad no tienen una base científica. Se sabe que el alcohol tiene un ritmo metabólico constante y aún no disponemos de fármacos que puedan acelerarlo. Es importante recordar que la llamada desintoxicación cumple un rol importante por ser la primera fase para iniciar o reforzar la participación activa del paciente en un programa de rehabilitación. Concretamente, consiste en la supresión aguda del alcohol y la corrección de cualquier carencia nutricional relacionada con el consumo excesivo de esta bebida. Bajo esta premisa, el uso de grandes dosis de complejo B, particularmente vitamina B1 y B6, vitamina C y aminoácidos es fuente de confianza para muchos terapeutas. De haber deshidratación (por vómitos, diarreas o desnutrición) y sospecharse de algún desequilibrio electrolítico, la administración de glucosa al 5% en solución salina es lo indicado. Para la hipomagnesemia, que en algunas investigaciones se ha detectado, el empleo de sulfato de magnesio al 50% en dosis de 2 cm³ por vía intramuscular, cada 6 horas, haciendo un total de 6 a 8 dosis puede ser de utilidad.

Cuidados médicos generales. En la mayor parte de estos cuadros se necesita tratamiento especial, aparte de medidas generales de acuerdo al caso. No más del 15 al 20% de pacientes requiere de un tratamiento médico intensivo sobre todo cuando la intoxicación alcohólica se asocia a traumatismos, hematoma subdural, gastritis hemorrágica, problemas cardiovasculares, diabetes, etc. y, particularmente, cuando ocurre un coma alcohólico, que -por el riesgo de depresión respiratoria- significa una urgencia médica que puede requerir hemodiálisis, de existir una alcoholemia de 300 a 350 mg.

En cuanto al síndrome de abstinencia, éste se presenta después de un período relativamente corto de supresión o disminución de la ingesta de alcohol. El tratamiento depende de su severidad, que es máxima después de 24 horas del cese absoluto de la bebida. En los cuadros moderados, el temblor de manos, la anorexia, la sensación de debilidad, la diaforesis y el insomnio son las perturbaciones más frecuentes que, por otra parte, son peculiarmente fluctuantes en intensidad y duración y se asocian con gran apetencia a beber. Las alteraciones leves de abstinencia pueden remitir espontáneamente después de 2 a 3 días, pero casos más acentuados requieren de terapia medicamentosa. Considerando lo ya expuesto sobre la tolerancia cruzada del alcohol con las sustancias de tipo barbitúrico y los psicotrópicos depresores del SNC, suelen ser éstos los más utilizados actualmente, especialmente las benzodiacepinas.

2. TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES PSIQUIÁTRICAS Y MÉDICAS.

Delirium Tremens. En cuanto a esta psicosis orgánica que representa un estado de abstinencia de mayor gravedad, es preferible darle tratamiento bajo régimen hospitalario. El esquema terapéutico, en líneas generales, es similar al señalado en el acápite anterior. Debe evitarse, en lo posible, el uso exagerado de hipnosedantes que por lo común acentúan el delirio o lo hacen más prolongado. En lugar de las "curas de sueño" se debe optar por atenuar la excitación psicomotriz con el empleo de tranquilizantes menores, recordando siempre su acción hepatotóxica colateral. Es conveniente la

administración de infusiones de dextrosa (el abuso de alcohol interfiere con la reserva del glucógeno hepático), soluciones hidrosalinas para corregir cualquier desequilibrio electrolítico, vitaminas, sobre todo del complejo B, anticonvulsivos (fenitoínas o diazepam) si hay crisis epileptoides, así como antibióticos, si hay riesgo de infección. En general, todo caso de delirium tremens, sobre todo si es intenso o duradero, requiere de un acucioso examen para detectar cualquier trastorno orgánico (TEC, sangrado gastrointestinal, insuficiencia renal o hepática, miocarditis, etc.) que puede pasar inadvertido por el estado de inquietud. La mortalidad del Delirium Tremens no tratado puede ubicarse entre el 15 al 30%, pero con tratamiento oportuno disminuye a niveles del 1 al 8%

Alucinosis Alcohólica. Como lo expusiéramos, los síntomas de esta psicosis son ilusiones y alucinaciones auditivas por lo general de tipo paranoide con contenido de acusación y amenaza. A semeja a la esquizofrenia pero no hay la historia típica ni otros signos de este trastorno. La alucinosis alcohólica suele ser de corta duración y responde bien al empleo de antipsicóticos como la tioridazina en dosis de 300 mg. diarios.

Psicosis de Korsakoff y otras encefalopatías. Se atribuyen a la ingestión de alcohol, la desnutrición crónica y la carencia dietética de vitaminas. En general ocurren a partir de la quinta década, el pronóstico no es bueno y el tratamiento se funda principalmente en vitaminoterapia intensiva con complejo B, fundamentalmente tiamina.

Complicaciones médicas. Las más frecuentes en orden de importancia son: la esteatosis hepática, la hepatitis alcohólica con o sin ictericia, la cirrosis que se presenta en el 10% al 20% de casos avanzados, la pancreatitis, las gastritis que cursan a veces con hematemesis (síndrome de Mallory Weiss). Se asocia también con el abuso de alcohol la miocardiopatía alcohólica, que ocurre en menos del 1% de los bebedores, y la tendencia a la carcinogénesis de la faringe o el esófago. Como es de comprender, todas estas complicaciones requieren de un tratamiento interdisciplinario adecuado.

3. TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA

El tratamiento de la dependencia alcohólica en sí, la deshabituación y la rehabilitación constituyen el núcleo fundamental de toda la acción terapéutica. El proceso es largo y continuo y requiere, además del médico, la intervención de otros profesionales tales como psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras especializadas, terapeutas ocupacionales y, de ser necesario, guías espirituales.

De una manera general, se puede decir que los programas de tratamiento que se utilizan actualmente con éste fin están integrados por terapias psicológicas (psicoterapias), medicamentosas, acciones sobre la familia y utilización de grupos de pacientes recuperados. Se acepta que la psicoterapia debe tener como objetivos: crear conciencia de enfermedad y fomentar la motivación necesaria para la abstinencia y la readaptación psicosocial. Las técnicas varían de acuerdo a la concepción doctrinaria del terapeuta: de apoyo emocional, no directiva, psicoanalítica, sugestiva, pedagógico-directiva, psicodrama, etc.

Terapia de conducta. Basada en la doctrina de los reflejos condicionados y en la teoría del aprendizaje, ha puesto en vigencia, nuevamente, los clásicos métodos aversivos, empleando sustancias eméticas (clorhidrato de apomorfina o emetina) y el electrocondicionamiento; todos ellos con el fin de inhibir directamente la apetencia a las bebidas alcohólicas.

Al lado de los procedimientos mencionados se puede asociar el uso de medicamentos que interfieren con el metabolismo del alcohol, de tal manera que su administración, simultáneamente con la ingesta de bebidas alcohólicas, produzca síntomas tóxicos que se manifiestan por enrojecimiento de la cara, vasodilatación intensa, inyección conjuntival, cefalea, taquicardia, náuseas, vómitos e hipotensión. Entre estos medicamentos el más conocido es el disulfirán (Antabus), que se emplea a dosis de 0,25 gr. a 0,5 gr. diariamente, debiendo advertirse que sus efectos se prolongan por 4 a 5 días después de la última dosis. La carbamida cálcica y el metronidazol también han sido utilizados con este fin, pero su acción es menos duradera.

Rehabilitación. Al lado del logro de la abstinencia, que no debe considerarse como único criterio para juzgar la eficacia del tratamiento, la rehabilitación juega un rol importante y tiene por objeto mejorar las relaciones interpersonales, el reajuste de la dinámica familiar y la recuperación de la actividad laboral. La psicoterapia familiar, la orientación vocacional, la terapia ocupacional y la ayuda de pacientes recuperados (Alcohólicos Anónimos, Clubs de Abstemios), contribuyen considerablemente a

este fin. La terapia de grupo en los últimos años ha adquirido singular importancia en la rehabilitación del alcoholismo y otras farmacodependencias, una variante de la misma son las llamadas "comunidades terapéuticas", en las que se fomenta la integración grupal, el autocontrol, el uso constructivo del tiempo libre, la socialización, etc.

En general, hoy se acepta que con el hábil empleo de los recursos disponibles puede lograrse de un 50 a 70% de buenos resultados en la mejoría y readaptación del paciente alcohólico.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. ALMEIDA, M. "La Investigación del Alcoholismo en el Perú en los últimos 30 años (1956-1986)". En: Rev. Neuropsiquiatría, Tomo 1, No. 2, 1987: 116-128.
2. MARK, S. & GOLD, M.D. The Good News About Drug and Alcohol. New York, Villard Book, 1991.

CAPÍTULO 21: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

ALCOHOLISMO

1. En el Perú, la tasa de prevalencia de vida del abuso/dependencia de alcohol es:

- 14,8%
- 15,8%
- 18,6%
- 19,5%
- No hay estudios epidemiológicos que permitan estimarla.

2. Del total de bebedores, llegan a sufrir de alcoholismo:

- 1 - 4%
- 5 - 10%
- 11 - 20%
- 21 - 30%
- Más del 30%

3. La incapacidad de detenerse, que da lugar a las crisis de ingestión prolongada, caracteriza al denominado:

- Alcoholismo continuo de Marconi.
- Síndrome de abstinencia.
- Alcoholismo intermitente de Marconi.
- Síndrome de Korsakoff.
- Ninguno de ellos.

4. El tipo 2 de alcoholismo se caracterizaría por:

- Una elevada carga hereditaria por el lado paterno.
- Un inicio en la juventud.
- La incapacidad de abstenerse.
- Todos ellos.
- Ninguno de ellos.

5. El Delirium Tremens se presenta en los bebedores en el siguiente porcentaje:

- 5 %
- 10%
- 15%
- 20%
- 25%

6. Si al cabo de cuatro días de tratamiento el Delirium Tremens no remite, el cuadro podría deberse a:

- Hematoma subdural.
- Un proceso infeccioso.
- Un coma hepático.
- Todos ellos.
- Ninguno de ellos.

7. En el Delirium Tremens (marque si es verdadero o falso):

- El síntoma inicial suele ser una convulsión generalizada.
- La perturbación de la conciencia es esencial.
- La mortalidad de los casos tratados sobrepasa el 50%
- No debe utilizarse las benzodiazepinas.
- Es típico el "flapping" (temblor aleteante de las manos).

8. La alucinosis alcohólica se caracteriza por, excepto:

- Ser clínicamente indistinguible de la esquizofrenia paranoide.
- Ser capaz de llevar al paciente al pánico o al suicidio.
- Ser de corta duración.
- Responder a los antipsicóticos.
- Responder al complejo vitamínico B.

9. Correlacione:

(a) Psicosis de Korsakoff. inveterado.

(b) Síndrome de Wernicke

(c) Síndrome de Marchiafava-Bignami.

(d) Incapacidad de abstenerse.

(e) Percepción de "voces amenazantes".

Alcoholismo continuo o

Alucinosis alcohólica.

Poliencefalitis hemorrágica superior.

Síndrome amnésico confabulatorio.

Degeneración del cuerpo caloso.

10. Se emplean en el tratamiento del alcoholismo, a excepción de:

Disulfiram.

Complejo B.

Benzodiazepinas.

Anticonvulsivantes.

Anfetaminas.

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 22

FARMACODEPENDENCIA

Rafael NAVARRO

INTRODUCCIÓN

El uso de sustancias químicas con fines fundamentalmente mágico-religiosos es tan antiguo como la historia de la humanidad; pero el uso de las mismas sustancias con fines fundamentalmente hedónicos se constituye en un fenómeno relativamente nuevo. Así, por ejemplo, la masticación de las hojas de coca en los pueblos del Antiguo Perú estaba socialmente controlada y tenía claros objetivos religiosos, por lo que no se halla información sobre efectos negativos a corto o largo plazo como consecuencia de su uso. Con la llegada de los españoles, durante la Conquista y el Virreynato, el uso de la coca se extiende aún más, hasta convertirse en un instrumento de explotación del indio por sus cualidades de aumentar la tolerancia a la fatiga y disminuir el apetito.

En la década de los setenta se produce una verdadera epidemia que se extiende hasta nuestros días con el uso de la PBC en Sudamérica, y, en la década de los ochenta, con el uso del crack (cocaína hidrolizada) en los Estados Unidos. Ambas se ingieren por vía respiratoria. Actualmente, el consumo de drogas constituye un serio problema de Salud Mental y ha superado todos los criterios exigidos por la OMS para ser considerado como problema de Salud Pública.

DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS

La farmacodependencia o dependencia de drogas, de acuerdo a la OMS, es definida como "Estado psíquico, y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y el fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso incontrolable por tomar el fármaco, en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a su vez, para evitar el malestar producido por su supresión."

Los siguientes conceptos deben precisarse:

1. DEPENDENCIA PSICOLÓGICA

Estado provocado por un fármaco que se experimenta como placentero, asociado a un impulso que lleva al individuo a tomarlo, periódica o continuamente, para experimentar el placer o evitar el malestar.

2. DEPENDENCIA FÍSICA

Estado de adaptación que se manifiesta por la aparición, en diversos grados, de trastornos físicos cuando se interrumpe el consumo de la droga.

3. SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Conjunto de síntomas y signos de naturaleza psíquica y física que emerge después de la interrupción del consumo y que son característicos para cada tipo de droga.

4. TOLERANCIA METABÓLICA

Determinada por la capacidad del hígado para eliminar una droga. En relación al alcohol, está calculada en una onza por hora: esta tolerancia se incrementa gradualmente pudiendo el individuo consumir cantidades que superan la dosis letal para sujetos no consumidores.

5. TOLERANCIA FARMACODINÁMICA

Se desarrolla a nivel cerebral y se manifiesta a través de una necesidad creciente de consumir mayores dosis para obtener los mismos efectos.

6. TOLERANCIA CRUZADA

Cuando la tolerancia a una droga produce también tolerancia a otra del mismo tipo, a veces de otra conexa; por ejemplo, la heroína produce tolerancia cruzada a la morfina y viceversa; el consumo intenso de bebidas alcohólicas produce tolerancia cruzada a los fármacos del tipo barbitúrico.

7. NEUROADAPTACIÓN

Complejo proceso de adaptación neuronal a la presencia de una droga, es decir, sensibilización producida a nivel de las sinapsis en donde se comprometen los mecanismos de neurotransmisión. La sensibilización parece ser un proceso irreversible. Estos aspectos son intensamente investigados en la actualidad. Se intenta utilizar el concepto de neuroadaptación y sus correlatos clínicos en reemplazo de los tradicionales conceptos de dependencia psicológica y física. Se produce la supersensibilidad de la membrana postsináptica.

BASES NEUROQUÍMICAS

Las investigaciones de la neuroquímica cerebral han realizado aportes notables a la comprensión de la dependencia a drogas. Revisaremos brevemente los mecanismos implicados.

Se considera que el cerebro humano contiene entre diez y doce mil millones de neuronas y que cada una de ellas tiene la posibilidad de establecer unas 300,000 conexiones. La información excitatoria e inhibitoria llega a través del axón hasta el botón sináptico mediante la despolarización de la membrana; a este nivel se producen los neurotransmisores, pasan al espacio intersináptico favorecidos por el ion Ca. a nivel de la membrana presináptica para luego, una parte de ellos, dirigirse a los receptores para abrir los canales de Na (excitatorio) y el Cl y K (inhibitorios) y así consumar el proceso. Cuando los receptores están ocupados por sus correspondientes neurotransmisores se produce una retroalimentación ordenando que las vesículas se inhiban de producir más neurotransmisores; en el caso contrario, la retroalimentación ordena, más bien, mayor producción de los mismos. Finalmente, éstos se diluyen en el espacio intersináptico, son recaptados por las vesículas productoras o destruidos por enzimas específicas. Estos mecanismos que facilitan la neurotransmisión son alterados por las drogas.

Así, por ejemplo, la cocaína incrementa notablemente la presencia de dopamina; actuando sobre el ion Ca bloquea la recaptación de la misma, lo cual, clínicamente se manifiesta a través de la "subida", es decir, ligereza mental, euforia, sentimiento de poder, pero, luego, la dopamina que permanece en el espacio intersináptico es destruida por enzimas específicas produciéndose clínicamente el "bajón", es

decir el pasaje hacia la disforia, angustia, malestar general e irritabilidad; todo lo cual induce al individuo a repetir el consumo buscando retornar al estado agradable del primer efecto. El consumo crónico de cocaína lleva a la depauperización dopaminérgica, que clínicamente se manifiesta como un estado de anhedonia, caracterizado por la ausencia de resonancia de los centros de placer (de recompensa o reforzamiento) ubicados en el sistema límbico, especialmente en el núcleo acumbens. Esta incapacidad para experimentar placer con estímulos naturales provoca muchas veces las recaídas, por el deseo del individuo de volver a experimentar la sensación placentera. Consecuentemente, el proceso de rehabilitación debe dirigirse también a propiciar la modificación o eliminación de la anhedonia y el regreso de respuestas agradables frente a estímulos naturales.

CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS QUE PRODUCEN FARMACODEPENDENCIA

Se dividen en cuatro grupos. Nos ocuparemos brevemente de cada uno de ellos:

1. Estimulantes del SNC: anfetaminas, cocaína, P.B.C.
2. Depresores del SNC: alcohol, opiáceos, benzodiacepínicos o sedantes menores y barbitúricos.
3. Drogas psicodélicas: cannabis sativa, LSD, mescalina, etc.
4. Inhalantes.

El DSM IV (y en la primera columna el modo como la CIE-10 los consigna) clasifica estos trastornos de la siguiente manera:

Trastornos por consumo de alcohol

F10.2x Dependencia del alcohol [303.90]

F10.1 Abuso de alcohol [305.00]

Trastornos por consumo de alucinógenos

F16.2x Dependencia de alucinógenos [304.50]

F16.1 Abuso de alucinógenos [305.30]

Trastornos por consumo de anfetamina

F15.2x Dependencia de anfetamina [304.40]

F15.1 Abuso de anfetamina [305.70]

Trastornos inducidos por cafeína

F15.00 Intoxicación por cafeína [305.90]

Trastornos por consumo de Cannabis

F12.2x Dependencia de Cannabis [304.30]

F12.1 Abuso de Cannabis

Trastornos por consumo de cocaína

F14.2x Dependencia de cocaína [304.20]

F14.1 Abuso de cocaína [305.60]

Trastornos por consumo de fenciclidina

F19.2x Dependencia de fenciclidina [304.90]

F19.1 Abuso de fenciclidina [305.90]

Trastornos por consumo de inhalantes

F18.2x Dependencia de inhalantes [304.60]

F18.1 Abuso de inhalantes [305.90]

Trastornos por consumo de nicotina

F17.2x Dependencia de nicotina [305.10]

Trastornos por consumo de opiáceos

F11.2x Dependencia de opiáceos [304.00]

F11.1 Abuso de opiáceos [305.50]

Trastornos por consumo de ansiolíticos

F13.2 Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [304.10]

F13.1 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [305.40]

Trastorno por consumo de otras sustancias (o desconocidas)

F19.2x Dependencia de otras sustancias (o desconocidas) [304.90]

F19.1 Abuso de otras sustancias (o desconocidas) [305.90]

ESTIMULANTES DEL SNC

1. ANFETAMINAS

Son sustancias psicoestimulantes, actúan sobre la dopamina y norepinefrina aumentando su liberación y bloqueando la recaptación.

Efectos: Inquietud con excitabilidad, disminución del sueño, anorexia, sentimientos de grandiosidad y de poder, elación, por lo que los individuos se tornan expansivos, aumento notable de la tolerancia a la fatiga, ilusiones y alucinaciones. Dosis mayores pueden producir un cuadro psicótico, de tipo paranoide, con conducta suspicaz, irritabilidad, delusiones de daño y persecución y agresividad manifiesta. Dosis altas continuadas producen un síndrome de agotamiento, con depresión e ideas suicidas. La tolerancia es de 20 veces la dosis inicial.

Su uso se ha extendido como anorexígeno y es muy frecuente encontrar en pacientes mujeres, al comienzo de la historia adictiva, un intento por bajar de peso. En los Estados Unidos, se usa con mucha frecuencia, mezclada con cocaína. El tratamiento de la intoxicación aguda es a base de clorpromazina y haloperidol.

2. COCAÍNA

Es un potente estimulante del SNC. Veinticuatro millones de personas la consumen en los Estados Unidos, de las cuales cinco millones son consumidores compulsivos. La prevalencia de vida del consumo de clorhidrato de cocaína es de 2% en el Perú, 11% en los Estados Unidos, 1,3% en Bolivia, 1% en Ecuador.

La prevalencia de vida del consumo de pasta básica de cocaína en el Perú es de 5,6%, y en forma alarmente se detectó un 14% en el Valle del Huallaga.

Se usa en diversas formas: por la mucosa nasal, como clorhidrato, que puede también ser mezclado con heroína e inyectado (speed ball). La base libre, y el crack, que es la cocaína pura hidrolizada, son tratados con bicarbonato para darles consistencia, calentándolos en pipetas de vidrio y fumados. El 80% del alcaloide llega al cerebro, siendo suficiente dos segundos para que la droga esté presente a nivel neuronal. En nuestro medio el uso de la pasta básica de cocaína (PBC), que es un sulfato de cocaína (del 40 al 80%), mezclado con diversas impurezas (ácido sulfúrico, ácido benzoico, metanol, jabones, kerosene), se hace fumándola mezclada con tabaco ("tabacazo") o con marihuana ("mixto").

2.1. SÍNDROME DE LA PBC

Fase Prodrómica. Todos los investigadores coinciden en señalar como desencadenante del síndrome de la PBC una fase en la que emerge la apetencia y que, con propiedad, se asocia al síndrome de abstinencia. De esta manera se inicia una curva negativa disfórica, displacentera, con angustia y manifestaciones vegetativas como temblor, sudores e incremento de los movimientos peristálticos (gusanera) que desaparecen completamente con el consumo del primer tabacazo.

Fase Crítica. Se caracteriza por la presencia de experiencias placenteras y euforia de muy baja duración; casi siempre es referido sólo hasta el séptimo tabacazo. La primera aspirada del primer tabacazo produce una expansión placentera intensa pero muy breve que dura apenas de tres a cuatro minutos, acompañada de cierta claridad mental, ligereza física, euforia, y, a veces, excitación sexual. Un tabacazo dura más o menos tres minutos; después de terminarse el primero, el displacer es mayor, lo cual obliga al individuo a preparar uno nuevo y así sucesivamente. Luego de setenta "tabacazos" el consumo estará acompañado de intensa angustia, irritabilidad e inquietud, y se asociará a otras manifestaciones psicopatológicas que describiremos a continuación:

Estimulación vegetativa: Aumento de la frecuencia respiratoria así como de la presión arterial, taquicardia, hiperreflexia osteotendinosa, hiperhidrosis, muchas veces hipertermia, parestesias, deseo de miccionar o defecar, temblor de extremidades, adormecimiento de labios y boca, sialorrea, náuseas y vómitos en algunos casos.

Hipersensibilidad sensorial: hipersensibilidad olfatoria que acompaña a cada tabacazo, mientras el fumar los primeros todavía resulte agradable. Antes de la caída a cero en la curva de euforia y la acentuación de la disforia se inicia la hipersensibilidad auditiva que se incrementa gradualmente, por lo que el consumidor solicita silencio y puede tornarse agresivo si no es obedecido.

Alteraciones psicomotrices: Se inicia con un aumento de la actividad motora: puede asociarse a

locuacidad, pero muy pronto se invierte produciéndose una lentificación motora asociada a rigidez muscular (dura) y mutismo (muda).

Síndrome paranoide: Comienza en forma gradual después del primer tabacazo y se intensifica después del cuarto o quinto. Se presenta prácticamente en el 100% de consumidores, que se tornan suspicaces y desconfiados, creen ser espiados o que están en riesgo de ser apresados por la policía; la suspicacia es máxima durante el consumo y recién desaparece, en la mayoría de ellos, después de haber terminado de consumir.

Pseudopercepciones: Principalmente ilusiones visuales que se asocian al síndrome paranoide; por ejemplo, el individuo puede observar un tronco como si fuera un policía; y auditivas, que tienen una correlación directa con el síndrome paranoide.

Además de las mencionadas manifestaciones pueden haber otras como: pensamiento prolijo, amnesia de fijación y lacunar, agresividad verbal o física, estados delirantes, estado crepuscular, embriaguez y embotamiento, así como despersonalización, desrealización y, en muy pocos casos, sopor y coma.

Fase Post-crítica: Comienza cuando el individuo deja de consumir y, luego de dormir, amanece fatigado, irritable, sudoroso, con disminución del impulso sexual, sentimientos de culpa y autopromesa de no volver a consumir.

Síndrome de abstinencia: Es importante recordar que, hacia 1980, el modelo de dependencia física utilizado por el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III; APA, 1980), consideraba a la cocaína incapaz de causar real dependencia, pues en los cuadros de abuso no aparecían ni los dramáticos síntomas físicos de tal síndrome ni el fenómeno de tolerancia tan característicos de la dependencia a opiáceos. Este error, sin embargo, ha sido corregido, y desde el DSM-III-R se diagnostica dependencia a la cocaína sin requerir los síntomas físicos de la tolerancia y abstinencia asociados al uso de opiáceos.

La cocaína consumida por vía nasal, inyectada o fumada, presenta un claro síndrome de abstinencia caracterizado por depresión, apetencia intensa por la droga, aislamiento social, temblor, dolores musculares, sueño prolongado, cambios en el ritmo del sueño.

El metabolismo de la cocaína se lleva a cabo por la acción de la colinoesterasa. Así, las personas que toleran más los efectos de la cocaína presentan niveles elevados de colinoesterasa; así mismo, se ha comprobado que, a medida que se utiliza la droga, se va incrementando la actividad de la colinoesterasa.

En los últimos cinco años, los investigadores coinciden en señalar que ya no es importante la dilucidación de si la dependencia es física o psicológica, sino la afirmación de que la PBC, en particular, y la cocaína en sus variadas formas, en general, son adictivas. Lo demuestra el hecho de provocar una compulsión intensa por el consumo, produciendo una pérdida del auto-control tendiendo el consumo a hacerse crónico a pesar de las consecuencias catastróficas para la salud, la familia y la sociedad; finalmente, porque se constituye en un comportamiento que de no ser detenido lleva inexorablemente a la destrucción.

Es así como el concepto de neuroadaptación explica, como un continuum, y no como procesos diferentes, lo que tradicionalmente se conoce como dependencia psicológica y dependencia física.

Fase Crónica. En el consumidor crónico de PBC se produce una extinción gradual de los comportamientos más diferenciados como son los valores, tornándose el paciente en un sujeto cínico, mentiroso, deshonesto e incorporando un claro síndrome de psicopatización secundaria; luego se extinguen los comportamientos intermedios como son los hábitos de trabajo y estudio; el individuo modifica su bioritmo, consumiendo la droga en la noche y durmiendo en el día; finalmente, se deterioran los comportamientos primarios como son los hábitos de alimentación, cuidado e higiene personal, manifestándose un serio deterioro con desnutrición, presencia de numerosos problemas infecciosos y de otra índole, favorecidos por el poder inmunodepresor de la droga.

2.2. Tratamiento

El tratamiento de la intoxicación aguda por cocaína está dirigido al mantenimiento de las funciones vitales. De preferencia, no deben utilizarse drogas tipo fenotiazinas o butirofenonas porque aumentan la

depleción dopaminérgica. Su empleo sólo está justificado cuando el comportamiento o riesgo agresivo son muy elevados, la "apetencia" es muy intensa o existe evidencia clínica de psicosis. Estudios recientes y nuestra propia experiencia personal nos permiten afirmar la utilidad de la bromocriptina; en dosis de 0.650 mg. tres veces al día, disminuye la "apetencia" significativamente. Asimismo, es útil el uso de la desipramina, especialmente cuando los cuadros se acompañan de depresión. En personalidades ciclotímicas o cuando la dependencia se asocia a cuadros afectivos bipolares, el carbonato de litio es de gran utilidad. Igualmente se está utilizando el bupropion.

DEPRESORES DEL SNC

1. ALCOHOL

(Ver Capítulo 21)

2. OPIÁCEOS

Los opiáceos se utilizan como potentes analgésicos. En nuestro medio se usa la codeína como componente de jarabes para la tos. La heroína, otro derivado opiáceo, se consume en gran cantidad en los países desarrollados. América Central y del Sur comenzaron a ser afectados por su uso, pero la cocaína la ha reemplazado totalmente, al extremo que, en la actualidad, la adicción a la heroína es rara.

La tolerancia parece estar directamente relacionada con la utilización de 15 mg. de morfina o su equivalente en heroína o metadona de uso habitual. En nuestro medio se observan casos de abuso de jarabes para la tos que contienen codeína. Algunos consumidores ingieren hasta 20 frascos diario; sin embargo, no hemos observado síndrome de abstinencia catastrófico como el provocado por la heroína.

Intoxicación y sobredosis. La dosis óptima de morfina, heroína o metadona parece depender de factores tales como: experiencia previa con drogas, personalidad, presencia o ausencia de dolor, expectativa de los efectos mismos y el entorno en el cual se utiliza la droga. El individuo experimenta un estado de bienestar o de euforia y cierta somnolencia, aproximadamente 20 minutos después de la inyección, lográndose la máxima intensidad de la experiencia, que luego disminuye en intensidad en el curso de cuatro a seis horas. Se conocen las dosis mínimas letales con exactitud, pero puede haber una sobredosificación a partir de los 60 mg de morfina o su equivalente en heroína, produciéndose parestesias, miosis, disminución de la frecuencia respiratoria, de la temperatura corporal y, además, espasmo de los esfínteres de musculatura lisa.

La sobredosis produce midriasis, arreflexia, bradicardia o hipotermia, debilidad e irregularidad del pulso y coma. En estos casos, además de los tratamientos médicos de conservación de los procesos vitales y oxigenación rápida, es necesario el uso de un antagonista específico como la nalorfina, 0,3 a 0,5 mg. ó 0,01 mg por kilo de peso, administradas cada 3-5 minutos, hasta un total de tres dosis.

La intoxicación crónica suele desarrollarse paulatinamente, asociándose a un menoscabo corporal con claros síntomas de deterioro del SNC y enfermedades varias como hepatitis, infecciones, edema pulmonar, etc.

Síndrome de abstinencia. Se caracteriza por la presencia de bostezos, lagrimeo, rinorrea, midriasis, sudores, piloerección, tremor, anorexia e inquietud psicomotora, que comienza aproximadamente 12 horas después de la última dosis y alcanza su acmé a las 40 horas. Luego se agregan calambres o cólicos abdominales, náuseas, vómitos, diarreas, dolores musculares, hipertensión, hiperpnea, fiebre, insomnio, sudores profusos y pérdida de peso. El diagnóstico se hace a partir de la sintomatología descrita y por la presencia de las marcas dejadas por la utilización de agujas hipodérmicas, o cicatrices de flebitis a la altura del codo o en otras áreas corporales. También se utiliza como medio diagnóstico la inyección subcutánea de nalorfina; si el individuo está intoxicado le provoca, después de 20 minutos, midriasis, taquipnea, sudores, bostezos, lagrimeo y secreción nasal.

2.1. Tratamiento. La suspensión de la droga se logra mediante el tratamiento del síndrome de abstinencia o a través de una suspensión gradual. La detoxificación selectiva es posible mediante la sustitución de la heroína por metadona; son suficientes 5 a 10 mg de metadona cada ocho horas, dosis que posteriormente se reduce, gradualmente, a razón de 5 mg por día.

3. BENZODIACEPINAS

En 1960 aparece en la farmacopea el clodiazepóxido y su uso se difunde rápidamente. Se metaboliza en el hígado y sus metabolitos pueden ser hallados en la orina; su vida media de permanencia en la sangre es de 24 horas. La dosis letal en sujetos humanos no está establecida. Si se usa durante 60 a 180 días, el individuo comienza mostrar manifestaciones de dependencia pudiendo llegar a ingerir 600 mg diarios.

Hacia 1983, en los Estados Unidos se había realizado 45 millones de prescripciones de diazepam en un año, cincuenta y cuatro mil episodios de abuso de drogas y el 51% de intentos de suicidio en mujeres tenía relación con esta droga.

El diazepam tiene una vida media de 7 a 12 horas. Si se usa por más de 42 días se presenta un síndrome de abstinencia. Los dependientes a esta droga pueden tomar hasta 120 mg diarios.

Las benzodiazepinas producen inhibición, a través de los canales de Cl, de los receptores de la membrana postsináptica; además se ha postulado la existencia de receptores específicos para ellas. Las benzodiazepinas cambian la actividad normal del GABA; producen una dependencia marcada y concomitante síndrome de abstinencia. La tolerancia parece nos ser tan intensa como aquella a los barbitúricos. Su suspensión abrupta puede producir convulsiones de tipo gran mal. Las benzodiazepinas disminuyen la ansiedad porque ocupan el receptor, funcionando como agonistas y disminuyendo la necesidad de aquél por la endorfina así como disminuyendo la producción de esta última.

Efectos adversos a dosis terapéuticas: Incremento de la hostilidad e irritabilidad, trastornos del sueño, adormecimiento, fatiga y ataxia; menos frecuentemente se observa confusión mental con desorientación, depresión, diplopia, disartria, cefalea, hipotensión, constipación, incontinencia y retención urinaria, ictericia, cambios en la libido, náuseas, tremor, vértigos, visión borrosa.

Síndrome de abstinencia: Caracterizado por calambres abdominales, vómitos, insomnio, sudores, convulsiones y tremor.

3.1. Tratamiento. Estará dirigido a una reducción gradual de las benzodiazepinas, en un período prolongado, que sea casi similar al tiempo que duró la adicción.

4. BARBITÚRICOS

Son sustancias químicas depresoras del SNC. Esta adicción depende de la dosis, de la vía de administración, del grado de absorción, del metabolismo y de la excreción. Por vía oral, la vida media es de 5 a 10 minutos para el pentobarbital y de 79 a 100 minutos para el fenobarbital.

Intoxicación aguda: Miosis, disminución de los reflejos superficiales, ataxia con caída, lenguaje farfullante, confusión con desorientación, pensamiento lento, déficit en la atención y la memoria, fallas del juicio crítico, labilidad emocional, depresión respiratoria y muerte. También provoca efectos adversos como la supresión del sueño REM, excitación paradójica caracterizada por sueño intranquilo, excitación y delirio; en personas hipersensibles puede producirse daño hepático. Las dosis elevadas inhiben la contractibilidad del miocardio.

Síndrome de abstinencia: Los síntomas son:

Día 1: Insomnio, temblor, debilidad.

Día 2: Aumento del temblor así como de la debilidad, hiperreflexia.

Día 2-3: Convulsiones en el 75% de los casos, estatus epiléptico.

Día 3-5: Insomnio, delirio, confusión, alucinaciones visuales y auditivas, hiperpirexia, deshidratación y muerte.

En las intoxicaciones crónicas se produce un estado de sopor casi permanente, alterándose todas las funciones intelectuales así como las capacidades laborales, familiares y sociales del individuo. Su uso a

largo plazo lleva, inexorablemente, a un síndrome orgánico cerebral crónico.

4.1 Tratamiento. Pueden utilizarse diversos fenotiazínicos como la clorpromazina y la levomepromazina por sus cualidades sedantes; sin embargo, el tratamiento fundamental está dado por el uso de barbitúricos como el pentobarbital (200 mg dosis inicial) o fenobarbital (60 mg) con supervisión de los procesos vitales durante las 24 horas y repetición de las dosis de barbitúricos cada 6 a 8 horas. Pasadas las 48 horas se inicia la reducción de la dosis a un ritmo de 30 mg. diarios. También se pueden utilizar antidepresivos tricíclicos, que serán reducidos en 3 ó 4 días.

DROGAS PSICODÉLICAS

1. MARIHUANA

La variedad cannabis sativa es la más consumida en nuestro medio. Se utiliza la combinación de flores, hojas y tallos, para obtener la resina. La planta tiene más de 400 componentes químicos, 60 de los cuales son cannabinoides; dentro de ellos, el 9 delta tetrahidrocannabinol (THC) es uno de los más importantes. La concentración depende del cultivo, del crecimiento y de las partes de la planta.

El hashish es el exudado de resina de las flores de la planta hembra: puede alcanzar concentraciones hasta de 70% de THC. Las hojas secas, que se consumen habitualmente fumándolas, tienen una concentración de 75% de THC.

Efectos: A dosis baja y moderada actúa como sedativo hipnótico, parecido al alcohol y a la benzodiazepina. A dosis alta provoca euforia, alucinaciones, sensación de volar, similar al LSD. En 1977, el 60% de jóvenes en Estados Unidos la usaban; actualmente, uno de cada cuatro la usa. La prevalencia de vida del consumo de marihuana en el Perú es de 7,8%, siendo más prevalente el uso en sujetos de sexo masculino. Cada cigarrillo contienen más o menos 30 mg. de THC. A los 20 minutos se alcanza el mayor efecto; cuando se come la planta el mayor efecto se alcanza a las dos horas. La presencia de sus metabolitos en la orina es detectada hasta una semana después del consumo; en la sangre se les puede encontrar hasta las cuatro semanas. Estando en el torrente sanguíneo tiende a depositarse en los tejidos grasos, hígado, riñones, bazo, pulmones y testículos. Es metabolizada por el hígado y eliminada por la orina y las heces.

A dosis moderada aumenta el apetito, produce mareos, náuseas, relajación muscular y disminución de la ansiedad. Asimismo, incrementa la agudeza visual y auditiva, aumenta el pulso, produce debilidad muscular e incoordinación, hipersensibilidad sensorial, bulimia, risa incontrolable, estados de ensoñación, sensación de estar flotando, distorsión del tiempo, espacio y color, sentimiento intenso de gozo, exaltación, excitación, intensificación de los sonidos y ocasionales reacciones de pánico. A mayor dosis más pronunciada la actitud paranoide, confusión con desorientación, despersonalización, fantasías, ilusiones y alteraciones de la imagen corporal.

Su acción a nivel neuronal parece dirigirse a la membrana celular más que a un receptor específico. El consumo crónico disminuye la libido, produce oligoespermia, afecta la fertilidad al actuar sobre las hormonas que influyen en la liberación del óvulo y desarrollo del espermatozoide, disminuye los niveles de testosterona, afecta el desarrollo intrauterino del feto; igualmente se ha comunicado casos de muerte fetal así como disminución significativa del peso al nacer, pudiendo producirse retardo mental. En la mujer produce un incremento del número de ciclos menstruales, disminución de los niveles de prolactina y de progesterona y alteración de las prostaglandinas, que regulan la contractibilidad del útero. Son también frecuentes los efectos en el aprendizaje, como la desintegración temporal, provocada por el daño a nivel de la memoria, pensamiento y de la capacidad de resolución de problemas; alteraciones en la memoria de fijación, en la toma de decisiones, dificultad ideativa o de pensamientos orientados a una meta y alteraciones en la atención. El poder cancerígeno de la marihuana es siete veces más potente que el del tabaco.

1.1. Tratamiento. En los casos de intoxicación aguda se requiere hidratación inmediata. Puede, además, usarse neurolépticos cuando se aprecia irritabilidad y agresividad de características psicóticas o sedantes del tipo diazepam. Este último debe usarse por un periodo no mayor de 30 días.

En nuestro medio, la marihuana es una droga de iniciación que conduce al consumo de drogas de mayor riesgo tales como la PBC o al consumo mixto de ambas. Su aparente falta de peligrosidad ha provocado

pressiones en muchos países para su legalización, pero la investigación actual ha demostrado su real peligrosidad por lo que su uso está prohibido en la mayoría de los países.

2. DIETILAMIDA DEL ÁCIDO LISÉRGICO (LSD)

El LSD es un producto sintetizado del alcaloide del cornezuelo del centeno. Produce pseudopercepciones, alteraciones en el esquema corporal, dismegalopsia, ensimismamiento y perplejidad, que se asemejan a la regresión autista en los esquizofrénicos. Su uso crónico puede provocar francas reacciones paranoides y evidentes trastornos de la personalidad.

El abuso de esta droga comenzó en la década del 60, pero ha disminuido gradualmente. Puede desencadenar psicosis esquizofrénica en individuos predispuestos y, a ciertas dosis, provocar la llamada psicosis modelo caracterizada por la presencia de alucinaciones visuales, auditivas, cenestésicas y actos compulsivos que pueden conducir al suicidio, homicidio u otras formas de conducta destructiva.

2.1. Tratamiento. En la terapéutica de la intoxicación por LSD o cualquier otro alucinógeno es importante el control de la angustia. Puede utilizarse dosis bajas de fenotiazínicos como la clorpromazina.

3. Inhalantes

El uso de inhalantes como el tinner, u otras sustancias utilizadas en pegamentos (Terocal), como el éter, acetona o la gasolina, se han constituido en un serio problema en las últimas décadas en México y en los países andinos, especialmente entre niños y adolescentes.

Su uso se observa, generalmente, en menores de 8 a 15 años, de condición socioeconómica baja, y, por lo común, residentes de las áreas marginales de las grandes ciudades. Los efectos clínicos incluyen alucinaciones y un estado de desinhibición y euforia. Los niños consumen los solventes utilizando bolsas de plástico. Muchas de las muertes comunicadas en jóvenes de esta edad se han debido a asfixia accidental por mantener la cabeza dentro de la bolsa.

La adicción crónica produce un síndrome orgánico cerebral difuso así como alteraciones en los nervios periféricos con parestesias y paroplejia. También se observan cataratas, habiéndose informado casos de anemia aplásica.

3.1. Tratamiento. En la intoxicación aguda se debe conservar y mantener los procesos vitales, siguiendo una estrategia de sostén. Se usará medicación complementaria de acuerdo a los síntomas ejes.

REHABILITACIÓN

El tratamiento de las manifestaciones de la intoxicación aguda o del síndrome de abstinencia no garantiza, en absoluto, que el paciente se abstenga de volver a consumir la droga, por lo que el tratamiento a largo plazo debe instalarse con los siguientes objetivos:

1. Contar con la plena aceptación del paciente, quien debe estar motivado para su rehabilitación.
2. Lograr la abstinencia total a todo tipo de droga para lo cual será necesario un significativo cambio en su estilo y filosofía de vida. Consecuentemente, las técnicas deberán dirigirse a modificar el sistema de creencias y de interpretaciones que el paciente hace de su realidad en general, y de sus relaciones interpersonales en particular.
3. Si el paciente es traído a la consulta contra su voluntad deberá evaluarse las contingencias familiares que mantienen la falta de motivación para el tratamiento. Los roles que cada uno de los miembros de la familia aprendieron para mantener la homeostasis patológica de la misma, deberán ser modificados para favorecer la motivación del paciente.

4. Las técnicas grupales son de importancia fundamental para que reciban la retroalimentación de su comportamiento por medio de personas que tienen el mismo problema. Además, a través del grupo y bajo adiestramiento constante, el sujeto reincorpora los comportamientos extinguidos por el trastorno.

5. Finalmente, la experiencia que hemos acumulado en el tratamiento de muchos pacientes en el país, demuestra que un programa de rehabilitación que utiliza instrumentos adecuados como historia clínica dirigida al problema, instrumentos de evaluación de objetivos terapéuticos, control de la droga en orina y seguimiento sistemático, permite desarrollar un método que logra niveles de abstinencia cercanos al 50% (considerando la muestra total y original) luego de un seguimiento que va desde seis meses hasta seis años.

Este programa ha incorporado, además, un sistema de autogestión que permite al paciente mantenerse activo, resultando el costo-cama-hospitalaria para el Estado más económico que cualquier otra cama en el área de la salud mental, lo cual se adecúa a nuestra realidad socioeconómica. El problema de la farmacodependencia es un problema actual que tiene repercusiones profundas y que requiere de un enfoque sostenido y de decisiones políticas a todo nivel para su adecuado manejo.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. NAVARRO, R. "Evaluación de la Adicción a Cocaína, Cannabis y Heroína". En: BUELA-CASAL, G., CABALLO, V. & SIERRA, J. C. Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. 1996.
2. CEDRO. Drogas en el Perú Urbano. Estudio Epidemiológico 1992. Monografía de Investigación No. 9. Lima-Perú 1993.
3. NAVARRO, R. Cocaína: Aspectos Clínicos, Tratamiento, y Rehabilitación. Lima, Ed. Libro Amigo, 1992.
4. NAVARRO, R. "Pasta Básica de Cocaína: Aspectos Clínicos y Terapeúticos". En: F. LEÓN, F. & CASTRO DE LA MATA, R. Pasta Básica de Cocaína. Un Enfoque Multidisciplinario. Lima, Ed. Cedro, 1989.

CAPÍTULO 22: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

FARMACODEPENDENCIA

1. Consumir para experimentar placer o evitar un malestar está relacionado a:
 - Condicionamiento vicario.
 - Dependencia psicológica.
 - Trastorno psicótico subyacente.
 - Todas ellas.
 - Ninguna de ellas
2. La aparición de síntomas físicos cuando se interrumpe el consumo de la droga está relacionada a:
 - Presencia de trastorno orgánico cerebral subyacente.
 - Dependencia psicológica.

- Tolerancia.
- Dependencia física.
- Ninguna de las anteriores.

3. El síndrome de abstinencia cuando se suspende el consumo de una droga se caracteriza por ..., excepto (marque la excepción):

- Un conjunto de síntomas y signos de naturaleza psíquica y física.
- Un incremento del comportamiento de búsqueda de la droga.
- Se inicia el proceso del reforzamiento negativo.
- Eidetismo.
- Aumentan la apetencia y la urgencia.

4. El fenómeno principal en el proceso de la neuroadaptación está dado por:

- Incremento de glía.
- Activación de los circuitos mesolímbicos.
- Supersensibilidad de la membrana postsináptica.
- Ninguna de las anteriores.
- Todas las anteriores.

5. La prevalencia del consumo de pasta básica de cocaína en el Perú es de:

- 20,0%
- 4,2%
- 5,6%
- 1,9%
- 50,0%

6. Las personas que toleran más el efecto de la cocaína presentan:

- Niveles fluctuantes de prolactina.
- Niveles disminuidos de colinoesterasa.
- Niveles elevados de colinoesterasa.
- Niveles normales de colinoesterasa.
- Ninguna de las anteriores.

7. En el consumidor crónico de PBC se produce fundamentalmente la extinción gradual de:

- Capacidad de abstracción.
- Acido Ribonucleico.
- Hábitos del comportamiento.
- Ninguno de los anteriores.

Todas las anteriores.

8. La "apetencia" por cocaína disminuye significativamente con:

Desipramina.

Bupropión.

Bromocriptina.

Todos los anteriores.

Ninguna de las anteriores.

9. El consumo crónico de marihuana produce ..., excepto (marque la excepción)

Disminución de la libido.

Oligoespermia.

Incremento de la autoeficacia.

Riesgo cancerígeno siete veces más potente que el tabaco.

Incremento del número de ciclos menstruales.

10. Las alteraciones pseudoperceptivas producidas por el consumo de PBC son:

Hipersensibilidad olfatoria.

Hipersensibilidad auditiva.

Ilusiones paranoides.

Todas las anteriores.

Ninguna de ellas.

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 23

TABAQUISMO: DEPENDENCIA A LA NICOTINA

Ethel BAZÁN VIDAL

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una farmacodependencia a la nicotina que el Manual de Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana DSM-IV incluye como DEPENDENCIA A LA NICOTINA y en el CIE-10 aparece como (F-17). Actualmente, es un problema mundial con una elevadísima mortalidad por las consecuencias de su consumo.

EPIDEMIOLOGÍA

El tabaco en el Perú se fuma en forma de cigarrillos; unos pocos usan pipa o puro. Ferrando, D. (1993) señala que el tabaco ocupa el segundo lugar en prevalencia de vida de uso de sustancias (66,0%), y que un 45,0% de los encuestados manifiesta haber consumido el último año. En lo relativo al sexo, predomina el masculino con el 81,8% sobre el femenino con un 53,8%. En la referencia al consumo del último año, los varones llegan a 64,2% (6 de cada 10) y al 29,3% las mujeres (aproximadamente 3 de cada 10).

El consumo por edad revela que se inicia tempranamente, pues el 17,2% lo hace entre los 12 a 14 años, aumenta con la edad al punto que, entre los 19 a 34 años, las tres cuartas partes fuman con porcentajes estables. La autora señala que, a medida que aumenta la edad, aumenta el consumo el último año. Entre los menores (12 a 14 años) el consumo remoto es mayor, llega a un 11,4%, y el uso actual a un 5,8%. La misma autora dice que la tendencia del consumo del tabaco con la edad, se presenta de manera similar al alcohol. Señalamos que ella investiga una población de 12 a 50 años, por lo tanto no incluye a los menores de 12, quienes se inician fumando, especialmente los marginados, que consumen a su vez Terokal.

Pinillos y Bazán investigan el tabaquismo entre los médicos en una muestra de 3 148 galenos, y encuentran una prevalencia actual de 25,7%. De acuerdo al sexo, 27,7% entre los varones y 19,1% entre las mujeres. La prevalencia más alta se da entre médicos de menor edad, 29% entre los de 30 a 44 años; los mayores de 65 años llegan al 10%. De acuerdo a las especialidades, los extremos varían entre 12,2%, salubristas y 53,8% entre los reumatólogos. Llama la atención que entre los especialistas que tratan las consecuencias del tabaquismo, hallemos una prevalencia de :

Cardiólogos	29,9%
Neurólogos	29,4%
Médicos generales	28,2%
Pediatras	24,7%
Gastroenterólogos	22,7%
Neumólogos	19,1%
Psiquiatras	17,2%
Oncólogos	16,6%
Internistas	14,9%
Salubristas (Med.Prev.)	12,2%

El mismo estudio señala que han dejado de fumar una mayor proporción de médicos varones (50,3%) que de mujeres (40,7%).

SINTOMATOLOGÍA

La sintomatología se caracteriza por la compulsión o deseo de fumar. Algunos lo catalogan sólo como hábito. Aun cuando fuman diariamente sólo pocos cigarrillos se puede afirmar con seguridad que hay una verdadera dependencia al tabaco.

Los criterios para el diagnóstico según el DSM III son:

- a) Uso de tabaco durante unas semanas, como mínimo a un nivel equivalente a más de 10 cigarrillos diarios, conteniendo un mínimo de 0,5 mg. de nicotina.
- b) Cese total o reducción en el uso de tabaco, seguido a las 24 horas como mínimo de los siguientes síntomas:

- 1º Deseo de fumar
- 2º Irritabilidad
- 3º Ansiedad
- 4º Dificultad para concentrarse
- 5º Intranquilidad
- 6º Dolor de cabeza
- 7º Somnolencia
- 8º Trastornos gastrointestinales

DEPENDENCIA FÍSICA

La existencia del síndrome de abstinencia, con síntomas que desaparecen cuando se fuma, afirma la dependencia física, descrita desde 1965 por Goodman y Gilman. Otros autores, Luchesi, Schuster y Emily, con experiencias a ciegas en fumadores, usando nicotina, comprueban que la dosis inyectada de

2 a 4 mg por hora disminuye notablemente el uso de cigarrillos. Los expertos de la OMS afirman que la nicotina no es una sustancia que pueda tomarse ocasionalmente si hay dependencia, sino, una de las pocas que es preciso absorber a intervalos de algunas horas para prevenir los síntomas de abstinencia. Otros autores afirman que el fumar es una reacción que satisface una necesidad y reduce tensiones creadas por la mismas.

Anotamos los efectos inmediatos de la nicotina: fumar un cigarrillo produce un aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, un mayor consumo de oxígeno basal; 20 minutos después de la inhalación del tabaco se observa una gradual constricción de los vasos sanguíneos periféricos. Se ha comprobado que dosis bajas estimulan el sistema nervioso, y las altas llegan hasta a paralizar el sistema respiratorio y producir temblor y convulsiones. En relación al EEG, Brown observa que tras fumar intensamente aparecen menos ondas alfa en relación a los grupos control. Knapp observa que al suprimir el cigarrillo en los fumadores durante 3 días, hay una disminución del pulso en número de 20. Todo lo anterior nos demuestra claramente la dependencia fisiológica al tabaco.

DEPENDENCIA PSICOPATOLÓGICA

La dependencia psicopatológica al tabaco se aprecia:

- a) Por los síntomas psicopatológicos que son parte de la dependencia física.
- b) La necesidad de consumir tabaco como consecuencia de otros factores alejados, estados previos de ansiedad de otro origen, deseo de sentirse bien, de imitar a otros que fuman. Así, el inicio en el fumar se viene dando cada vez más precozmente, a veces en niños de 6 a 9 años, que por imitación o curiosidad lo hacen. Los mismos factores influyen poderosamente para el inicio en los adolescentes, unidos a la rebeldía, deseo de independencia y de pertenecer a su grupo gregario. Staker y Bartman clasifican la iniciación vinculada con factores internos y externos. Entre los internos, citan la disposición hereditaria, y entre los externos, la imitación, alimentada por la publicidad.

Hay diferentes autores que prueban la existencia de factores hereditarios; así Tood y Mason han demostrado mayor concordancia del tabaquismo entre gemelos univitelinos que en los dizigóticos.

Entre los factores constitucionales, estudios como los de Seltzer, demuestran mayor morbilidad del tabaquismo entre las damas con componente somático de masculinidad (hombros, cadera, tórax, voz, etc.).

Los estudios de personalidad de Eysenck, señalan una clara relación entre el hábito de fumar cigarrillos y la extraversión. De acuerdo a esta tesis los fumadores disfrutarían más en sociedad, necesitando más contactos sociales y reuniones. Otros autores afirman que los fumadores tienen tendencia a la "búsqueda de sensaciones o de peligro".

DEPENDENCIA SOCIOCULTURAL

Históricamente el tabaquismo era propio de las culturas indígenas, como parte de ciertos rituales. Aparte del cigarrillo hay otras formas de consumo de tabaco; así, en la selva peruana se fuma el SÍRICAPI, tabaco puro que se enrolla en papel zig zag, o en hojas de plátano o maíz. Se hace mención al BIDI, tabaco secado al sol y enrollado en tamburini (dispyros melamoxilon). El Bidi se fuma en la India y en Nepal, Indonesia y Tailandia. El CHILON SULPA, es la pipa de barro que se usa en la India. El tabaco es masticado en varios países, como el Naswar en Afganistán. En nuestro país suele fumarse en los ritos del curanderismo y la adivinación.

El estilo de vida y los modelos sociales, permiten que se inicie y perpetúe el uso del tabaco. Son grupos modelos importantes: los padres, los amigos, los ídolos, los triunfadores y prestigiosos, que son usados no éticamente por la publicidad. Para el varón y la mujer, la belleza, la fuerza, la virilidad, el éxito son los modelos más usados. En los últimos años, la afirmación feminista es otro factor que puede determinar que las damas prueben y corran el riesgo de devenir tabacómanas.

DEPENDENCIA ECONÓMICA

La OMS dice: «el tabaco proporciona empleos e ingresos a docenas de millares de familias dedicadas al cultivo, la fabricación y el comercio en todo el mundo. El tabaco sostiene a una industria publicitaria floreciente (que sin embargo podría encontrar con facilidad otras fuentes de ganancia). Algunos países en desarrollo como Brasil, Malawi, República Unida de Tanzania y Zimbabwe dependen en gran medida de los ingresos del tabaco. Se afirma que el tabaco rinde dos veces más que el azúcar, y diez veces más que el maíz. Un estudio en 1977 revela que un trabajador en la India gana 240 dólares al año, mientras que las tabacaleras de Bélgica alcanzan los 10,000 dólares (cuarentiún veces más).

CONSECUENCIAS DEL TABAQUISMO PARA LA SALUD

Las consecuencias del tabaquismo para la salud dependen de la nicotina y más aún del humo del tabaco, que contiene monóxido de carbono y diversas sustancias cancerígenas. Según los informes de la OMS "El hábito de fumar es, a no dudarlo, una de las principales causas evitables de enfermedad y mortalidad prematuras en los países donde está difundido. Se le considera responsable de alrededor del 90% de todos los casos de cáncer del pulmón, del 20% de todos los tipos de cáncer, del 75% de las bronquitis crónicas y efisemas y del 25% de la cardiopatía isquémica en varones menores de 65 años de edad. El uso del tabaco, inclusive en las modalidades de mascar la hoja, ocasiona el 90% de las defunciones por cáncer bucal. Se ha descubierto polonio radiactivo en el tabaco en el Sudeste de Asia. Se calcula que la tercera parte de todos los tipos de cáncer está relacionada con su uso y que cada año, por lo menos, un millón de defunciones prematuras se dan en el mundo por esta causa".

TABAQUISMO INVOLUNTARIO

Los fumadores que respiran en un ambiente de fumadores se convierten en fumadores pasivos. El riesgo de cáncer para los cónyuges de fumadores activos es mayor que el de la población general. Los niños, ancianos, pacientes cardíacos y asmáticos son afectados nocivamente por el humo del tabaco.

MADRE Y NIÑO FRENTE AL TABACO

Se ha comprobado el sufrimiento fetal que causa un aumento de mortalidad perinatal del 20%, de fumar la madre un paquete al día, y de 35% si excede este nivel. El uso del tabaco en el embarazo se asocia a una tasa dos veces mayor de insuficiencia de peso infantil al nacer. Los niños de padres fumadores tienen una mayor incidencia de infecciones respiratorias, tales como bronquitis y neumonía, en el primer año de vida.

TRATAMIENTO

La farmacodependencia a la nicotina es una de las más difíciles de tratar, «Hay miles de formas de tratamiento y miles de recaer», debido a que es una droga socialmente aceptada, a la cual, paradójicamente, la OMS no llega a calificarla como ilegal.

Desde muy antiguo se ha pretendido controlar el tabaquismo por diversos métodos, desde la represión con decapitación (China) hasta la excomunión de los Papas Urbano VIII e Inocencio X. Se han usado otros métodos, como la aplicación de shocks eléctricos, estímulos de saturación y otros.

Estudios bien controlados permiten considerar que la terapia conductual, con desensibilización sistemática, unida a relajación y asesoramiento, puede ser útil.

Los tratamientos farmacológicos han sido poco alentadores. Se han usado tranquilizantes diversos, cafeína, y hace un tiempo, nicotina, en forma de goma de mascar y de parches. Estos últimos requieren un control médico estricto, por los riesgos cardíacos que implican si el paciente fuma estando con el parche o luego de haber consumido la goma.

En todo tipo de terapia se debe informar ampliamente sobre los riesgos de tabaquismo. La reducción gradual puede ser muy útil en combinación con otros métodos.

En el Perú tenemos un curso de 6 días para dejar de fumar bajo los auspicios de la Colat (Comité Nacional de Lucha Antitabáquica), que se da en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas

PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

En el tabaquismo la prevención es la actividad más importante ya que el tratamiento es difícil; así lo afirma la mayoría de expertos. Desde este punto de vista existe un Programa del mundo sin humo para el año 2 000. El Perú tiene actualmente una ley que protege al no fumador: Ley No. 25357, del 27 de noviembre de 1991 y su reglamento con el Decreto Supremo No. 082-93-PCM, del 26 de noviembre de 1993. Dicha ley en el artículo 1º señala: prohíbese fumar en lugares de uso público. Las sanciones pecuniarias son fuente de ingreso de las Municipalidades.

PREVENCIÓN PRIMARIA.

Agente. Teniendo en cuenta la historia natural del tabaquismo y considerándolo como fenómeno pandémico, la prevención primaria se orienta a disminuir y luego eliminar el agente, tanto a nivel del cultivo de tabaco como de la producción de cigarrillos y puros hasta su industrialización y comercialización. Es tal la magnitud del problema que en el mundo se fuma cuatro billones de cigarrillos por año, es decir, cerca de 1,000 por cada varón, mujer o niño. En ellos se gasta entre 85 mil a 100,000 millones de dólares. En esencia, la prevención primaria fundamentalmente es de tipo educativo, con el fomento de un estilo de vida saludable y sin cigarrillos.

Huésped. Aparte de la Ley aludida, no hay medidas específicas que protejan al huésped. No hay vacuna contra el tabaquismo, siendo un problema prioritario para los oncólogos, cardiólogos, neumólogos, internistas y otros profesionales, quienes, con acciones muchas veces simples pueden producir enorme beneficio. Por ejemplo, basta que se tomen 3 minutos para hablar de las consecuencias del tabaquismo al paciente que consulta. Tal proceder se ha mostrado como una medida eficaz y probada por los ingleses. Es, además, importante seguir los lineamientos estratégicos de la OMS:

- a) Precisar argumentos para actuar contra el hábito de fumar.
- b) Evitar que se inicie el hábito de fumar en la población.
- c) Cambiar el comportamiento de los fumadores y reducir las tasas de tabaquismo en la población.
- d) Establecer un ambiente social favorable para los que no fumen.
- e) Precisar que el factor hereditario es importante.

Ambiente. El humo del cigarrillo contamina el ambiente, por lo tanto, toda medida destinada a proteger el ambiente y la ecología es pertinente.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

No hay medidas específicas para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno; pero es necesario precisar que se puede y se debe actuar, diagnosticar y tratar las consecuencias del tabaquismo, el cáncer del pulmón, todos los tipos de cáncer, enfisema, y las cardiopatías.

PREVENCIÓN Terciaria

La limitación de la incapacidad y rehabilitación se dan fundamentalmente en las consecuencias, problema prioritario de los oncólogos, cardiólogos, neumólogos, internistas y otros.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategias contra el tabaquismo en los países en desarrollo. Informe de un Comité de expertos de la OMS. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Serie de Informes Técnicos 695, 1983.
2. PINILLOS, L., BAZÁN, E., LUDI, D., RADOVIC, F., FERREYRA, P. M. & BACIGALUPO, M. A. "El médico y el tabaquismo en el Perú". En: Acta Cancerológica. Vol. XXIII, No. 1, 1993, pp. 17 - 21.

CAPÍTULO 23: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS TABAQUISMO: DEPENDENCIA A LA NICOTINA

1. En encuestas nacionales el tabaco ocupa el segundo lugar con una prevalencia de vida de:
 - 46%
 - 56%
 - 66%
 - 76%
 - 86%
2. En referencia al consumo del ultimo año, los varones llegan a una proporción de:
 - 2 de 10
 - 3 de 10
 - 4 de 10
 - 5 de 10
 - 6 de 10
3. El consumo se inicia tempranamente; el 17% lo hace entre las edades de:
 - 09-11
 - 12-14
 - 15-17
 - 18-20
 - Son válidas la segunda y la tercera
4. Pinillos y Bazán encuentran entre los especialistas que tratan el tabaquismo, que los que más abusan del tabaco son los:
 - Cardiólogos
 - Neurólogos
 - Pediatras

Gastroenterólogos

Psiquiatras

5. El mismo estudio señala que los médicos varones han dejado de fumar en una proporción del:

30%

40%

50%

60%

70%

6. Los síntomas de abstinencia al tabaco incluyen los siguientes, menos:

Deseo de fumar

Poliaquiuria

Irritabilidad

Cefalea

Trastornos gastrointestinales

7. El uso de cigarrillos disminuye en los fumadores si se les inyecta nicotina en la dosis de... por hora:

2-4 mgrs

5-7 mg

8-10 mg

Cualquier cantidad de miligramos

Ninguna es válida

8. Se ha comprobado que dosis altas de nicotina pueden:

Paralizar el sistema respiratorio

Producir temblor y convulsiones

Producir menos ondas alfa en el EEG.

Son válidas la primera y tercera

Todas son válidas

9. Señale la que no corresponde al rendimiento económico del tabaco:

Dos veces más que el azúcar

Diez veces más que el maíz

Igual que el petróleo

Son válidas las dos primeras

Son válidas la segunda y la tercera

10. En madres que fuman una cajetilla diaria, se ha comprobado un aumento de mortalidad perinatal de:

5%

10%

15%

20%

35%

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 24

PSIQUIATRÍA INFANTIL

Elsa FELIPA REJAS

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría infantil es una disciplina que todo médico debe conocer. El Perú es un país de gente joven: casi el 50% de su población es menor de 18 años, y el 20%, menor de 6. Paralelamente, múltiples factores generan malestar y sufrimiento en esta población, entre ellas: la desorganización familiar y social, sumadas a las infecciones, intoxicaciones, traumatismos y deshidratación como fenómenos cotidianos, todo lo cual torna prioritaria la atención de salud general y mental de los niños, pues evidencian conductas de riesgo altamente significativas tales como el consumo de alcohol y drogas a la edad temprana de 8 años, y el maltrato infantil -relacionado o no con conflictos parentales- cada vez más detectados a través de la exploración clínica.

Los estudios epidemiológicos en países desarrollados indican que la prevalencia de patología mental en el período infanto-juvenil varía entre 3 y 5%. Los escasos estudios epidemiológicos realizados en el Perú, sitúan la prevalencia alrededor del 15%. La cifra real posiblemente se aproxime al 25%, señalada para países latinoamericanos y del área andina.

Aunque el primer servicio psiquiátrico para niños se organizara en nuestro país en el Hospital Victor Larco Herrera, en 1938, cincuentisiete años después, la organización de los Servicios de Psiquiatría Infantil no guarda relación con el desarrollo explosivo de la población. La enorme tarea de atender los problemas de Salud Mental Infantil en el Perú consiste no solamente en diagnosticarlos y tratar de remediar sus daños, sino, particularmente, en prevenirlos.

DESARROLLO PSÍQUICO INFANTIL

El niño es un ser en evolución permanente, con grandes cambios que se operan en tiempos cortos. El desarrollo afectivo se realiza en la interrelación del niño con su ambiente, especialmente el humano (desde la vida intrauterina está unido íntimamente con la madre, con la que intercambia elementos vitales). Poco a poco se estructuran, se incorporan y hacen propios, emociones y sentimientos. Puede existir daño por carencia o por exceso.

El desarrollo infantil ha sido objeto de diversos estudios con variada orientación y según la doctrina psicológica de cada autor. Intentaremos un esquema descriptivo en concordancia con las escuelas de psicología más conocidas: la de J. Piaget, H. Wallon y la psicoanalítica de S. Freud.

1. ESTADIOS DEL DESARROLLO SEGÚN J. PIAGET.

Su enfoque se centra en el estudio de la operación intelectual (estructura cognoscitiva). No guarda orden cronológico sino secuencial.

1.1. Primer Período, de 0 a 24 meses. Inteligencia sensorio-motriz, anterior al lenguaje y al pensamiento. En su adaptación al medio, el niño pasa por 6 estadios: sensorio motor, de reacciones

circulares primarias y secundarias, de conducta inteligente, de reacciones circulares terciarias y de representación mental.

1.2. Período preoperatorio, de 2 a 7 años. Con el lenguaje, el desarrollo se acelera. Aparecen los actos simbólicos y se inicia el pensamiento intuitivo.

1.3. Período de las operaciones concretas, de 7 a 11 años. Socialización y objetivación del pensamiento, operaciones simples.

1.4. Período de las operaciones formales, Adolescencia. Aparición del Pensamiento formal con coordinación de operaciones lógicas hipotético-deductivas.

2. Estadios del desarrollo según H. Wallon

Este autor orienta sus estudios al proceso de socialización:

2.1. Primer estadio. Impulsivo puro, de 0 a 6 meses. De actividad motora refleja, conducta refleja ante los diferentes estímulos.

2.2. Segundo estadio. Emocional, de 6 a 12 meses. Aparece la simbiosis afectiva, hay necesidad de afecto, de compartir emociones.

2.3. Tercer estadio. Sensorio motor, de 1 a 2 años. Hay orientación hacia los objetos. La marcha y el lenguaje contribuyen al desarrollo.

2.4. Cuarto estadio. Proyectivo, de 2 a 3 años. La acción estimuladora lleva al niño a la necesidad de proyectarse a las cosas para percibirse a sí mismo.

2.5. Quinto estadio. Personalismo, de 3 a 11 ó 12 años. Se llega a la conciencia del Yo. Con la escolaridad entra en la fase de personalidad polivalente.

2.6. Valor funcional de la adolescencia. Donde prima la afectividad y hay acceso a los valores sociales.

3. Estadios del desarrollo libidinal según el psicoanálisis de S. Freud

El psicoanálisis valora el funcionamiento psíquico, da importancia al inconsciente y a los impulsos sexuales en forma dinámica. Distingue los siguientes estadios o fases:

3.1. Fase oral, de 0 a 2 años. El niño obtiene placer a través de la excitación bucal, succionando primero y mordiendo después.

3.2. Fase sádico-anal, de 2 a 3 años. La organización de la libido va unida a la retención y evacuación de orina y heces, y a la destrucción de objetos ambivalencia.

3.3. Fase fálica, de 3 a 5 años. Las zonas erógenas son los órganos genitales. La tensión se descarga por la masturbación. En esta fase se desarrolla el Complejo de Edipo, deseos amorosos y hostiles del niño hacia el padre del sexo opuesto y del mismo sexo respectivamente.

3.4. Fase de latencia, con disminución de la intensidad de los impulsos, permitiendo el paso a otros intereses (culturales).

3.5. Fase genital. El impulso sexual se centra en la zona genital. Reaparecen las tendencias desplazadas, el joven trata de desligarse de los padres convirtiéndose gradualmente en adulto.

4. Integración de los tres enfoques

Partiendo de un punto común, el estudio ontogenético de la personalidad, la integración de los tres

enfoces organiza la observación clínica y permite observar los siguientes pasos evolutivos distribuidos en el ciclo vital:

En el niño de 0 a 12 meses, la afectividad consiste en reacciones emocionales como respuesta de un psiquismo de control precario. El bebé reacciona con ansiedad cuando el medio lo frustra. Las emociones de risa, satisfacción, distensión, son indicadores de seguridad, como la primera sonrisa ante la madre al 3º mes. La angustia al 8º mes, ante el extraño, es señal de inseguridad.

Durante el primer año, las reacciones emocionales están ligadas a la presencia de la madre.

Entre el primer y tercer año se adquieren el lenguaje y la marcha, que lo llevan a explorar el mundo; las respuestas emocionales se tornan más adaptadas y variadas. Se hacen adquisiciones psicomotoras y se estructuran lazos afectivos. El niño tiende a independizarse. También en este período ocurre el aprendizaje del control esfinteriano. La conducta del niño dependerá en gran parte de la actitud de los adultos. El Yo va configurándose dentro de un mundo del cual el niño forma parte.

Entre los 3 y 6 años, período pre-escolar, la relación se establece entre varias personas: madre-padre-hermanos-otros. El niño va accediendo a su propia identidad, toma conciencia de las diferencias sexuales anatómicas y se inicia la sociabilidad.

Alrededor de los 7 años se logra la lateralización definitiva de ojo, mano y pie dominantes. El niño puede ser diestro, zurdo o ambidiestro, con lateralización total o cruzada. La relación con otros niños, inicialmente de rivalidad, se dirige progresivamente hacia el compañerismo y la participación.

Entre los 6 a 11 años, el niño se orienta hacia el mundo que lo rodea (extrafamiliar), se acelera el desarrollo de la socialización y la disciplina. Es la etapa escolar que favorece la influencia cultural, facilitada por la acción pedagógica y los contactos sociales. El pensamiento va tornándose más lógico y racional.

De los 11 a los 13 años, período puberal, con cambios psicofísicos notables, el carácter va estructurándose, adaptándose el comportamiento a la realidad. Empieza el control del mundo interior.

Hacia el 14º año comienza la adolescencia. Los desarrollos físico, psicomotor, intelectual y afectivo, cursan paralelamente. Las observaciones de la evolución somática y psicomotora son tan importantes que, particularmente al principio de la vida, pueden tener valor pronóstico y diagnóstico.

La adolescencia, es la etapa final de la edad evolutiva, considerando como tal el lapso comprendido entre el nacimiento y la adquisición de la estabilidad somática y psicológica propias del adulto. Dos procesos ocurren en ella, el crecimiento de la masa corporal con la configuración sexual definitiva, y el desarrollo de la personalidad; en ambos intervienen factores endógenos, genéticos y fisiológicos, así como exógenos, provenientes de la familia, el medio y la cultura.

La antropología nos dice que las culturas primitivas carecen de adolescentes, pues cuando el individuo alcanza cierta edad, pasa a integrar el grupo de adultos. Muchos jóvenes, sobre todo de países subdesarrollados y del estrato socioeconómico inferior, deben afrontar, desde la adolescencia, responsabilidades de adulto, bien sea por la ausencia de éstos en el hogar o por precariedad de recursos, enfrentando un mundo agresivo y alienante y sin los elementos básicos formativos.

En la adolescencia se distinguen teóricamente tres períodos: la adolescencia temprana, que comprende el promedio de 10 a 15 años; la adolescencia intermedia, de los 13 a los 18 años; y la adolescencia avanzada, de los 16 a los 21 años; siendo siempre más precoz en la mujer. Cada uno de estos períodos tiene expresividades propias en las áreas del pensamiento, sexualidad, socialización, esquema corporal y conducta.

La adolescencia sigue siendo un tema de palpitante actualidad, pues ella es, si cabe el término, un producto cultural, integrado por una constante psicodinámica universal y con variables de dimensiones ecológicas e históricas. Todo se inicia en la pubertad con una verdadera crisis fisiológica. En esta etapa se desencadenan los conflictos y los desajustes de conducta. El adolescente comienza a experimentar sus necesidades propias, a sentirse dueño de sus derechos (situación lógica en un ser que completa su evolución para adquirir un estado definitivo); nacen las amistades, la integración con grupos afines (afinidad muchas veces imaginada por la necesidad de conseguir apoyo para afirmar la propia personalidad); descubre la naturaleza, la cultura, la sociedad, el sexo y el amor. Su curiosidad infinita y

su instinto exploratorio lo arrastra a todos los campos del conocimiento. De la calidad y cantidad de sus contactos dependerá su personalidad adulta.

Normalmente, en el adolescente encontramos: la búsqueda de sí mismo y de su identidad, su tendencia a agruparse, la necesidad de intelectualizar y fantasear, la crisis religiosa, vocacional y existencial, su desubicación temporal, su evolución sexual, su actividad social reivindicatoria, las contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de su conducta, la separación progresiva de sus progenitores y las constantes fluctuaciones de su afectividad.

EXPLORACIÓN DEL PSIQUISMO

Debe realizarse por medio de la entrevista, en primer lugar con los padres, luego con el niño. Cuando se trata de adolescentes puede prescindirse de la información paterna (no siempre) con el propósito de obtener la información pertinente. La entrevista implica la observación directa durante períodos variables.

Debe evaluarse: las conductas problema (quejas), el desarrollo global, la historia familiar, tanto en su organización y dinámica como en sus indicadores de patología; y, especialmente, lo que significa la conducta del niño para los padres. Al niño debe explorársele aparte, tratando de romper las barreras de la inhibición. Una buena técnica es a través del juego y del dibujo libre, para después llegar al diálogo directo cuando el lenguaje del niño lo permita. Si el problema tiene relación con la vida escolar, debe establecerse comunicación con los profesores; cuando tenga relación con la salud física, la comunicación se hará con el pediatra. Todo esto con el conocimiento y consentimiento de los padres. Se tendrá siempre en cuenta el secreto profesional. Aislamiento, silencio, no interrupción, deben ser normas a cumplir estrictamente en la consulta psiquiátrica.

CLASIFICACIÓN

En el Capítulo V (F) de la CIE-10 se evidencian los resultados de un enorme esfuerzo para mejorar el diagnóstico en psiquiatría. Hay una versión para la práctica psiquiátrica infantil, por lo que existen secciones específicas para trastornos que exclusivamente se encuentran en niños, pero otras categorías pueden presentarse a cualquier edad de la vida, por lo que pueden utilizarse en niños y en adolescentes. Se describen con detalle trastornos emocionales de la infancia; trastornos del comportamiento social que comienzan a expresarse en la infancia. Por considerar esta clasificación adecuada y necesaria para el diagnóstico en paidopsiquiatría, la tomamos en cuenta.

TRASTORNOS PSÍQUICOS INFANTO-JUVENILES MÁS FRECUENTES

1. Trastornos del sueño

La psicopatología del sueño está en relación al grado en que éste se afecte, sea en cantidad, calidad, o duración del mismo.

1.1. Insomnio del primer año de vida, que casi siempre responde a una relación perturbada entre el niño y el medio.

1.2. Insomnio precoz severo, que puede ser agitado o tranquilo. No cede al cambio de actitudes, puede traducir severa alteración, como autismo u otra psicosis tempranas.

1.3. Insomnio inicial, normal y transitorio entre 2 y 6 años, ocurre cuando las condiciones externas son perturbadoras.

1.4. Rituales al momento de dormir, frecuentes entre 3 y 6 años, como: uso de frazadita de seguridad o algún juguete. Puede intensificarse hasta llegar a ser una fobia para acostarse; depende de la actitud del entorno.

1.5. Terror o pavor nocturno, constituye una conducta alucinatoria que se inicia mientras el niño está

durmiendo. Lloro, grita atemorizado, no reconoce a los padres; tras unos minutos se calma y sigue durmiendo; hay amnesia posterior. Se la relaciona con ansiedad, severas tensiones y problemas orgánico-cerebrales.

1.6. Pesadillas, sueños de angustia. Son frecuentes en el niño desde temprana edad y en cualquier tiempo de la vida infanto-juvenil. Después del mal sueño, el niño recuerda el contenido penoso del ensueño. Sólo es importante si es muy frecuente.

1.7. Ritmias del sueño, son movimientos rítmicos de oscilación de la cabeza, miembros o de todo el tronco, que preceden al sueño. Desaparecen hacia los 3 años y no tienen connotación patológica. Bruxismo (rechinar los dientes) y somniloquia (hablar dormido) pueden indicar ansiedad.

1.8. Hipersomnia, generalmente de causa neurológica, tóxica, infecciosa o traumática.

La orientación terapéutica de los trastornos del sueño, debe dirigirse hacia mejorar las relaciones del adulto frente al niño.

2. Trastornos del desarrollo del lenguaje.

La psicopatología del lenguaje en la infancia revela alteración de las pautas normales de su adquisición, tornando deficiente la capacidad para comunicarse a través de su uso.

2.1. Trastornos en la articulación del lenguaje. La pronunciación está por debajo del nivel que se espera para la edad mental del niño. Hay omisiones, distorsiones, sustituciones de fonemas. Requieren de reeducación ortofónica.

2.2. Retraso simple en la adquisición del lenguaje. Ocurre en niños solitarios o con problemas intelectuales. Sólo es importante si persiste más allá del tercer año.

2.3. Tartamudez. Puede ser tónica, con bloqueo, o clónica con repetición explosiva de la primera sílaba. Puede acompañarse de movimientos (muecas) o de manifestaciones emocionales. Requiere de reeducación ortofónica y de reducción de la ansiedad concomitante. En la etiopatogenia intervienen factores hereditarios, emocionales, de lateralidad y de aprendizaje.

2.4 Mutismo selectivo. Ausencia de lenguaje como medio de comunicación en niños capaces de hablar. Puede ser de oposición o por un impacto afectivo. Requieren de psicoterapia.

3. Trastornos de la conducta alimentaria en la etapa infanto-juvenil.

Alteración de la conducta alimentaria temprana en la infancia y en la niñez. Rechazo a la alimentación, caprichos alimentarios en niños, púberes y adolescentes, son frecuentes y generan ansiedad en la madre.

3.1. Anorexia en la infancia, falta de apetito, rechazo a los alimentos. Vinculado a relaciones perturbadas madre-hijo.

3.2. Bulimia, apetito exagerado, que origina obesidad. En la etiopatogenia se encuentran los mismos factores que generan la anorexia.

3.3. Anorexia nervosa, trastorno caracterizado por pérdida del apetito y peso inducido o mantenido por el propio paciente. Más frecuente en mujeres muy jóvenes, púberes y adolescentes. Tiende a hacerse crónico. En la etiopatogenia se consideran factores socioculturales y biológicos que interactúan, además de la perturbación severa en la relación padres-hijos. Puede llegarse a la desnutrición y hasta la muerte. Ocasionalmente ocurren períodos bulímicos alternados con la anorexia, vómitos provocados, utilización de laxantes que producen severa alteración electrolítica. Se detiene el crecimiento, hay trastornos endocrinológicos severos y una persistencia obsesiva de la idea y temor a engordar.

4. Trastornos en el control de esfínteres.

Puede considerarse alteración psicopatológica cuando la maduración para esta adquisición está dada y no se ha logrado el control.

4.1. Enuresis, emisión involuntaria de orina, diurna o nocturna. Primaria, cuando nunca hubo control. Secundaria, cuando se pierde el control ya adquirido. Sólo se considera enuresis cuando el niño tiene 5 años o más.

4.2. Encopresis, emisión voluntaria o no de materia fecal en lugares no adecuados (ropa, cama, otros) de acuerdo a las pautas socioculturales del grupo. Hay oposición o resistencia a aceptar normas sociales. En la etiopatogenia de ambos trastornos, son importantes las tensiones entre padres e hijos y el aprendizaje del control perturbado por exigencia o negligencia de los adultos. Es necesario hacer descarte de problemas orgánicos.

5. Trastornos de las conductas motoras.

En la motilidad infantil hay concordancia entre la conducta motora y la actividad psíquica. Piaget dice que en toda acción lo motor y lo energético son de naturaleza afectiva.

5.1. Trastorno específico del desarrollo psicomotor, retraso del desarrollo de la coordinación de los movimientos, con buen CI y un buen desarrollo neurológico. Hay torpeza de movimientos con torpeza visomotora. La coordinación fina y gruesa puede estar alterada desde el inicio del desarrollo, apareciendo como torpeza motora.

5.2. Onicofagia, rinodactilomanía, succión del pulgar, masturbación excesiva y tricotilomanía son trastornos psicomotores que indican ansiedad, abandono afectivo o sufrimiento ante situaciones de conflicto parental.

5.3. Síndrome de déficit de atención (síndrome hiperquinético), presenta como síntomas frecuentes y persistentes: actividad motora intensa, distraibilidad (atención dispersa), impulsividad (conducta impredecible), períodos de atención muy cortos, inestabilidad emocional, bajo rendimiento escolar. Más frecuente en varones. Son propensos a accidentes y plantean problemas de disciplina. Síntomas similares se han descrito como respuesta a injurias cerebrales (síndrome de daño cerebral). Cuando el daño cerebral no es factible de ser evidenciado, solía hablarse de disfunción cerebral mínima (en desuso actualmente). Ahora se engloba bajo el rubro de déficit de atención al síndrome hiperquinético y a la disfunción cerebral mínima. En la estrategia asistencial y terapéutica debe involucrarse al niño, los padres y la escuela. El examen debe ser completo, físico, mental y social. De inicio precoz, entre 3 y 4 años va hasta la adolescencia, donde se diluye y transforma. Es importante el apoyo terapéutico. Los psicofármacos de elección son los psicoestimulantes que mejoran la adaptación del niño a la escuela y al hogar, porque disminuye la hiperactividad. La terapia educativa individual es útil cuando se requiere mejorar las destrezas de aprendizaje. A los padres hay que explicarles adecuadamente el caso y el porqué de las intervenciones terapéuticas para evitar actitudes equivocadas.

5.4. Trastornos de tics. Movimientos involuntarios, absurdos, repetidos, imperiosos, que desaparecen durante el sueño y se incrementan en situaciones de tensión. Los hay motores y fonatorios: guiños, sacudidas, parpadeos, protrusión de lengua, movimientos de cuello y tronco. Van desde muy simples y transitorios hasta muy severos como el síndrome de Gilles de la Tourette, que es un trastorno crónico e incapacitante. Comienza en la infancia o adolescencia y puede ir hasta la adultez.

6. Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.

Para el aprendizaje de lectura, escritura y cálculo se requiere de integración de los estímulos visuales, auditivos y táctiles; orientación espacial normal, dominancia cerebral organizada y lateralidad establecida. La etiología de los trastornos no es conocida; se consideran factores biológicos y psicosociales. Ocurren en los primeros años de la escolaridad y pueden persistir rezagos del trastorno en la adolescencia y en la adultez. Hay deficiencia en rendimiento escolar con buen CI.

6.1. Trastorno específico de la lectura. Déficit específico y significativo del desarrollo de la capacidad para leer que no tiene otra explicación. Está afectada la capacidad de comprensión de lectura y el reconocimiento de las palabras leídas. También se llama Dislexia de evolución.

6.2. Trastorno específico de la ortografía. Déficit específico y significativo del desarrollo de la capacidad de deletrear en voz alta y de escribir las palabras correctamente, problema que no tiene otra explicación.

6.3 Trastorno específico del cálculo. Alteración específica de la capacidad de aprendizaje de la aritmética, dificultad para conceptualizar los números y operaciones matemáticas simples. Las capacidades viso-espacial y viso-perceptiva están afectadas.

6.4. Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar. Cuando están alteradas significativamente las capacidades para el aprendizaje de lectura, escritura, ortografía y cálculo, con CI normal. El diagnóstico de estos trastornos debe ser precoz; los padres y maestros deben conocer la dificultad del niño para evitarle presiones y exigencias que generen sufrimiento innecesario. Requieren de terapia pedagógica especializada de apoyo.

7. Problemas generales de bajo rendimiento escolar.

Niños con CI normal y bajo rendimiento escolar que puede llegar hasta el fracaso. Es necesario identificar los factores causales.

7.1 Por perturbaciones físicas o sensoriales (alteraciones de audición o visión). Enfermedades crónicas de larga evolución (asma, nefritis crónica, leucemias, desnutrición y anemias, de alta prevalencia en nuestro país).

7.2. Por factores socioculturales y económicos, la cultura de la pobreza y sus implicancias, falta de estímulos familiares, condiciones lingüísticas limitadas, familias numerosas, migración de las regiones andinas, problemas de adaptación, etc.

7.3. Por problemas emocionales, síntomas aislados perturbadores del aprendizaje, ansiedad, agresividad, depresión, pobre imagen de sí mismo, que se traducen en actitudes hostiles y negativas.

7.4. Trastornos de conducta, hiperactividad, agresividad y otros, en niños provenientes de zonas deprimidas, donde la conducta antisocial se imita por generaciones.

Es importante evaluar cuidadosamente al niño que fracasa en la escuela. El retardo mental leve no advertido en la etapa preescolar, puede ser causa del mal rendimiento. Debe también prestarse atención a los niños con cociente intelectual limítrofe (CI: 75-85) y aquellos con ritmo de aprendizaje lento.

8. Ausentismo y rechazo a la escuela

8.1 Por problemas menores. Enfermedades físicas crónicas. Por problemas familiares y de trabajo de los padres en zonas marginales y del interior (migraciones y choque cultural), en niños abandonados (niños de la calle).

8.2 Por problemas mayores:

a. Con vagancia; el niño sale de casa hacia la escuela y no asiste a ella, o si entra se escapa. Usa el tiempo escolar para vagar, jugar, formar parte de una banda antisocial. Generalmente los padres se enteran mucho después. El rendimiento escolar es pobre, libros y cuadernos mal conservados. En el tratamiento debe incluirse al niño, los padres y al maestro.

b. Fobia escolar; niño de inteligencia normal o brillante, con buen rendimiento escolar, libros y cuadernos ordenados, de pronto se niega a ir al colegio sin dar justificación real, presenta en las mañanas dolores abdominales, cefalea, náuseas, luego hace crisis aguda de ansiedad, promete ir al colegio y no puede hacerlo. Los fines de semana son menos tensos, la sintomatología reaparece el

primer día de la semana, pierde el apetito, hay dificultades en el sueño, hay dolores erráticos. Ni amenazas ni recompensas consiguen que vuelva a la escuela. Por la irracionalidad de los temores del niño, se denomina "fobia escolar", pero el problema de fondo es ansiedad de separación de la madre y de la casa. Frecuentemente se trata de niños sobreprotegidos y dependientes. Muchas madres de estos niños tienen tendencias neuróticas. Las edades de mayor vulnerabilidad a la fobia escolar son el inicio de la escolaridad, primer grado y el inicio de la pubertad. En los niños mayores los síntomas conforman un cuadro depresivo, el inicio de una psicosis o una tendencia a personalidad anormal. El tratamiento se orienta a que el niño retorne a la escuela, para lo que se requiere de la colaboración de padres y profesores. Puede usarse psicofármacos que alivien la tensión emocional. El enfoque cognitivo-conductual suele ser muy efectivo.

9. Trastornos generalizados del desarrollo.

Son trastornos severos, caracterizados por alteración en la interacción social, en la comunicación (lenguaje) y presencia de estereotipias. Generalmente se inician muy temprano en la infancia, entre 0 y 5 años.

9.1. Autismo infantil, síndrome de Kanner o psicosis infantil temprana. Es un trastorno generalizado del desarrollo, que se refleja en un comportamiento anormal desde los primeros meses de vida, con rechazo al contacto físico, ausencia de sonrisa al tercer mes, ausencia de temor al extraño al 8° mes; la madre puede no ser reconocida por el niño; éste no mira a los ojos, es indiferente, se interesa por objetos duros, sonoros o por ruedas a las que hace girar incansablemente. No hay lenguaje, la comunicación no se establece. Más frecuente en varones que en niñas. Hay falta de respuesta a las emociones de los demás. Cuando el cuadro comienza después de adquirido el lenguaje, éste no es usado para comunicarse. Hay juego estereotipado, el niño olfatea las cosas y las personas. Puede haber trastornos del sueño y alimentarios, rabietas, conducta autoagresiva. Leo Kanner, en 1943, describió por primera vez este síndrome, que tiene una prevalencia de 1 a 4 por 10 000.

9.2. Otras psicosis infantiles algo más tardías, se inician más allá del segundo año, con lenguaje ya adquirido y variedad semiológica: crisis de angustia, inestabilidad motora, rituales defensivos, ambivalencia afectiva, regresión, incapacidad para tolerar frustraciones, etc.

9.3. Psicosis de la segunda infancia; aparecen entre los 5 y 6 años, son más raras que las precoces y a veces derivan de psicosis tempranas. Evolucionan hacia la deficiencia severa en la mitad de los casos, otras van al autismo, en el cual se instalan. Puede haber mejoría parcial con desarrollo irregular, manteniendo conductas psicóticas. Pueden excepcionalmente alcanzar un mejor desarrollo global que permita la escolaridad cuando el grupo familiar colabora. En el tratamiento de las psicosis de la infancia debe enfatizarse la estimulación y la reeducación precoces y sostenidas.

9.4. Otras patologías infantiles, como el síndrome de Rett en niñas y el síndrome de Asperger en varones, caracterizados por autismo y pérdida de capacidad de interacción. No son frecuentes.

9.5. Psicosis de comienzo tardío o "esquizofrenia infantil", que se inicia después de los 6 años. Muchos niños son detectados, tras una minuciosa historia clínica, en la edad escolar. El cuadro es insidioso, con conducta impredecible, ansiedad intensa, autismo, dificultad en la relación con los compañeros de juego. Hay movimientos repetitivos y rutinarios, que de ser interrumpidos por alguien ocasionan gran molestia; bajo rendimiento escolar con dificultad para culminar las tareas; presencia de hábitos extraños, como oler las cosas, apego a ciertos objetos (telas, ruedas, papeles, etc.). Suelen presentar actitudes de autodestrucción (inferirse rasguños o heridas). Se diferencian de las psicosis más tempranas por la presencia de alucinaciones y delusiones semejantes a las del adulto. El lenguaje es ecolálico y disparatado. Puede haber obsesiones y ambivalencias. La prevalencia es de 2.5 en 10,000, más frecuente en varones. Una buena evaluación dará pautas para el tratamiento médico, social y educativo. Puede usarse drogas antipsicóticas de acuerdo a la intensidad del cuadro clínico.

9.6. Psicosis del adolescente, se inician generalmente con insomnio, irritabilidad, disminución brusca en el rendimiento escolar, aislamiento y depresión; muchas veces son monosintomáticas. Las más frecuentes son las esquizofrenias cuyo inicio en la adolescencia suele ser característico. Las psicosis afectivas son de pobre aparición en edades tempranas, aunque hay informes de casos que se inician en la pubertad.

10. Trastorno de las emociones de comienzo específico de la infancia.

La mayoría de los niños y de adolescentes con estos problemas suelen convertirse en adultos normales. Muchos de los trastornos de las emociones se desarrollan en etapas críticas, donde el factor psicosocial suele estar presente.

10.1. Trastorno de ansiedad de separación, surge ante la separación real o la amenaza de separación de un adulto significativo (madre), lo cual genera ansiedad marcada. Se presenta como preocupación injustificada a posibles daños que pueden ocurrir a los adultos significativos. El niño no acepta quedarse en el colegio; presenta temor a dormir solo o a quedarse solo. Hay pesadillas frecuentes sobre el tema de la separación, así como también síntomas somáticos: náuseas, vómitos, gastralgias, anorexia.

10.2. Trastornos de ansiedad fóbica de la infancia, consisten en temores a objetos, animales o situaciones. Son muy frecuentes y se presentan en períodos evolutivos. Puede llegar al terror o pánico acompañado de síntomas neurovegetativos. Es frecuente registrar miedo intenso a las intervenciones médicas o a lugares de atención médica tales como hospitales o consultorios, temor a las inyecciones o al sillón del dentista; muchas veces el temor es generado y mantenido por madres muy ansiosas o punitivas. Las fobias sociales se inician en la adolescencia y llevan a evitar situaciones sociales determinadas.

10.3 . Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia, desconfianza intensa ante extraños, con temor persistente y ansiedad marcada ante situaciones nuevas, extrañas o amenazantes y que ocurren antes de los 6 años. Hay conductas de evitación.

10.4. Trastorno de rivalidad entre hermanos, celos marcados con agresividad hacia el hermano generalmente más pequeño. La agresividad puede ser abierta o velada; comienza después o poco antes del nacimiento del hermano. El niño compite con el hermano por la atención de los padres. A veces se observan pequeñas regresiones o pérdida de capacidades ya adquiridas con comportamiento de bebé.

10.5. Ansiedad en niños mayores, pueden presentarse estados de ansiedad como respuesta ante situaciones de estrés que pueden llegar a perturbar el desarrollo normal. Cuando el niño tiene más de 12 años los síntomas se asemejan mucho a la ansiedad adulta, a las conductas obsesivo compulsivas, reacciones disociativas o histéricas. La ansiedad puede hacerse crítica y aparecer manifestaciones conversivas o disociativas.

11. Trastornos depresivos.

Klein, Spitz, Mahler y Bowlby han demostrado la existencia de sintomatología depresiva en el niño frente a la separación de la madre. La sintomatología depresiva infantil es variable y diferente de la del adulto. Los síntomas más frecuentes suelen ser: inhibición, desinterés, búsqueda de castigo, irritabilidad, conductas de oposición, de agresividad y fracaso escolar.

11.1. Depresión en el niño de menos de 2 años, caracterizado por: postración, abatimiento, aislamiento, autoestimulaciones y retraso en el desarrollo. Son frecuentes la anorexia, los trastornos del sueño, las afecciones dermatológicas y respiratorias. El factor etiológico fundamental es la ausencia materna (carencia afectiva).

11.2. Depresión de niños menores de 5 años; ya el niño está más preparado para enfrentar situaciones difíciles, protesta, lucha y muestra manifestaciones de agresividad e inestabilidad. Las separaciones y pérdidas afectivas pueden generar depresión cuando ocurren entre los seis meses y los 5 años. Cuando el padre es depresivo y la madre inaccesible, el niño puede padecer un episodio depresivo.

11.3. Depresión en niños mayores de 6 años; frecuentemente el fondo depresivo esta oculto por síntomas somáticos o conductuales. Los niños presentan reacciones afectivas desproporcionadas. Suelen ser síntomas frecuentes: irritabilidad, llanto fácil, lentitud en los actos, pobre rendimiento escolar, falta de energías, preocupación excesiva por los demás, falta de interés por jugar con sus compañeros, etc. Puede haber agresividad que llega hasta el vandalismo y que expresa miseria y pena. El síndrome depresivo se acompaña de síntomas somáticos, que son los que motivan la primera

consulta médica (pediátrica): cefaleas, dolores abdominales, perturbaciones del sueño, pesadillas, náuseas, diarreas, etc. Se requiere evaluación completa, psicoterapia de apoyo y uso de psicofármacos de acuerdo a la intensidad de los síntomas.

11.4. Depresión en adolescentes. La depresión es semejante a la del adulto. Sus características de inicio suelen ser: anorexia, hipersomnia, ansiedad y desesperanza. Se inicia en forma insidiosa. El trastorno bipolar es de rara aparición antes de la adolescencia, y cuando lo hace suele presentarse con historia familiar clara.

12. Trastornos disociales.

En los cuales el comportamiento disocial, antisocial, agresivo o retador se presenta en forma persistente o reiterada; en casos extremos pueden llegar a violar las normas establecidas con la conocida rebeldía de los jóvenes, pudiendo derivar en verdaderos trastornos de personalidad. Muchos de estos casos se facilitan por la presencia de un ambiente psicosocial desfavorable, relaciones familiares insatisfactorias o la vinculación a ambientes con conflictos abiertos.

12.1. Pueden limitarse al grupo familiar, desde los primeros años de vida, con comportamiento destructivo deliberado, rompiendo objetos ajenos o con actos de violencia contra las personas. Se oponen activamente a la autoridad y tienen baja tolerancia a las frustraciones. En niños más grandes se puede apreciar comportamiento disocial persistente y agresivo.

12.2. Niños mal integrados a sus compañeros, o niños bien integrados a otros que ya están en actividades disociales o delictivas. El común denominador de estos niños es: malas relaciones con algunos adultos; en su evolución puede encontrarse: períodos de vagancia, con ausentismo escolar, robos, crueldad con los animales y personas. Muchos de estos casos entran en conflicto con su entorno e incursionan en el consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo alcohol, con o sin abuso y dependencia. En nuestro medio el consumo de alcohol y drogas es cada vez más precoz en gente joven. Perales y Sogi han descrito que la edad media de inicio en el consumo de alcohol en población urbano-marginal es 12,2 años en el varón (DE:2,3), y 13,3 años en la mujer (DE: 1,9)

TRATAMIENTO

1. En los niños, la psicofarmacología está restringida a algunas situaciones específicas y sólo después de haber realizado un estudio muy detenido y haber dado orientación a los padres antes quienes se insistirá por lograr un cambio de actitudes significativo. De usar ansiolíticos y antidepresivos, que es lo más frecuente, se hará a dosis bajas y por tiempo corto, con controles frecuentes.

2. La psicopedagogía es tratamiento indispensable en casos de trastornos del aprendizaje, una de las causas más frecuentes de consulta paidopsiquiátrica.

3. La ortofonía o terapia del lenguaje, es un tratamiento requerido por muchos niños que consultan por problemas en esta área.

4. Las psicoterapias son tratamientos de elección en muchos casos de niños y, muy especialmente, de adolescentes. La ludoterapia es muy importante; puede ir asociada o no a la orientación psicoterapéutica de los padres. La Escuela para Padres, que da información a ambos padres y permite la discusión en grupo de los problemas infantiles, suele ser una buena experiencia y mejora la relación de familia.

Recordemos que los trastornos psíquicos de la infancia no siempre derivan en alteraciones en la edad adulta. Que muchos de los trastornos que se encuentran en la clínica, si son leves, constituyen una exageración de los estados emocionales y reactivos normales para la edad ante situaciones difíciles a las que son expuestos los niños. Que en el tratamiento de niños con trastornos psiquiátricos es indispensable contar con un Equipo Terapéutico que los evalúe y ayude en las diferentes áreas afectadas.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. AJURIAGUERRA, J. de; y, MARCELLI D. Manual de Psicopatología del niño. Edit. Toray, 1982.
2. RUTTER, M. Developmental Psychiatry. Washington American Psychiatric Press Inc. 1987.
3. PERALES, A. & SOGI, C., Conductas Violentas en Adolescentes. Serie Monografía de Investigación N° 2. Lima, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", Lima. 1995.

CAPÍTULO 24: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS PSIQUIATRÍA INFANTIL

1. La prevalencia de patología mental en el período infanto-juvenil en el Perú, probablemente se sitúe:

- Entre el 3 y el 5%.
- Entre el 6 y el 14%.
- Entre el 15 y el 25%.
- Entre el 30y el 40%.
- Sobrepasa el 50%.

2. Correlacione:

- | | |
|---|---|
| (a) Inteligencia sensorio-motriz. | <input type="checkbox"/> De 2 a 7 años. |
| (b) Período pre-operatorio. | <input type="checkbox"/> De 0 a 24 meses. |
| (c) Período de las operaciones concretas. | <input type="checkbox"/> Adolescencia. |
| (d) Período de las operaciones formales. | <input type="checkbox"/> De 7 a 11 años. |

3. Correlacione:

- | | |
|------------------------------------|---|
| (a) Emisión involuntaria de orina. | <input type="checkbox"/> Síndrome hiperquinético. |
| (b) Apetito exagerado. | <input type="checkbox"/> Enuresis. |
| (c) Emisión involuntaria de heces. | <input type="checkbox"/> Bulimia. |
| (d) Déficit de atención. | <input type="checkbox"/> Encopresis. |

4. El síndrome de déficit de atención se caracteriza por:

- Atención dispersa.
- Impulsividad.
- Su buena respuesta a los psicoestimulantes.
- Todos ellos.
- Ninguno de ellos.

5. El autismo infantil se caracteriza por las siguientes manifestaciones, excepto:

- Ausencia de sonrisa al tercer mes.
- Ausencia de temor al extraño al octavo mes.
- Dificultades en el lenguaje.
- Intensa respuesta emocional.
- Tendencia al juego estereotipado.

6. Ante un niño de ocho años que muestra conducta impredecible, dificultad para relacionarse con otros niños, angustia intensa, movimientos repetitivos, delusiones y alucinaciones, Ud. piensa en:

- Síndrome de Rett.
- Psicosis de la segunda infancia.
- Esquizofrenia infantil.
- Autismo infantil.
- Ninguna de ellas.

7. En los niños mayores de seis años la depresión suele:

- Estar oculta por síntomas somáticos.
 - Traducirse en reacciones afectivas desproporcionadas.
 - Manifestarse por irritabilidad y por llanto fácil.
 - Todas ellas.
- Ninguna de ellas.

8. Ante un niño de inteligencia normal, con buen rendimiento escolar, que de pronto se resiste -sin justificación alguna- a ir al colegio, presentando manifestaciones somáticas de ansiedad y trastornos del sueño, Ud. piensa en primer término en:

- El inicio de una psicosis.
- Una fobia escolar.
- Un problema de vagancia.
- Un caso de inteligencia límite.
- Un trastorno de hipersensibilidad social.

9. En el problema de bajo rendimiento escolar deben descartarse:

- Perturbaciones físicas y sensoriales .
- Retardo mental
- Factores socioculturales
- Todos ellos
- Sólo los dos primeros son válidos

10. Los tratamientos más empleados en psiquiatría infantil son (marque el que no corresponda):

- Las psicoterapias.
- La orientación a los padres.
- Los psicofármacos.
- La terapia del lenguaje.
- La hipnoterapia.

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 25

PSIQUIATRÍA GERIÁTRICA

Germán. E. Berrios

INTRODUCCIÓN

La senectud influye en la presentación clínica y el tratamiento de la enfermedad psiquiátrica. Así, se encuentra que la depresión del anciano, frecuentemente, se acompaña de trastornos cognoscitivos y la esquizofrenia de síndromes persecutorios. Asimismo, los cuadros clínicos tales como la parafrenia, el síndrome de Cotard, la llamada parasitosis delirante, el síndrome de Charles Bonnet y las alucinaciones musicales, son más comunes en la tercera edad. La aparición de tales cuadros pareciera estar relacionada al envejecimiento cerebral y al aumento consiguiente de la patología cerebral de todo tipo. Adicionalmente, el metabolismo lentificado del anciano también causa dificultades terapéuticas: por ejemplo, los neurolépticos con más frecuencia producen diskinesia tardía; los benzodiacepínicos, déficit cognoscitivo; los antidepresivos (aquellos con efecto antimuscarínico), disturbios del ritmo cardíaco y estados confusionales agudos.

En países con alto nivel económico, la expectativa de vida ha aumentado a más de 75 años; y el consecuente aumento de sujetos en la tercera edad ha incrementado también la incidencia de enfermedades propias de la vejez, y en algunos países se habla ya de una "epidemia de demencia". El ser humano envejece debido tanto a desorganización celular de origen genético cuanto a la acción de noxas físicas y psicológicas. En contraste con las sociedades de otrora, la moderna ha devenido incapaz de integrar al anciano en roles sociales útiles. Esto causa en él sentimientos de aislamiento, inutilidad y desamparo, acrecentando el estrés psicológico. La tercera edad no está exenta de ningún cuadro clínico-psiquiátrico, de novo o como herencia del pasado. Entre los primeros se encuentran las patologías orgánicas y psicóticas. Es interesante observar que la ansiedad generalizada, fobias, pánicos, trastornos obsesivos compulsivos, la conversión histérica y la hipocondría, rara vez aparecen inicialmente en la tercera edad; y cuando lo hacen, casi siempre anuncian la presencia de depresión o demencia temprana.

Todos estos rasgos clínicos hacen de la psiquiatría del anciano una práctica sui géneris, y en muchos países avanzados ha llegado a constituir una especialidad aparte llamada psicogeriatría, geriatría psiquiátrica o psiquiatría de la tercera edad. En realidad, lo que interesa no es el nombre sino que el psiquiatra especializado en esta área sea consciente de las diferencias clínicas que separan los cuadros clínicos de la tercera edad y que sepa organizar sistemas de prestación de servicios adecuados para este grupo. Debido a la alta prevalencia de polipatología física en el anciano, es esencial que los psicogeriatras trabajen conjuntamente con geriatras y gerontólogos. No es necesario enfatizar que los sujetos en la tercera edad tienen el mismo derecho a la vida que el resto de los humanos y que, además, son un reservorio importante de experiencia y conocimiento. Por lo tanto, no merecen el nihilismo terapéutico que la profesión médica a veces ha mostrado frente a sus problemas.

CUADROS CLÍNICOS COMUNES

1. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

Por razones intrínsecas (que tienen que ver con los cambios propios de la vejez y/o con enfermedad física o mental) o por razones extrínsecas (que tienen que ver con la actitud social), el anciano puede desarrollar rasgos agresivos, paranoides o antisociales; retraerse del medio social y volverse disfórico, irritable y taciturno. Con frecuencia, esto interfiere con su competencia psicosocial y provoca el rechazo familiar y social. Tales cambios de personalidad pueden ser una exageración de rasgos caracterológicos, o anunciar enfermedades tales como la depresión, hipomanía secundaria (a estados orgánicos), demencia temprana, tumores cerebrales, epilepsias de comienzo tardío con focalización en el lóbulo temporal, trastornos metabólicos y endocrinos. Duelos (a veces) patológicos resultantes del aislamiento producido por la jubilación, la pérdida de estatus social o la viudez, son otras causas de cambios en la personalidad y el comportamiento. Si los cambios de personalidad son secundarios, la enfermedad de fondo deberá tratarse con energía. Así, se sabe que las depresiones tienden a cronificarse y necesitan tratamiento vigoroso, incluso con terapia electroconvulsiva. Las hipomanías requieren manejo urgente con neurolépticos y litio. Las epilepsias deben tratarse en forma convencional teniendo en cuenta que, aun en dosis terapéuticas, el fenobarbital y las hidantoínas producen déficit cognoscitivos y trastornos del equilibrio debido a síndrome cerebeloso subclínico; en estos casos, se preferirá el valproato sódico o la carbamazepina. Si los cambios de personalidad son primarios, es decir, parecieran ser una exageración de rasgos caracterológicos previos, se deberá ofrecer tratamientos psicológicos y apoyo familiar.

2. ANSIEDAD GENERALIZADA, FÓBICA Y ATAQUES DE PÁNICO

Es extremadamente raro que aparezcan por primera vez en la vejez. Como en el caso de los trastornos de personalidad, las causas más frecuentes son la depresión y la demencia temprana. Por lo tanto, es mala práctica clínica el recetar benzodiazepínicos o beta-bloqueadores (particularmente los no específicos). Incluso cuando no se encuentren síntomas depresivos, es sensato en el anciano ansioso o fóbico administrar primero drogas antidepresivas.

3. CUADROS OBSESIVOIDEOS

La enfermedad obsesivo-compulsiva es extremadamente rara en el viejo, mas no los síntomas obsesivoides. Más que exageraciones de rasgos premórbidos, tales síntomas tienden a reflejar patología funcional u orgánica; por ejemplo, las demencias, tumores cerebrales y accidentes cerebro-vasculares liberan conductas anancásticas. Aun cuando estas conductas se pueden interpretar psicodinámicamente (como esfuerzos para controlar el entorno social y físico), es más probable que resulten de una desinhibición de programas cerebrales vestigiales. Si el cuadro de base es depresivo, son de gran utilidad los antidepresivos con base serotoninérgica (e.g. clomipramina, fluvoxamina). Aun cuando ha habido poca investigación fáctica sobre el valor positivo de las terapias psicológicas en los síntomas obsesivoides de la tercera edad, éstas deben utilizarse cuando la medicación produce efectos colaterales inaceptables.

4. CUADROS HISTÉRICOS E HIPOCONDRIACOS

Son casi siempre secundarios a la depresión y a los estados orgánicos. Conductas histriónicas y disociaciones histéricas son aún comunes en ancianos cuyo funcionamiento intelectual premórbido y educación fueron limitados y su origen social es bajo. Las quejas hipocondríacas persistentes pueden dominar las depresiones de la tercera edad. Las más frecuentes son dolores generalizados, miedo a tener cáncer, caídas, trastornos del sueño y estreñimiento. Una vez más se debe asumir que hay una depresión de fondo y recetar antidepresivos. En estos casos las drogas más efectivas son los inhibidores de la monoaminoxidasa (Fenelzina y Tranilcipromina, y cuando éstas no se encuentran, moclobemida). Estas sustancias se deben administrar con cuidado debido a sus interacciones con varios alimentos y otras drogas. Si hay delusiones hipocondríacas marcadas o un síndrome de Cotard (la creencia de estar muerto, o no tener entrañas, etc.) es mejor administrar inmediatamente terapia electroconvulsiva.

5. ESQUIZOFRENIA DE INICIO TARDÍO

El diagnóstico de los cuadros psicóticos puede ser difícil en la tercera edad, particularmente porque las delusiones y alucinaciones (indicadores importantes de estas enfermedades) se presentan en una variedad de situaciones clínicas. Por ejemplo, las alucinaciones visuales se pueden dar en estados orgánicos cerebrales (síndrome de Charles Bonnet) y en privación sensorial (tal como la causada por la cirugía ocular). Alucinaciones auditivas y musicales son comunes en sordera, tinitus y otras patologías del oído interno. También se da el caso que sordera y ceguera parcial pueden llevar a delusiones paranoides. Por lo tanto, siempre hay que cerciorarse de que ancianos con delusiones y/o alucinaciones no sufran de patología orgánica, que las características fenomenológicas de sus síntomas correspondan a aquellas de las psicosis funcionales (por ejemplo, sin conciencia de enfermedad, sistematización de las delusiones, etc.).

En la práctica clínica se encuentran ancianos con síntomas positivos (frecuentes) y negativos (infrecuentes) de esquizofrenia. En algunos casos el enfermo ha tenido su primer brote hace veinte o treinta años; en otros (muy raros) el inicio es reciente. El diagnóstico diferencial de la esquizofrenia de comienzo tardío se debe hacer con los cuadros paranoides de la vejez, los estados confusionales sub-agudos, las psicosis orgánicas sin trastorno de la conciencia y las manías atípicas.

6. ESTADOS PARANOIDES.

Los más comunes consisten en delusiones persecutorias limitadas a un tema (por ejemplo, ser víctima de robo); otros, más floridos, incluyen en el sistema paranoide a autoridades y personajes públicos. Las erotomanías, es decir, la delusión de ser amado en secreto por alguna persona importante, son comunes en mujeres maduras pero devienen raros en la senectud. Sólo algunos de estos cuadros son primarios; la mayoría son secundarios a depresión, sordera y ceguera parciales y demencia. Esta última crea desconfianza y actitudes paranoides a través del olvido que efectivamente hace que el anciano pierda control de su entorno. En otros pocos casos el desarrollo paranoide es una reactivación de rasgos premórbidos. La trifluoperazina y la pimozida son de utilidad en estos casos pero debe prestarse atención a sus marcados efectos colaterales. La terapia electroconvulsiva es de poca utilidad y más bien incrementa los miedos paranoides. Los antidepresivos pueden ayudar cuando el cuadro paranoide es secundario a la depresión. La audición del enfermo puede mejorarse con los aparatos acostumbrados. Si hay cataratas, se deberá operar por lo menos un ojo, pero es esencial el preparar al enfermo para prevenir confusión y respuestas paranoides postoperatorias. En el caso de demencia, es posible utilizar técnicas de reorientación hacia la realidad y otras formas de ayuda a la memoria que lleven al enfermo a controlar su entorno.

7. PARASITOSIS DELIRANTE

Enfermedad que comienza con quejas (al principio plausibles) de que el domicilio del enfermo está infestado con parásitos además de pedidos repetidos a las autoridades sanitarias por fumigaciones, y, a veces, cambios de casa. En una segunda etapa, la enferma (la enfermedad es más común en mujeres) procede a afirmar que los parásitos ahora viven y ponen huevos debajo de su piel. Así, la sintomatología, con frecuencia, combina delusiones y alucinaciones táctiles (a veces visuales, cuando la enferma afirma ver los parásitos y trae a la consulta una caja de fósforos con costras y otros detritus epidérmicos). El médico puede encontrar difícil establecer una relación terapéutica positiva con estos enfermos ya que no tienen conciencia de enfermedad. Es importante, sin embargo, examinarlos físicamente porque a veces padecen de enfermedades sistémicas o de cáncer (particularmente pulmonar). En los casos llamados idiopáticos el tratamiento con Pimozida da buenos resultados.

8. DEPRESIÓN Y MANÍA

Depresiones unipolares y bipolares, manías unipolares y secundarias, y síndromes afectivos de origen orgánico, son comunes en la tercera edad, y todos pueden acompañarse de déficit intelectuales más o

menos transitorios. Asimismo, hay en el anciano una tendencia a las recaídas frecuentes y prolongadas y resistencias al tratamiento. Las depresiones (y manías) se combinan a veces con infartos cerebrales, demencia temprana, carcinoma de pulmón y de páncreas, trastornos endocrinos y epilepsia de comienzo tardío (con foco temporal en el hemisferio no dominante). Las melancolías involutivas de otrora (temidas por su severidad y complicaciones) no son más que depresiones psicóticas refractarias. En algunos casos el retardo psicomotor lleva al estupor depresivo, caracterizado por una inhibición tanto de la conducta espontánea como reactiva. El anciano estuporoso deja de comer y beber; se deshidrata rápidamente, se vuelve gatoso, tiene respiración superficial y ventilación inadecuada, y muere de bronconeumonía. Esta enfermedad es, por lo tanto, una urgencia psiquiátrica que requiere ingreso inmediato al hospital y terapia electroconvulsiva.

A veces el enfermo deprimido se dice estar muerto, no tener cabeza, o tener los intestinos putrefactos, etc., es decir, tiene un síndrome de Cotard. Los delirios nihilistas o de negación casi siempre reflejan una melancolía profunda (aun si no hay síntomas específicos afectando el humor) y requieren terapia electroconvulsiva inmediata ya que el riesgo de suicidio es extremadamente alto. En general, amenazas de suicidio en el varón anciano, particularmente si hay depresión o enfermedad física crónica, deben tomarse muy seriamente. Las depresiones asociadas con infartos del lóbulo frontal a veces responden a la nortriptilina.

Más comunes que las anteriores son, sin embargo, las depresiones crónicas moderadas, que no siendo suficientemente severas como para requerir hospitalización, son muy incapacitantes. En el pasado se las consideró como neuróticas y se aconsejaba el manejo psicoterapéutico, pero hoy en día no se acepta tal concepto. Muchas veces estos enfermos tienen historia familiar de trastornos del afecto y responden bien a los inhibidores de la monoaminooxidasa.

Las manías son comunes en el viejo ya sea porque la enfermedad bipolar se agrava con la edad o porque hay un aumento neto en lesiones, particularmente del hemisferio no dominante, que llevan a manías secundarias. En general, las manías tienen una presentación clínica atípica en el anciano con irritabilidad, hiperactividad, disforia, confusión y actos tales como ofensas sexuales bizarras y robos obvios. Es frecuente el insomnio, la fatiga, y la deshidratación que mina rápidamente el estado físico del enfermo y puede llevar a la muerte. A veces su presentación consiste únicamente en confusión y déficit cognoscitivo, considerándose erróneamente como demencia. El diagnóstico diferencial en estos casos se debe hacer con la presbiofrenia, es decir una variante clínica de la enfermedad de Alzheimer en la cual (debido a atrofia marcada del locus ceruleus) hay desinhibición, hiperactividad y conducta hipomaniaca y confabulatoria.

El tratamiento de la manía del anciano no es fácil. El haloperidol, en combinación con litio es el tratamiento de elección, ya sea que se trate de una manía primaria o secundaria. El anciano es, sin embargo, particularmente vulnerable a los efectos colaterales tanto agudos (distonias y parkinsonismo) como crónicos (diskinesia tardía). Las drogas antimuscarínicas, aun cuando contrarrestan algunos de estos síntomas, también inducen síndromes anticolinérgicos (confusión, hiperactividad, alucinaciones visuales, fiebre). El litio debe recetarse con cuidado en vista de la merma renal en el anciano. Es importante dar dosis bajas y controlar regularmente la función renal y tiroidea. El litio se deposita (después de algunos años) en los huesos y puede producir fracturas patológicas. Si la manía no cede, es preferible dar tres o cuatro electrochoques que persistir con el tratamiento farmacológico. La Carbamazepina o el valproato sódico son buenos reemplazos para el litio, cuando éste último produce efectos colaterales o no controla la enfermedad. En el caso de las manías secundarias, es importante identificar la enfermedad de base.

9. SÍNDROMES MENTALES ORGÁNICOS

El concepto de síndrome mental orgánico ha desaparecido del DSM IV, pero sigue siendo útil en psicogeriatría para referirse a síntomas psiquiátricos que resultan de enfermedad neurológica. En general, la reducción en reserva cerebral de la senectud aumenta la probabilidad de estados confusionales agudos (delirium), demencias, síndromes amnésicos, síndromes orgánicos afectivos, delirantes, alucinatorios y ansiosos. También el alcoholismo y el abuso de drogas (particularmente de barbitúricos y benzodiacepínicos) son causa común de delirium, tanto durante la intoxicación aguda y crónica cuanto durante la abstinencia forzada. La medicación cardíaca (v.g. beta bloqueadores), endocrina (v.g. tiroxina) o neurológica (v.g. antiparkinsonianos) contribuye también al desarrollo del

delirium y, en el caso de los anticolinérgicos, puede llevar a estados prolongados de déficit cognoscitivo.

9.1. Delirium. Aun cuando es el síndrome orgánico más común en el anciano, el delirium puede pasar inadvertido debido a su corta duración, a su carácter fluctuante o porque con frecuencia se combina con demencia. En el cuadro completo de delirium, el enfermo muestra disturbios de la conciencia, desorientación en el tiempo y en el espacio, ilusiones y alucinaciones (particularmente visuales), delirios paranoides, ansiedad (a veces terror), estados depresivos o euforia, y cambios en el comportamiento motor que van de la quietud a la hiperactividad, agresión y esfuerzos por escapar de enemigos imaginarios. Los cuadros parciales son más comunes. El delirium es fluctuante, mejora en la mañana y empeora en la noche y es acentuado por estados de privación del sueño y de reducción marcada en la estimulación sensorial.

En el anciano, el delirium también puede resultar de infecciones intercurrentes, drogas (tanto medicación cuanto drogas de abuso), y cambios ambientales (por ejemplo una mudanza). No parece haber una asociación clara entre personalidad, severidad de la enfermedad y el delirium. Al enfermo se le debe cuidar en una pieza separada, con luz, ventilación y estímulos ambientales adecuados (fotografías de parientes, televisión, radio, etc.); y, durante los momentos lúcidos, se le debe reasegurar que no se está volviendo loco. Se debe procurar que duerma bien en las noches y esté despierto durante el día (una inversión del ritmo del sueño es frecuente en el delirium). Cuando el enfermo se pone agresivo, amenaza con quitarse la vida o interfiere con el tratamiento médico (por ejemplo, impidiendo la instalación de vías intravenosas), es imperativo tranquilizarlo. Nunca se debe recetar benzodiacepínicos o barbitúricos. Los neurolépticos, particularmente el Haloperidol en dosis de 5 a 20 miligramos diarios, son útiles (la primera dosis debe ser intramuscular). La clorpromazina es igualmente útil y tiene más capacidad de sedar al enfermo agitado, sin embargo, causa hipotensión arterial y puede llevar a trastornos hipotalámicos tales como pirexia o hipotermia; y en el enfermo con umbral epiléptico bajo puede inducir una crisis convulsiva. La dosis de clorpromazina es de 50 a 100 miligramos, intramuscular (de acuerdo al peso del paciente y severidad del cuadro), y luego, de 50 miligramos oral, tres veces al día. Ocasionalmente, y después de una mejoría relativa, los enfermos quedan con delirios paranoides residuales. Antes de que estos se cronifiquen, y dependiendo de si son lo suficientemente intensos (para interferir con la vida normal) deben tratarse enérgicamente con neurolépticos o terapia electroconvulsiva (con frecuencia, dos o tres aplicaciones es suficiente).

9.2. Demencias. La demencia es un síndrome o vía común final que resulta de múltiples causas y enfermedades. Sus síntomas principales son el déficit de memoria de retención y de memoria remota, de capacidad de juicio y de pensamiento coherente, y a la larga una desintegración marcada de la personalidad, con dislocación severa de la conducta, alucinaciones y delusiones y finalmente gatismo, problemas de nutrición, inanición y muerte. Dependiendo de la etiología se encontrarán también síndromes corticales (afasia, dispraxia, agnosia) y afectivos (depresiones, euforias). A veces, también, se encuentran trastornos motores (de tipo Parkinson) y déficits sensoriales (v.g. anosmias). La enfermedad de Alzheimer se ha convertido en el arquetipo descriptivo de las demencias, y esto ha creado problemas en la distinción sintomática de las otras formas.

Una clasificación (funcional y transversal) divide las demencias en corticales y subcorticales, pero estudios longitudinales muestran solapamientos clínicos; por ejemplo, el síndrome subcortical de los enfermos con Corea de Huntington pronto desarrolla compromiso cortical. Clasificaciones etiológicas dividen las demencias en vasculares y no-vasculares. Una combinación de estas dos clasificaciones da lugar a cuatro categorías: vascular-cortical (por ejemplo la demencia multiinfarto), vascular-subcortical (los estados lacunares de la sustancia blanca o enfermedad de Binswanger); no-vascular-cortical (enfermedad de Alzheimer); y no-vascular-subcortical (la demencia de la parálisis supranuclear progresiva o de la enfermedad de Parkinson). Otras formas etiológicas de la demencia muestran combinaciones de síntomas más o menos específicas; por ejemplo, las llamadas demencia pugilística, dialítica, neurosifilitica, hidrocefálica, mixedematosa y traumática y los interesantes cuadros ahora llamados degeneraciones espongiiformes (por ejemplo de Creutzfeld-Jacob) y la enfermedad de Pick. Todavía se debate si el alcoholismo y la epilepsia pueden, de por sí, producir estados demenciales.

Existe una tercera clasificación (pronóstica) que divide a las demencias en reversibles e irreversibles. La diferencia psicopatológica entre estos dos grupos es mínima, y si las primeras no se identifican y tratan rápidamente, pronto devienen irreversibles. Aproximadamente un 10% de ancianos que se presentan por primera vez al médico con un síndrome demencial pueden sufrir de demencia reversible.

Demencias reversibles. Las seis causas más comunes son la deficiencia de vitamina B12, mixedema,

hematoma subdural crónico, hidrocefalo a tensión normal, tumores cerebrales y las llamadas pseudodemencias (histérica, ganseriana y afectiva, siendo la más común la última).

La deficiencia de vitamina B12 causa anemia perniciosa, degeneración combinada subaguda de la médula espinal, delirium, y un cuadro demencial. En el caso de la demencia, y por razones oscuras, el 25% de casos con valores séricos bajos de vitamina B12 no se acompañan de anemia megaloblástica. El electroencefalograma muestra enlentecimiento inespecífico en el 60% de los casos. Así, en un enfermo con historia de gastrectomía por úlcera duodenal, que desarrolla un síndrome demencial en un plazo corto (3 meses), con un EEG patológico y con tomografía axial computarizada que muestre apenas mínima atrofia cortical, debe sospecharse deficiencia de B12, aun si no hay megaloblastos en sangre. Si se comprueba el diagnóstico se debe comenzar inmediatamente con inyecciones semanales de 1000 unidades de B12 y continuarlas de por vida.

La demencia del mixedema comienza con retardo psicomotor, letargo y a veces depresión. Los signos del mixedema pueden ser enmascarados por aquellos de la vejez; por lo tanto, en todo anciano enlentecido, paranoide y con déficit de memoria se debe estudiar la función tiroidea. Tratamiento con tiroxina mejora el cuadro sólo si éste no esta muy avanzado. Por otro lado, a diferencia de la forma aguda, el hematoma subdural crónico rara vez tiene antecedente de trauma craneano y se presenta con demencia progresiva y confusión fluctuante acompañada a veces de mutismo. La atrofia cortical pareciera estirar las venas emisarias y cualquier aceleración angular del cerebro puede causar un desgarramiento venoso y sangrado lento, con acumulación de coágulos que, por razones desconocidas, pueden ser bilaterales en cerca del 20% de los casos. En los unilaterales, la radiografía antero-posterior de cráneo puede mostrar un desplazamiento lateral de estructuras calcificadas; en los hematomas bilaterales, debe utilizarse la tomografía axial computarizada. La evacuación del coágulo cura al enfermo.

El hidrocefalo a tensión normal está caracterizado por una demencia de curso rápido, gatismo temprano, apraxia del comienzo de la marcha (el enfermo parece magnetizado al piso) y mejoría transitoria de la demencia si se aspiran 30-50 cc de líquido céfalo-raquídeo. En 40% de casos hay antecedentes de meningitis infantil o hemorragia subaracnoidea. Si los ventrículos laterales están dilatados y no hay atrofia cortical, un shunt con válvula (ya sea ventrículo-atrial o espino-peritoneal) puede mejorar al enfermo. Los resultados de la operación son dramáticos, particularmente en casos en los cuales el defecto de la marcha antecede a la demencia.

Una presentación frecuente del tumor cerebral (particularmente del meningioma) y de otras lesiones expansivas lentas es la demencia progresiva sin signos neurológicos periféricos, crisis epilépticas o cefaleas matutinas. A veces, ni siquiera se encuentra edema de papila. Localizaciones del tumor en el lóbulo frontal o en el cuerpo calloso producen desorganización cognoscitiva sin déficit marcado de la memoria. Por otra parte, tumores del lóbulo temporal, particularmente los invasivos, producen trastornos severos de la memoria. En general, la incidencia de tumores cerebrales, tanto primarios como metastásicos, aumenta con la vejez y puede llegar a 90 por 100 000 de la población. El diagnóstico, a veces, sólo se hace en autopsia o cuando los signos de hipertensión endocraneana aparecen tardíamente. La cirugía en estos casos da buenos resultados.

Finalmente, las pseudodemencias son un grupo de trastornos en los cuales predominan formas atípicas de déficit cognoscitivo. En aquellos raros casos relacionados a la histeria disociativa o al llamado síndrome de Ganser, es difícil demostrar cambios cognoscitivos reales y es posible que haya simplemente una incapacidad o bloqueo expresivo. En el caso de la depresión o la manía, sin embargo, hay suficiente evidencia que el déficit es real. En estos casos la depresión debe tratarse energicamente con terapia electroconvulsiva.

Demencias irreversibles. La demencia cortical más común es la de Alzheimer; menos comunes son las de Pick y las formas virales-espongiformes lentas, tales como la de Creutzfeld-Jakob. Cuando la enfermedad de Alzheimer se presenta antes de la edad de 60, el cuadro es más típico, más maligno y frecuentemente de origen genético; la de presentación más tardía es de curso lento y se confunde a veces con la vejez. Ambas presentaciones estan acompañadas por atrofia del núcleo basal de Meynert y disfunción colinérgica. A veces hay también cuerpos de Lewy y, en estos casos, se dice que hay más tendencia a las alucinaciones, a la fluctuación de síntomas y al parkinsonismo. Esfuerzos para mejorar la enfermedad a través de un aumento de la función colinérgica han fallado, incluyendo el uso de tacrina, la substancia que inhibe la colinoesterasa y así aumenta la biodisponibilidad de la acetilcolina al nivel del receptor muscarínico M4; la mejoría producida por esta droga, aunque estadísticamente significativa, no

se traduce en cambios clínicos útiles.

Enfermedad de Alzheimer. Muestra un primer período de demencia temprana, con cambios en la personalidad y déficit cognoscitivos leves; un segundo período con clara disfunción de la memoria de retención y el comienzo de la discapacidad social; y, un tercero con desintegración total de las funciones intelectuales. Durante el estadio terminal el enfermo muestra desnutrición, dificultades motoras, atrofia muscular, y gatismo. Se han descrito como subtipos de la enfermedad de Alzheimer la llamada de cuerpo de Lewy, las afasias progresivas, y las demencias semánticas, etc. No está claro aún si estos cuadros tienen nosología propia o son variantes aleatorias en el curso de una misma enfermedad.

Enfermedad de Pick. Consiste en atrofia localizada, ya sea del lóbulo frontal o temporal, que llevan a cambios tempranos en la personalidad y, más tarde, a problemas cognoscitivos. Es un cuadro raro y no tiene tratamiento conocido.

La enfermedad de Creutzfeld-Jakob tiene hasta tres formas: una fulminante, otra subaguda y la crónica. La primera desarrolla en semanas, produce cambios cognoscitivos catastróficos y se acompaña de mioclonos, síntomas motores y cerebelosos y acaba con el enfermo en menos de seis meses. La forma subaguda puede demorar más de un año; y, la crónica, hasta diez años y se puede confundir con otras formas de demencia. Los tres cuadros son causados por un virus lento y transmisible. No hay tratamiento conocido aun cuando agentes anti-virales se han usado ocasionalmente.

Demencia multiinfarto es una complicación de accidentes cerebrovasculares escalonados; se ha sugerido que aparece cuando la cantidad de masa cerebral destruida sobrepasa los 100 cc; este umbral teórico, sin embargo, está influenciado por factores tales como nivel intelectual premórbido, localización de los infartos y respuesta afectiva del paciente. En general, estos enfermos muestran signos de lateralización neurológica y, por lo tanto, el diagnóstico es obvio; pero ocasionalmente los infartos ocurren en áreas silenciosas y no dan signos periféricos. La demencia vascular tiende a estar acompañada de conciencia de enfermedad, se complica frecuentemente con síntomas de depresión (particularmente cuando afectan el polo frontal izquierdo) y responde a la nortriptilina. En un buen número de enfermos hay antecedentes de hipertensión arterial. Los llamados dilatadores vasculares son inútiles en el tratamiento de estas formas de demencia, porque no hay evidencia de que mejoren el consumo neuronal de oxígeno. A veces, los vasos comprometidos no son las grandes arterias de la corteza, sino las arteriolas penetrantes de la base del cerebro y, como resultado, el enfermo muestra una destrucción lacunar y reblandecimiento de la sustancia blanca. Las características clínicas de este cuadro son típicas en lo que se ha llamado demencia subcortical, e incluyen retardo psicomotor, apatía, falta de iniciativa, dificultades con la organización cronológica de la memoria, incapacidad de planear rutinas psicomotoras y ausencia de afasia, apraxia y agnosia.

CONCLUSIONES

La psiquiatría geriátrica se ha convertido ya en una subespecialidad separada. En el anciano, los cuadros psiquiátricos toman formas atípicas y el tratamiento de los mismos debe tomar en cuenta las mermas metabólicas y las enfermedades sistémicas de la vejez. En los países con alto nivel económico ha habido una prolongación de la sobrevivencia y una acumulación de sujetos de tercera edad. Los cuadros clínicos más comunes son los orgánicos; pero patologías cerebrales también complican los cuadros funcionales. Las variables psicosociales afectan marcadamente la expresión y el manejo de la enfermedad psiquiátrica en el anciano, pero es erróneo exagerar los aspectos psicodinámicos de la vejez a expensas de la dimensión orgánica. El pesimismo terapéutico de antaño hay que abandonarlo. El diagnóstico diferencial de la demencia es esencial en el anciano, ya que permite identificar cuadros curables. Los tratamientos psiquiátricos, particularmente los farmacológicos, tienden a causar efectos colaterales específicos y hay que ganar experiencia en su uso; la terapia electroconvulsiva es siempre más segura. En general, el médico debe recordar en todo momento que, alguna vez, él también será un anciano y, entonces, querrá ser tratado con la seriedad y pericia científica que su edad y enfermedad se merecen.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. BERRÍOS, G. E. "The nosology of the dementias". In: PITT, B. (Ed). Dementia. London, Churchill Livingstone, 1987, pp. 19-51.
2. Berríos, G. E. "Psychotic symptoms in the elderly: concepts and models". In: KATONA, C. & LEVY, R. (Eds.). Psychotic symptoms in the elderly. London, Gaskell, 1992, pp. 3-14.
3. Berríos, G. E. "Dementia and Ageing since the 19th century". In: HUPPERT, F. A., BRAYNE, C., & O'CONNOR, D. W. (Eds). Dementia and normal ageing. Cambridge, Cambridge University Press, 1994, pp. 15-40.
4. Lipowsky, Z. J. "Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional state) in the elderly" In: American Journal of Psychiatry . No. 140;1983: 1426.
5. Post, F. The clinical psychiatry of late life. Oxford, Pergamon Press, 1965.

capítulo 25: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

psiquiatría geriátrica

1. Los trastornos de la personalidad pueden producir en el anciano:
 - Conductas paranoides.
 - Disforia.
 - Retraimiento social.
 - Son correctas la segunda y la tercera.
 - Todas son válidas.
2. Los trastornos de ansiedad generalizada, fobias y de pánico, que debutan en el anciano son:
 - Muy frecuentes.
 - Medianamente frecuentes.
 - Poco frecuentes.
 - Extremadamente raros.
 - Inexistentes.
3. Señale falso o verdadero si en el anciano:
 - El trastorno obsesivo compulsivo es raro.
 - Los síntomas obsesivoides son muy raros.
 - El trastorno-obsesivo-compulsivo no es raro.
 - Los síntomas obsesivoides responder a terapia antidepresiva.
 - Lesiones orgánicas liberan conductas anancásticas.
4. En el síndrome de Cotard el tratamiento de elección es:

- Psicoterapia.
- Medicina antidepresiva.
- Electrochoque.
- Terapia de familia.
- Litio.

5. En ancianos con alucinaciones y/o delusiones, debe descartarse:

- Traumas en la vida infantil.
- Depresión.
- Estados orgánicos cerebrales.
- Las dos primeras son ciertas.
- Ninguna es válida.

6. Los estados paranoides en la vejez suelen ser secundarios:

- Depresión.
- Sordera y ceguera parciales.
- Demencia.
- Son válidas las dos primeras.
- Todas son válidas.

7. En la parasitosis delirante idiopática da buen resultado:

- Clorpromazina.
- Litio.
- Trifluoperazina.
- Pimozide.
- Alprazolam.

8. Las depresiones y manías en el anciano se caracterizan por:

- Tener un origen orgánico.
- Tendencia a las recaídas.
- Ser resistentes al tratamiento.
- Ser frecuentes.
- Todas son válidas.

9. Las amenazas de suicidio en el anciano suelen ser:

- Gestos suicidas.

- Actitudes para llamar la atención.
- De alto riesgo.
- Indicador de demencia.
- Expresión de bajos niveles de VIT B12.

10. La presbiofrenia:

- Se debe a una atrofia marcada del locus ceruleo.
- Es una variante clínica de la enfermedad de Alzheimer.
- Cursa con desinhibición, hiperactividad, hipomanía y confabulaciones.
- Son válidas la primera y tercera.
- Todas son válidas.

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 26

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Elard SÁNCHEZ

CONCEPTO

Se define la urgencia psiquiátrica como la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta son en tal grado disruptivos, que el paciente mismo, la familia o la sociedad, consideran que requiere atención inmediata. Pueden presentarse en condiciones que:

- a. Son manifestaciones de una alteración psicológica aguda (ansiedad, pánico, depresión, trastornos de adaptación).
- b. Implican riesgo de daño personal o interpersonal (agresión suicidio, homicidio).
- c. Evidencian un comportamiento profundamente desorganizado (psicosis, delirio).

ELEMENTOS DE LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA

En la aproximación a la urgencia psiquiátrica debe considerarse cuatro elementos:

- a) El paciente, con su cuadro clínico, que requerirá de estudio cuidadoso, exámenes pertinentes y el tratamiento necesario.
- b) El ambiente humano circundante, que debe ser evaluado en su influencia para la acción procedente.
- c) El ambiente físico, que debe ser examinado por el médico para identificar peligros o facilidades potenciales.
- d) El médico que, como experto, habrá de resolver la urgencia. Su competencia profesional y personalidad jugarán un papel decisivo.

CUIDADOS Y TIPOS DE INTERVENCIÓN EN LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Hay, esquemáticamente, cuatro tipos de intervención en el abordaje y tratamiento de urgencias psiquiátricas:

- a) Intervención verbal: la comunicación es primordial. Con las transacciones explícitas, la ganancia siempre es alta y los riesgos menores. La comunicación debe ser directa, comprensiva, persuasiva y firme.
- b) Intervención farmacológica: referida al empleo adecuado, seguro y juicioso de los psicofármacos que, en la actualidad, constituyen recurso de privilegio técnico en el tratamiento. Así, es indispensable el conocimiento cabal de la psicofarmacología.
- c. Intervención física: implica restricción por la fuerza humana o contención mecánica. Será necesaria

en algunos casos para proteger al paciente mismo o a los demás.

El médico comandará con seguridad las acciones evitando involucrarse personalmente en actos de fuerza; la experiencia demuestra que cuando los pacientes se restablecen suelen agradecer el haberseles cuidado.

d. Solicitud de ayuda: que deberá ser hecha sin demora, cuando la situación lo requiera, al especialista o a las entidades que en casos singulares deben intervenir.

EVALUACIÓN DE LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA

La aproximación al paciente en urgencia psiquiátrica es, en principio, similar a la de cualquier urgencia médica.

En el curso de la intervención la entrevista tomará la dirección que la información y los hallazgos le indiquen para establecer el diagnóstico.

La entrevista y el examen se adecuarán, lógicamente, a las circunstancias.

Si, por definición, la urgencia demanda intervención pronta, hay que ser, sin embargo, cuidadosos y conservadores ante la sospecha de un cuadro orgánico; igualmente, en algunas urgencias de etiología psicológica es pertinente obtener toda la información posible, pues podría tomarse difícil su consecución ulterior.

El médico debe realizar una rápida evaluación mental y proceder al examen físico, recordando que muchas enfermedades orgánicas tienen una expresión psicológica. Siempre considerará seriamente las ideas e intentos de suicidio u homicidio, así como los riesgos de agresión.

Si la información ofrecida por el paciente no fuera digna de crédito o hubiere imposibilidad de obtenerla directamente, se recurrirá a los familiares o acompañantes. En la evaluación debe ponerse especial énfasis en lo siguiente:

1. HISTORIA CLÍNICA

- Referencia detallada de la queja principal
- Cambios recientes en el curso de su vida (especialmente enfermedades físicas y pérdidas).
- Niveles de ajuste anteriores a la urgencia.
- Uso de drogas.
- Historia anterior de enfermedades médicas psiquiátricas y respuesta al tratamiento.
- Historia familiar.
- Historia personal.

2. EXAMEN MENTAL

Debe realizarse de forma tan completa como sea posible, siguiendo las pautas señaladas en el capítulo 2.

3. EXAMEN FÍSICO

En los casos difíciles, debe ser realizado con la inmediatez que la situación de urgencia demande.

4. SOLICITUD DE EXÁMENES AUXILIARES PERTINENTES

5. DISPOSICIONES Y TRATAMIENTO

De acuerdo a las disquisiciones clínicas y al diagnóstico presuntivo.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS PRIORITARIAS

1. EL PACIENTE SUICIDA

Las ideas, la amenaza y el intento de suicidio son causa importante de urgencia psiquiátrica. Farberow clasifica los pacientes suicidas en cuatro grupos:

- Los que conciben el suicidio como el paso a una vida mejor.
- Los que cometen el suicidio como consecuencia de psicosis asociada a alucinaciones.
- Aquellos que cometen el suicidio como venganza contra una persona amada.
- Aquellos de edad avanzada para quienes el suicidio es una liberación.

Se considera que hay una relación entre suicidio o intentos de suicidio y enfermedades de diferente tipo. Factores importantes incluyen alcoholismo, abuso de drogas, depresión, esquizofrenia, trastornos de pánico, situaciones vitales agudas o de gran tensión. En cuadros orgánicos con conducta proclive al suicidio se citan los pacientes afectos de enfermedades crónicas, así como aquellos que están en diálisis renal.

Se han elaborado diversas escalas para evaluar el riesgo de suicidio. Mencionaremos una que considera, en orden decreciente de gravedad, los siguientes factores:

- Amenaza continua de muerte
- Psicosis
- Depresión acentuada
- Alcoholismo
- Intentos anteriores
- Psicosis previas
- Notas suicidas
- Método violento
- Enfermedad crónica
- Cirugía reciente o parto
- Pérdida grave reciente
- Dependencia a drogas
- Hipocondría

- Edad por encima de 45 años (sexo masculino)
- Homosexualidad
- Depresión leve
- Aislamiento social
- Desajuste económico
- Ruina económica
- Ausencia de ganancia secundaria aparente

En la evaluación del paciente sospechoso de riesgo suicida debe preguntársele, en forma directa, si desearía que todo terminara. Si la respuesta es afirmativa, el médico deberá decidir si libera al paciente para seguirlo en control ambulatorio o si indica su internamiento.

No todos los pacientes con ideación suicida deben hospitalizarse. La determinación dependerá de algunas consideraciones, por ejemplo: si se presenta como pensamiento obsesivo, se le tranquilizará; si el intento fue manipulatorio o si manifiesta arrepentimiento, podrá ser enviado a consulta externa psiquiátrica. Por el contrario, deben hospitalizarse los pacientes que hayan hecho un intento suicida serio; los que no muestran arrepentimiento; los que tienen intensos sentimientos de culpa y expresan que estarían mejor muertos; los ancianos con enfermedad crónica; los pacientes con alucinosis alcohólica; los esquizofrénicos con alucinaciones auditivas que les ordenan matarse.

El médico, en los casos de alto riesgo, no debe asumir sólo la responsabilidad, debe compartirla con los familiares y, en el hospital, con el equipo asistencial.

Es obvio señalar que hay intentos suicidas que deben recibir la atención médica y cuidados generales, según sea el caso, como detener el sangrado, proveer respiración con oxígeno, mantener las vías aéreas permeables, etc. Y si el intento se ejecutó con sustancias tóxicas o hay intoxicación por medicamentos deberán efectuarse los procedimientos correspondientes.

El paciente con ideación o intento suicida necesita ayuda, cuidado y simpatía. No debe formularse críticas ni juicios sobre su estado. La actitud del médico debe, siempre, transmitir esperanza. (Ver capítulo 20: 5.5.)

DEPRESIÓN

Los trastornos depresivos adquieren el rango de urgencia psiquiátrica por el peligro de suicidio. Son indicadores de riesgo las siguientes características clínicas: inicio relativamente abrupto, insomnio terminal, inquietud, pérdida de los intereses, disminución del apetito, mengua de la libido, sentimientos de desesperanza, retracción social progresiva, emergencia de delusiones de culpa y pensamiento de minusvalía, impresión de que lo vivido ha sido un fracaso y que no hay porvenir. En tales casos, se impone el internamiento, los cuidados de enfermería solícitos y la medicación antidepresiva que puede ser acompañada inicialmente de ansiolíticos.

El electrochock es la terapéutica de elección en casos de alto riesgo suicida.

El paciente deprimido puede intentar el suicidio en cualquiera de los estadios de la depresión. Ya no debe pensarse que será mayor el riesgo cuando aquella se está resolviendo. En los trastornos distímicos (depresión neurótica), si bien el riesgo de suicidio es mucho menor que en la depresión mayor, no deja de ser una posibilidad.

3. ANSIEDAD Y PÁNICO

La ansiedad es una de las manifestaciones psiquiátricas más frecuentes. En la ansiedad o angustia se vive fundamentalmente una amenaza a los sistemas de seguridad personal. Es un estado afectivo

sumamente desagradable e intolerable.

El cortejo sintomático y signológico de la ansiedad se caracteriza por: torturante sentimiento vital de opresión, desasosiego y tensión nerviosa, impresión de estar a merced de amenazas imprecisas, expresión facial característica, manifestaciones neurovegetativas, tales como: midriasis, palidez facial, sudores profusos, taquicardia, taquipnea, diarrea, sequedad de boca, disminución del apetito, insomnio, hipertensión e hipoglucemia. A lo expuesto, se agregan otros síntomas como tensión muscular, cefalea, polaquiuria, etc. (Ver capítulos de Semiología y de Trastornos de Angustia).

Los ataques de pánico, caracterizados por episodios breves de ansiedad intensa, surgen súbitamente, alcanzan su máximo rápidamente y no están asociados a situaciones amenazantes de la vida ni agotamiento físico o estímulo fóbico. Se acompañan de un acentuado temor a morir, a volverse loco o a perder la razón, junto a una sensación de falta de aire o asfixia y predominio de síntomas vegetativos de gran intensidad. Pueden estar asociados a agorafobia y superponerse a los demás trastornos de ansiedad como la ansiedad generalizada, la ansiedad situacional o a los trastornos obsesivo-compulsivos. (Ver capítulos respectivos).

Es importante, desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, tener en cuenta que una serie de enfermedades orgánicas cursan con ansiedad:

- Angina de pecho
- Cafeinismo
- Delirio
- Crisis epilépticas parciales complejas
- Hipoglucemia
- Hipoxia
- Intoxicación por drogas psicoestimulantes
- Embolia pulmonar
- Taquicardia paroxística
- Tirotoxicosis

Después de excluidas las causas orgánicas citadas, hay que tratar de resolver la situación de ansiedad o pánico. Hay que establecer una buena relación emocional con el paciente, escucharlo y reasegurarle. Realizados los exámenes físicos y si los resultados son negativos, debe mostrársele que se trata de un problema psíquico y no orgánico; hay que evitar fraseos como que "no tiene nada" o que son "cosas de su imaginación". Hay que ser cautos y evitar afirmar que el trastorno no se repetirá. Debe señalársele que su condición requiere y tiene tratamiento. Se prescribirán ansiolíticos: Diazepam (Diazepam o Valium) 10 mg. V.O., o de ser necesario, por V.I. sin dilución, y muy lentamente para evitar el riesgo de depresión y paro respiratorio; Lorazepam (Ativan) 1-2 mg V.O.; Alprazolam (Xanax) 0.5-1 mg V.O. Las dosis pueden ser repetidas una hora después, hasta amenguar los síntomas o producir sedación.

En los ataques de pánico se indica alprazolam (Xanax) 0.5-1 mg V.O. 3-4 veces al día para alcanzar una dosis óptima de 6 mgr. Puede administrarse Diazepam (Diazepam, Valium, etc.) 10 mgr. V.O. o I.V.

En el trastorno de pánico el tratamiento de largo plazo se hace con alprazolam, antidepresivos (clorimipramina, Anafranil) o con inhibidores de la monoaminoxidasa.

En caso de tendencia grave al suicidio deberá internarse al paciente. La ansiedad, cuyo sustrato tenga una enfermedad orgánica, deberá tener en cuenta la etiología respectiva. Sólo con mucho cuidado se indicarán benzodiazepínicos (Ver capítulo 28 de Psicofarmacología).

4. TRASTORNOS DISOCIATIVOS (Estado de fuga psicógena)

Como un tipo de los trastornos de disociación el paciente puede sufrir una fuga súbita e inesperada del hogar o del trabajo y adoptar una nueva identidad. Hay alteración de la conciencia con perplejidad y aturdimiento, además de amnesia para recordar los acontecimientos ocurridos en tal estado. La etiología es psicógena (Ver capítulo 12 de T. Disociativos).

La recuperación del estado es generalmente rápida y completa. La psicoterapia de apoyo y la modificación ambiental tienen cabida. En algunos casos se puede emplear el narcoanálisis.

5. TRASTORNOS DE CONVERSIÓN (Trastorno disociativo motor)

Conocida anteriormente como Neurosis Conversiva se caracteriza por pérdida o alteración del funcionamiento físico que compromete los órganos bajo control neurológico, sensorial o motor. Es expresión de un conflicto o necesidad psicológica y no tiene base orgánica. El narcoanálisis puede aclarar el origen de los síntomas. El tratamiento de fondo empleará diversos tipos de psicoterapia (Ver capítulo 27 de Psicoterapia de Apoyo).

6. TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Caracterizados por reacciones de desajuste a los problemas que se enfrenta en la vida diaria (problemas situacionales interpersonales, ruptura de una relación afectiva, estrés del ejecutivo, incremento de responsabilidades). Se manifiesta por ansiedad, depresión o trastorno del comportamiento. Se exterioriza desesperanza, llanto, incapacidad para resolver la situación, insomnio y fatiga.

Se tratará con la técnica de intervención en crisis, clarificando los factores precipitantes, estableciendo una buena relación y dando apoyo; de ser necesario, se indicarán ansiolíticos: Diazepan (Diazepan o Valium) 5-10 mg V.O. 1 a 3 veces al día; si hay inquietud marcada, se dará al paciente Diazepan 10 mg I.V. y, de haber síntomas depresivos, se prescribirá antidepresivos. (Ver Capítulo 28 Psicofarmacología).

7. AGITACIÓN, VIOLENCIA

Agitación es la actividad motora exagerada, desorganizada, asociada a exaltación y excitabilidad mental. Se presenta en los cuadros psicóticos, trastornos no-psicóticos y en trastornos mentales orgánicos. Es también, parte constitutiva de los cuadros de agresión o violencia.

Violencia o agresión, es la acción espontánea o reactiva que descarga estímulos nocivos o dañinos sobre otros organismos o el propio.

La agitación psicomotriz puede presentarse como sintomatología grave de diversos trastornos: de adaptación, angustia intensa, pánico, esquizofrenia, manía, orgánico cerebrales y otros.

Hay una serie de causas médicas que pueden producir síntomas de agitación:

- Tóxicas: Drogas simpaticomiméticas, digitalismo, cafeinismo, psicoestimulantes
- Abstinencia del alcohol o drogas hipnosedantes.
- Metabólicas: Hiper o hipotiroidismo, hipoglicemia, síndrome carcinoide, etc.
- Cardiovasculares: Angina, infarto, arritmias.

En el abordaje al paciente violento o agudamente agitado, el médico tendrá calma, dominará su propio temor, no rechazará al paciente ni lo ridicularizará. Si éste es altamente violento deberá protegerle así como al personal auxiliar, de posibles daños.

En los casos de pacientes violentos con ideas homicidas orientadas a alguna persona en particular, es necesario hacérselo saber a ésta última.

En la violencia de grado extremo hay que sedar al paciente: Diazepan (Diazepan o Valium) 10-20 mg I.V. lenta, o Haloperidol (Haldol) 5-10 mg I.M. que se repetirá a los 30-60 minutos, de ser necesario, hasta aliviar los síntomas o producir sedación. Las dosis serán, de preferencia, bajas y repetidas para evitar la sobremedicación. Supervisión adecuada de los signos vitales es indispensable. En tirotoxicosis con ansiedad o agitación psicomotriz debe evitarse el empleo de haloperidol, especialmente por vía parenteral.

8. PSICOSIS AGUDAS

Se trata de un diagnóstico sindrómico. El paciente presenta agitación, hiperactividad autonómica, alucinaciones y delusiones. Pueden presentarse en la manía, esquizofrenia, trastornos esquizofreniformes, psicosis por amfetamina y una serie de enfermedades médicas y neurológicas que pueden semejar los trastornos psiquiátricos mayores. Las indicaciones terapéuticas son similares a las empleadas en casos de agitación y violencia.

9. MANÍA

Nos referimos a la fase de manía del trastorno bipolar en la que se presenta euforia, elación, exaltación de las tendencias instintivas, verborrea, fuga de ideas y agitación.

Debe indicarse Diazepan (Diazepán o Valium) 10-20 mg I.V. lento; o clorpromazina (Largactil) 25-50 mg I.M. cada 4, 6 u 8 horas; o Haloperidol (Haldol) 5-10 mg cada 6 horas. El tratamiento de fondo será con haloperidol, clorpromazina, tioproperacina o carbonato de litio. Los pacientes deben ser internados y se aconsejará a la familia tomar las providencias necesarias por la posibilidad de dispendios económicos.

10. ESQUIZOFRENIA

En esta psicosis hay perturbación de la personalidad, trastornos delusivos del pensamiento (de autoreferencia, persecución, daño, etc.) alteraciones de la percepción (alucinaciones) con ausencia de conciencia de enfermedad. Pueden desarrollar agitación o agresión. El médico que atienda la urgencia debe conversar con el paciente, convencerlo que acepte la medicación y la hospitalización. La actitud será sobria, realista y firme.

Para la sedación se utiliza diazepam (Diazepán o Valium), clorpromazina (Largactil) o haloperidol (Haldol), en la misma forma indicada para la manía. En los casos que lo requieran, mientras que la medicación surta efecto, puede, transitoriamente y para evitar que el paciente se dañe o dañe a otros, recurrirse a la restricción física. El tratamiento de fondo consistirá en la indicación de clorpromazina, haloperidol o trifluoperazina (Ver capítulos 12 y 28).

11. ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA

Tipo de esquizofrenia que puede generar urgencias psiquiátricas tanto en sus manifestaciones de estupor como de agitación. Tanto en uno como en la otra debe indicarse neurolépticos o terapia electroconvulsiva. Tales situaciones requieren de hospitalización obligada.

12. DELIRIO

Síndrome que se manifiesta por anublamiento de conciencia, con disminución del contacto con el entorno, desorientación cronopsíquica, alteraciones perceptivas (ilusiones y alucinaciones) y, a menudo, agitación.

El delirio puede presentarse como consecuencia de diversas causas médicas como:

- Tóxicas: Uso de drogas: anticolinérgicas, hipnosedantes, digitálicas, cimetidina, glucocorticoides y otras. Abuso de drogas: alcohol, anfetamina, inhalación de sustancias volátiles.
- Síndrome de abstinencia: Alcohol, hipnosedantes.
- Endocrinopatías: Hipo o hipertiroidismo y otras.
- Metabólicas: Uremia, pancreatitis, hipoglicemia, encefalopatía hepática, deficiencias vitamínicas de la serie B y ácido nicotínico y otras.
- Neurológicas: De diversa índole.

El tratamiento ideal será el etiológico. Sólo de ser muy necesario se empleará haloperidol (Haldol) 1-2 mg V.O. 2 a 3 veces al día, diazepam, a las dosis recomendadas, o trifluoperazina (Stelazine) 1 mg I.M.

13. DEMENCIA

Estos pacientes pueden tornarse agitados o agresivos en situaciones diversas. La medicación debe ser cuidadosamente administrada, de preferencia en dosis bajas; está proscrita la indicación de barbitúricos por provocar confusión y depresión. Debe utilizarse Haloperidol, Diazepam o Tioridazina (Meleril). (Ver capítulos 10 y 28).

14. ALCOHOLISMO

Se presentan diferentes matices en la urgencia psiquiátrica debidas al alcoholismo. El alcohólico inveterado sufre de trastornos crónicos hepáticos, cerebrales y cardiovasculares y, por las deficiencias nutricionales agregadas, suele ser proclive a las infecciones. Puede mostrar además, anormalidades de conducta debidas a psicosis asociada, hipoglicemia, y hemorragia subaracnoidea. En todos estos casos debe considerarse la necesidad de hospitalización.

- a). En la Embriaguez Patológica, hay conducta compulsiva, furiosa, desorganizada. Debe sedarse al paciente y, de ser necesario, indicar restricción física transitoria.
- b) En el Delirium Tremens, los cuidados deben administrarse en hospital general. Se atenderán las carencias nutritivas y las posibles complicaciones (neumónicas y cardiovasculares). De requerirse psicofármacos debe utilizarse la clorpromazina (Largactil) 100 mg V.O. 3-4 veces al día o tioridazina (Meleril) a la misma dosis. Dar Tiamina 100 mg. IM y, luego, 100 mg V.O. t.i.d.*

*.Resulta muy útil el uso de Lorazepan, 2 mg. V.O. c/2 hrs. Hasta que ceda el cuadro. Más de 12 mg. Por día es rara vez necesario. (Nota del Editor).

- c) En la Alucinosis Alcohólica, por el riesgo de suicidio u homicidio, debe internarse al paciente en una institución psiquiátrica. Se utilizará neurolepticos (Ver capítulo 21 de Alcoholismo).

15. SITUACIONES DE CRISIS EMOCIONAL

H. Rotondo, siguiendo a C. Caplan, indica que las crisis emocionales denotan breves desequilibrios psicológicos que ocurren, ocasionalmente, cuando una persona se enfrenta a problemas que están más allá de su capacidad de comprensión y resolución. Este autor resume las intervenciones necesarias para resolver tales situaciones del siguiente modo:

- a) Explorar activamente la situación actual por la que atravieza el individuo para identificar el o los sucesos precipitantes y focalizar el problema emocional básico inmediato, identificando a las personas significativas implicadas.
- b) Considerar situaciones análogas del pasado y formularse para sí la dinámica de la situación actual.

a) Formular al paciente su problema, tan cuidadosamente como sea posible. La integración cognoscitiva puede promover el retorno a un estado previo de equilibrio con incremento de la habilidad de comprensión y disminución de la angustia y de otros síntomas.

- Revisar con el paciente sus logros o avances en resolver la crisis presente.
- Evitar comprometerse en discusiones prolongadas de problemas crónicos.
- Indicar las modificaciones ambientales, orientación de régimen de vida y otros que puedan atenuar un estrés similar ulterior.
- Aceptar que el paciente, en muchos casos, no requiere o no desea ayuda profesional ulterior.

16. REACCIONES A LAS FENOTIAZINAS

Los neurolepticos provocan una serie de efectos secundarios: extrapiramidales, distonias con espasmo de torsión del cuello, trismus, crisis óculo-céfalo-gíricas, acatisia y taquicinesia, ansiedad y excitación. Se corrigen con la administración de trihexifenidil (Artane) 2 mg V.O. o 5 biperideno (Akinetón) 2 mg V.O. ó 5 mg I.M. o prometazina (Fenergán) 25 mg I.M. Ulteriormente, habrá de indicarse las correcciones de dosis necesarias agregando, de ser necesario, la medicación antiparkin-soniana citada, al esquema terapéutico regular.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. DOUGLAS, A., RUND-JEFFERY, C., HUTZLER. Psiquiátrica en casos de urgencia. México, Edit. LIMUSA S.A. de C.V., 1991.
2. KERCHER, Eugene y MOORE, Gregory (Editores). Aspectos Psiquiátricos de la Medicina de Urgencia de Norteamérica. Vol. 1, Mc. Graw-Hill-Interamericana de España, 1991.
3. FAUMAN BEVERLY, J. "Other Psychiatric emergencies". In: KAPLAN, M. F. y SADOCK, B. J. (Editores). Comprehensive Textbook of Psychiatry VI (Sexta Edición). Baltimore, Willians & Wilkins, 1995.
4. GOLDMAN, Beth & LEVY, Roland. " Emergency Psychiatry" In: GOLDMAN, Howard. Review of General Psychiatry. Ed. Appleton & Lange, 1995.
5. JANICAK, P. G., DAVIS, J. M., PRESKORN S. H. & A y d. F.J. Jr. Principles and Practice of Psychopharmacotherapy. Baltimore, Williams & Wilkins, 1993.
6. JOBE, Thomas & Winer Yecma. "Paciente violento". En: FLAHERTY, Joseph, DAVIS, John & PHILIPS, Yanick. Psiquiatría: diagnóstico y tratamiento. Segunda edición. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
7. KAPLAN, Harold y SADOCK, Benjamin. Manual de Psiquiatría de Urgencias, Editorial Médica Panamericana, 1996.
8. ROY, Alec. "Suicide". In: KAPLAN, M. F. & SADOCK, B. J. (Editores) Comprehensive textbook of Psychiatry VI. Sexta edición. Baltimore, Willians & Wilkins, 1995.

CAPÍTULO 26: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

1. La urgencia psiquiátrica puede presentarse en condiciones que:
 - Señalan alteraciones psicológicas agudas.
 - Implican riesgo de daño personal o interpersonal.
 - Evidencian un comportamiento profundamente desorganizado.
 - Son válidas las dos primeras.
 - Todas son válidas.
2. Una de las intervenciones no corresponde al manejo de la urgencia psiquiátrica:
 - Verbal.
 - Farmacológica.
 - Física.
 - Rehabilitativa.
 - Solicitud de ayuda.
3. No es factor contributorio al suicidio:
 - Alcoholismo.
 - Disociación.
 - Depresión.
 - Esquizofrenia.
 - Abuso de drogas.
4. Es tratamiento de elección en casos de alto riesgo suicida:
 - Ansiolíticas.
 - Litio.
 - Antidepresivo.
 - Electrochoque.
 - Antipsicóticos.
5. Los ataques de pánico se caracterizan por:
 - Ser episodios breves de intensa ansiedad.
 - Acentuar el temor a morir o volverse loco.
 - Ceden fácilmente mediante la reaseguración verbal.
 - Son válidas las dos primeras.
 - Son válidas la segunda y tercera.
6. En los trastornos disociativos:
 - Hay recuperación parcial.

- Hay recuperación total.
- La etiología es psíquica.
- Son válidas las dos primeras.
- Son válidas la segunda y la tercera.

7. La agitación psicomotora puede presentarse en los siguientes trastornos, menos en:

- Esquizofrenia.
- Manía.
- T. Orgánico cerebral.
- Fobias.
- Epilepsia.

8. En la violencia de grado extremo se debe dar el siguiente tratamiento:

- Diazepam 10-20 mg IV lento.
- Haloperidol 5-10 mg IM repetible.
- Amitriptilina 100 mg, oral, cada 4 hrs.
- Son válidas las dos primeras.
- Todas son válidas.

9. En la esquizofrenia catatónica debe indicarse de preferencia:

- Fluoxetina 20-40 mg.
- Moclobemida 300-600 mg.
- Electrochoque.
- Psicoterapia cognitiva.
- Litio 900-1200 mg.

10. En el Delirium Tremens no debe usarse

- Clorpromazina.
- Tioridazina.
- Barbitúricos.
- Haloperidol.
- Trifluoperazina.



CAPÍTULO 27

PSICOTERAPIA DE APOYO

Alberto PERALES

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia, en general, puede ser definida como la modificación de la conducta anormal y la promoción de conductas normales por medios psicológicos y actitudinales además de la utilización de experiencias correctivas. Toda psicoterapia es siempre transaccional*, en el sentido que los procesos psicológicos van produciéndose circularmente, de terapeuta a paciente y viceversa, en virtud de innumerables transacciones. Por ello, expertos en el área señalan que, cuando el tratamiento psicoterapéutico tiene éxito, tanto el paciente cuanto el terapeuta se enriquecen madurativamente al calor de la intensa y singular relación que entre ellos se establece.

Wolberg LR, clasifica las psicoterapias en tres grandes grupos: de Apoyo, Reeducativas y Reconstructivas. Sorprende, sin embargo, que en la vasta literatura existente sobre el tema, el concepto de Psicoterapia de Apoyo no haya sido aún definido con claridad. La investigación en este específico campo es prácticamente inexistente.

Tesis fundamental del presente capítulo es que la Psicoterapia de Apoyo, como técnica de relación humana, está inmersa en todo acto médico. Su valor instrumental y terapéutico es aplicable a pacientes de cualquier especialidad. Constituye, además, una técnica específica, sirviendo de sustento básico para todas las otras técnicas psicoterapéuticas más especializadas.

CONCEPTO

Es una técnica terapéutica psicológica, basada en una relación emocional médico-paciente positiva, en la que el terapeuta despliega una actitud receptiva de constante aliento con la finalidad de mitigar o eliminar emociones psicotóxicas ** (angustia, cólera, vergüenza, culpa) conducente, fundamentalmente, al alivio sintomático y a la resolución de problemas (estresores) actuales. Estimula inespecíficamente, además, la actualización de las potencialidades del paciente. Es una terapia de Yo a Yo, que se realiza cara a cara.

* El término transaccional no tiene, en este contexto, ninguna relación con el enfoque del Análisis Transaccional que utiliza consideraciones de otro encuadre.

** El término "psicotóxico" se usa figuradamente en el sentido de aquella emoción, normal en su calidad pero anormal en su duración, frecuencia o intensidad, además de inadecuada descarga, con efectos nocivos para el organismo o la conducta adaptativa.

SINONIMIA

De soporte, de apoyo emocional, catártica, de sostén, paliativa.

CONCEPTOS DE NORMALIDAD Y ANORMALIDAD ÚTILES A LA PSICOTERAPIA.

A. Perales, R. León y J. E. Mezzich (1989) han señalado que en el campo de la Salud Mental se asume que todos los seres humanos tienen áreas normales y anormales en su personalidad, o, si se prefiere otra terminología, áreas no conflictivas y conflictivas o maduras e inmaduras. La normalidad y la anormalidad absolutas en psiquiatría son utopías clínicas. La normalidad y anormalidad reales dependen, más bien, del balance resultante, positivo o negativo, de la interacción entre las partes sanas y enfermas del sujeto. La Psicoterapia de Apoyo, al alentar al paciente y ayudarlo a enfrentar las situaciones de conflicto, trabaja fundamentalmente con las áreas sanas del Yo. Al sostenerlo, inevitablemente promueve su maduración, tanto por medio del modelo ejemplar y afectivo del terapeuta cuanto por la guía adecuada de enfrentamiento a sus problemas.

PROCEDIMIENTOS

1. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Se logra, fundamentalmente, en base al genuino deseo de acercamiento emocional de parte del terapeuta y de su capacidad de empatía, lo que significa vivenciar los sufrimientos del paciente manteniendo la necesaria distancia y objetividad. Constituye, en realidad, la piedra angular de todo tratamiento psicoterapéutico. La relación emocional debe establecerse desde la primera entrevista, catalizando su desarrollo durante la toma de la historia clínica con simples procedimientos, tales como:

- a) Escuchar atentamente, evitando interrupciones innecesarias.
- b) Ejecutar movimientos de vaivén ántero-posterior de la cabeza en señal de asentimiento comprensivo, en los momentos pertinentes del diálogo.
- c) Establecer contacto visual, acogedor y afectuoso.
- d) Desarrollar una actitud de profundo respeto humano por el paciente, sin diferencias de raza, credo, condición socio-económica, cultural o filiación política.

2. ESTIMULAR LA VERBALIZACIÓN DE LOS SENTIMIENTOS.

La función catártica de la psicoterapia de apoyo por medio de la verbalización de las emociones es, en sí misma, altamente terapéutica; mejor aun, si el paciente encuentra aceptación comprensiva que contrasta con la que viene sintiendo derivada de sus autoreproches. El terapeuta utiliza toda oportunidad para reforzar la sensación de comprensión empática, lo que incrementa la intensidad de la relación emocional. En este clima de confianza puede, además, clarificar la vigencia de los verdaderos sentimientos en juego, ayudando al paciente a reconocerlos y asimilarlos y, consecuentemente, facilitar su descarga a través de las vías normales de expresión. Un ejemplo es el siguiente:

Una mujer de 35 años, casada, viene a la consulta por un cuadro depresivo luego de haberse sometido a un aborto provocado, interrumpiendo la gestación del que, de haber nacido, hubiera sido su quinto hijo. Describe sus sentimientos de tristeza al mismo tiempo que intercala lo que parecen ser razones no muy convincentes para ella; dice:

Paciente: "Ya tenemos cuatro niños, el dinero no alcanza y mi esposo no puede lograr un trabajo mejor... No sé que siento por mí misma."

Terapeuta: (Dando apoyo con su silencio y actitud comprensiva, permite que verbalice sus emociones sin interrumpirla, establece contacto visual empático al mismo tiempo que ejecuta movimientos de vaivén anteroposterior de la cabeza cuando nota que la paciente está por detener su discurso para evitar el llanto). "Comprendo cuán culpable se siente...", dice (focalizando en el verdadero sentimiento y estimulando su verbalización). La paciente no puede contener las lágrimas y, desde ese momento, dirige el examen de sí misma a la culpa que subyace a las autoacusaciones y críticas que viene haciéndose desde que ocurrió el aborto; descarga, así, catárticamente (verbalización y llanto) sus emociones psicotóxicas.

3. SEÑALAMIENTO CONTINUO DE LA REALIDAD.

Cuando un paciente está agobiado por sus conflictos, con frecuencia su sentido de crítica y percepción de la realidad se afectan, generando así, más angustia y, como consecuencia, un gradual desconcierto frente a las decisiones. El terapeuta debe, por consiguiente, reforzar continuamente el principio de realidad, pues, al hacerlo, refuerza los límites reales del Yo ayudándolo, con señalamientos pertinentes y en algunas ocasiones con consejo directo, a la discriminación de estímulos y toma de decisiones.

Veamos un ejemplo: paciente de 55 años, casado en segundas nupcias con una mujer 25 años menor; viene padeciendo de episodios depresivos-paranoides y celos patológicos. En una de las sesiones, luego de narrar una serie de observaciones sobre la posible infidelidad de su esposa, finaliza con este comentario:

Paciente: "Mi mujer lo miraba a los ojos (refiriéndose a un tercero) y al parpadear dos veces le indicó que lo vería a las dos. Me hice el que no me dí cuenta, pero a las dos en punto, sin que ella lo notara, me paré en la esquina de mi casa para seguirla cuando saliera para la cita. Estuve una hora esperando y mi mujer no apareció".

Terapeuta: (Sonriendo afablemente) "Comprendo su temor de comprobar tal sospecha, pero ¿no le parece que su imaginación llegó esta vez demasiado lejos? (El terapeuta acepta el sentimiento del paciente, pero al hablarle de su "imaginación " le está claramente señalando que su deducción sólo puede aceptarse en el terreno de la fantasía).

La respuesta inmediata del paciente fue una expresión de sorpresa, luego, una mirada reflexiva, y el comentario. "¿Por qué se me vendrán esas ideas que son como obsesiones y no las puedo sacar de mi cabeza?" (Buen indicio que el Yo ha vuelto a tomar distancia objetiva frente a lo verbalizado y a restablecer su sentido de realidad, con el alivio consiguiente).

4. ALENTAR EL SENTIMIENTO DE ESPERANZA REAL.

Por medio de la actitud del terapeuta, y que refleje genuina confianza en sus métodos y en la capacidad adaptativa del paciente. Ello no significa derrochar palabras de falsa bienaventuranza, sino el optimismo sensato de quien analiza una situación, por complicada que sea, poniendo énfasis en lo positivo y buscando mejores opciones.

5. SATISFACER LA NECESIDAD DE DEPENDENCIA Y COMBATIR EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD.

Sobre todo al comienzo del tratamiento es necesario tener en cuenta que todo paciente, afectado psicológicamente, está necesitado de un punto de apoyo que le ofrezca seguridad consistente. Suele ser muy útil para ello fijar un esquema regular de citas que le permita sentir la seguridad de que, en la fecha indicada, contará con un tiempo y espacio propios en los cuales el terapeuta podrá escucharlo y cotejar con él las vicisitudes más importantes de su existencia. Hay situaciones críticas en las que suele ser conveniente extender el ofrecimiento de apoyo más allá del recinto formal del consultorio, verbigracia, en los pacientes que presentan ideación suicida sin haber llegado al intento (que es criterio de hospitalización). En tales casos, resulta muy útil, sobre todo al final de la consulta, un comentario como el siguiente: "Nos veremos la próxima semana (se precisan día y hora), pero si fuera necesario que nos veamos antes, hágamelo saber, que haré todo lo posible para darle una cita más próxima. Si ocurriese algo que Ud. considere urgente, puede llamarme por teléfono a cualquier hora." (El terapeuta expresa, así, un mensaje de disposición continua, brindando su ayuda real como un Ego auxiliar permanente). Contra lo que pudiera pensarse, que tal procedimiento exponga al terapeuta al riesgo de recibir continuas llamadas que perturben sus labores, en la experiencia del autor, tal eventualidad ha sido la excepción. Las ventajas son, por el contrario importantes. Veamos: A un paciente de 38 años, profesional, que en su primera consulta había manifestado ideación suicida, aunque no intentos, le hice el comentario final que he señalado más arriba. En la madrugada del día siguiente me despertó el timbre del teléfono, era él. Habló durante varios minutos de quejas imprecisas que aparentemente no

justificaban la llamada, especialmente a dicha hora. Posteriormente, en el día de su cita, me relató que ella obedeció a que las ideas suicidas se le repetían insistentemente (lo que no comentó en su llamada). Sintió necesidad de escuchar mi voz, y, al mismo tiempo, probar "si realmente era cierto que podía contar conmigo en cualquier momento". Lo que le dije en la breve conversación telefónica, pero, ante todo, el tono afable de mi voz, sin visos de rechazo o impaciencia, lo habían calmado y convencido de que aún tenía esperanzas si iniciaba el tratamiento".

Una actitud como la descrita disipa mucho la ansiedad del paciente, haciéndolo sentirse realmente acompañado y terapéuticamente dependiente. Más adelante, en el curso del tratamiento, cuando ya se ha logrado el equilibrio emocional necesario, tal dependencia puede ser administrada con límites más firmes. El único secreto para lograrlo es que el ofrecimiento de disposición terapéutica sea genuino, pues no hay nada más destructivo en psicoterapia que ofrecer ayuda de palabra y desmentirla grotescamente con los actos.

6. COMBATIR EL SENTIMIENTO DE "NO PUEDO" Y ALENTAR LA AUTOAFIRMACIÓN.

La intensidad de la reacción emocional depende no tanto de los elementos reales que la causan sino de la manera cómo el paciente percibe la situación y, particularmente, de su sentimiento de impotencia para alterarla en su beneficio.

En terapia de apoyo hay que enfatizarle al paciente, cuantas veces sea posible, que el problema no radica en que no puede, sino en que no sabe como resolver la situación. El terapeuta ayudará a tomar iniciativas de nuevas rutas de salida y apoyará que el paciente las ensaye. Todo éxito logrado en tal tarea debe ser recompensado verbal y afectivamente. En tal sentido, el terapeuta es guía y, a veces, modelo de acción. Puede, incluso permitirse la flexibilidad de descubrir un poco su persona comentando como resuelve él ciertas situaciones similares y enseñar, con el ejemplo, modelos más asertivos.

Veamos: Un paciente ulceroso de 43 años de edad, es padre de 3 hijos adolescentes y esposo de una mujer dominante y posesiva. Una de sus continuas quejas es que en su casa nadie le hace caso, esto lo resiente profundamente y agrava sus síntomas digestivos. Al promediar una sesión añade:

Paciente: "Y los malcriados de mis hijos no me dejaron ver mi programa favorito de T.V., pues trajeron a la habitación el tocadiscos y se pusieron a bailar. Mi mujer estaba sentada y parecía gozar con la situación. Como no me hacían caso, ni se callaban, tuve que salirme". (Por supuesto, lleno de ira y, poco después, con mayores molestias gástricas).

Terapeuta: "Cuando eso ocurre en mi casa suelo levantarme y en voz firme digo, este es el cuarto de la T.V., si desean bailar tienen que hacerlo en la otra habitación. Por lo tanto, escojan, o ven la una o hacen lo otro, y apago las dos cosas esperando la respuesta".

7. COMBATIR LOS FALSOS CONCEPTOS, REASEGURANDO Y CORTANDO EL CIRCUITO VICIOSO DE SÍNTOMA-IDEA-TEMOR.

Un paciente puede consultar por diversas quejas somáticas que, a su criterio, pueden ser evidencia de grave dolencia física (todo paciente que consulta lo hace con su propio y fabricado diagnóstico). Psicoterapia de Apoyo significa tomar el tiempo necesario para explicar y corregir los conceptos erróneos respecto al probable mal, otorgándole bases lógicas para romper la ligazón ya establecida entre el síntoma físico-idea de grave enfermedad orgánica-temor, rompiendo, así, su reverberación. Si los médicos se tomaran el tiempo necesario para cumplir con tal tarea en las primeras entrevistas, aliviarían de mucho sufrimiento a sus pacientes, brindando el apoyo y la tranquilidad que da el conocimiento real de la situación.

8. ALENTAR LA SOCIALIZACIÓN Y LA EXTERIORIZACIÓN DE INTERESES.

Toda psicoterapia es un proceso educativo de socialización. Esta, de por sí, es terapéutica. Debe, por ello, alentarse al paciente a reasumir actividades placenteras que antes de la enfermedad le eran caras y, si tal eventualidad no fuera posible, animarlo a iniciarse en nuevas áreas de recreación.

9. UTILIZACIÓN ADECUADA DEL AMBIENTE.

Persigue remover o neutralizar los estímulos externos que funcionan como fuentes de estrés, utilizando, creativamente, los potenciales del entorno y la colaboración de los "otros significativos" con el propósito de reforzar los sistemas de soporte social del paciente.

A diferencia de algunas décadas atrás, no existe ningún impedimento para combinar la psicoterapia de apoyo con otras técnicas de tratamiento, siendo frecuente que, en la práctica clínica, se la complementa con medicación coadyuvante.

INDICACIONES

La terapia de apoyo está indicada en toda enfermedad, aunque con diversos grados de urgencia o prioridad. Es, además, básica en enfermedades somáticas crónicas con el propósito de adaptar al paciente a su dolencia, al pronóstico de la misma y a las limitaciones o secuelas inevitables. Ella se torna imprescindible y preferente en las enfermedades terminales, muchas veces como verdadera preparación para enfrentar la muerte.

CONTRAINDICACIONES

Aunque Wolberg señala que no conviene en pacientes que presentan problemas con la autoridad, de competencia con la misma o de rechazo de la dependencia, en mi experiencia sólo he encontrado una contraindicación válida: que el terapeuta no tenga tiempo o deseos de hacerla. Estos sentimientos de rechazo que, a veces, consciente o inconscientemente puede experimentar el terapeuta frente a determinados enfermos, es lo que se denomina contra-transferencia. Si ésta resulta de tal intensidad que impide un adecuado trabajo psicoterapéutico, por el bien del paciente, debe referirse a otro colega que, no teniendo tal problema, pueda ayudarlo con mayores posibilidades de éxito.

MECANISMOS DE ACCIÓN

Como habíamos mencionado anteriormente la investigación en este campo es muy escasa. A la falta de datos conviene avanzar ciertas hipótesis que pudieran servir de posibles rutas de indagación. Señalaremos las más pertinentes:

1. LA TEORÍA DE LA DESMORALIZACIÓN

El síndrome de desmoralización planteado por Jerome Frank y operacionalizado por Dohrenwend Dohrenwend, constituye un cortejo sintomático muy similar al depresivo aunque, según su autor, sin base biológica. Frank plantea que todo paciente que requiere psicoterapia lo hace siempre en un estado de desmoralización. La psicoterapia de apoyo, al combatir este sentimiento, produciría la mejoría sintomática.

2. LA TEORÍA DEL ESTRÉS

Selye propuso su Teoría General de Adaptación como elemento básico de la lucha por la vida y el mantenimiento de la armonía del ser humano con sus ambientes, interno y externo. El grado de tensión (estrés) que de ello resulta puede convertirse en distrés (generador de malestar inespecífico) y preámbulo de diversas patologías. La psicoterapia de apoyo actuaría también en forma inespecífica disminuyendo el estrés por medio de la asesoría al yo para identificar y manejar los estresores respectivos.

3. LA TEORÍA DEL SOPORTE SOCIAL

En el marco de la Teoría de Sistemas se vincula y engarza con las dos anteriores a un nivel subyacente:

El soporte social es elemento indispensable en el desarrollo madurativo del ser humano. Se sabe que éste, para mantener su nivel normal de funcionamiento debe tener, por lo menos, una relación dual significativa.

La gran mayoría de pacientes que requieren psicoterapia lo hacen, como ya hemos advertido, en un estado de desmoralización y de estrés que vienen superando sus mecanismos de resistencia. En este desbalance negativo, vinculado al mayor estrés que soporta el Yo y a una menor efectividad de los mecanismos de soporte, la relación dual significativa que, como hemos dicho, constituye la mayor fuente de soporte emocional en el ser humano, muestra en estos casos signos de fracaso.

De este modo, la relación emocional que el terapeuta establece con el paciente formando la ALIANZA TERAPÉUTICA, debe constituir para este último, su relación dual más significativa ejerciendo su acción inhibidora de ansiedad y permitiendo su remoralización. Para lograr tales efectos el terapeuta debe ingresar al sistema dual del paciente -vía la relación emocional- o como Seguin plantea, a través de su amor incondicional terapéutico. Sólo después de lograda tal posición de privilegio lo que él diga en el suprasistema dual tendrá influencia terapéutica en el subsistema Persona (Paciente). El Yo del paciente, aliviado en tales dimensiones, tendrá así, mayores posibilidades de enfrentar las situaciones de estrés que contribuyen a su dolencia mejorando la afectividad de su conducta.

RESULTADOS

Existe el erróneo concepto, desgraciadamente muy extendido por la influencia psicoanalítica, que hablar de Psicoterapia de Apoyo es hablar de terapia superficial, de lo que se deduce que es hablar de terapia de poca calidad o de resultados precarios y transitorios. Esto es inexacto. Hay estadísticas que indican que la sola relación emocional, base esencial de la Psicoterapia de Apoyo, sustenta alrededor del 50% de éxitos en cualquier tipo de modalidad psicoterapéutica que se intente. Nuestra experiencia en el uso de diversos modelos de psicoterapia nos ha demostrado, una y otra vez, que la relación emocional y otros factores terapéuticos inespecíficos -como Frank ha señalado- se encuentran inmersos en el quehacer de todo psicoterapeuta, independientemente de la escuela terapéutica a la que se adscriba.

Conviene que el estudiante de medicina y el médico no especialista en psiquiatría, reflexionen sobre la enorme importancia práctica de esta arma terapéutica, aunque es indudable que la gran mayoría de ellos la practica casi intuitivamente. Lo ideal sería que se capaciten para ejercitarla con pleno conocimiento de sus potencialidades y limitaciones.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. PERALES, A. Psicoterapia de Apoyo y Salud Mental: Urgencia de adiestramiento del médico no-psiquiatra. Diagnóstico, 1986; 17 (1): 19-24.
2. SEGUÍN, C., A. Amor y Psicoterapia. Bs. As.: Editorial Paidós, 1986.
3. WERMAN, M., D. The Practice of Supportive Psychotherapy. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1984.
4. WINSTON, A., PINSKER, H., Mc CULLOUGH, L. A. Review of Supportive Psychotherapy. Hospital and Community Psychiatry. 1986; 37 (11): 1105-1114.
5. PERALES, A., LEON, R., MEZZICH, J. E. Un Modelo de Normalidad en Salud Mental y Clasificación Multiaxial. Anales de Salud Mental. 1989; V. Nos. 1y 2: 11 - 28.

CAPÍTULO 27: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

PSICOTERAPIA DE APOYO

1. La psicoterapia modifica conductas anormales y promueve conductas normales a través de:
- Medios psicológicos.
 - Medios actitudinales.
 - Experiencia correctivas.
 - Son válidas las dos primeras.

- Todas son válidas.
2. Wolberg clasifica las psicoterapias en tres tipos:
- De apoyo, reeducativa y reestructurativas.
 - De apoyo, conductuales y reestructurativas.
 - De apoyo, psicodinámicas, reeducativas.
 - De apoyo, cognitivas y reeducativas.
 - De apoyo, psicoanalíticas y reestructurativas.
3. La investigación en psicoterapia de apoyo es:
- Imposible.
 - Medianamente adecuada.
 - Muy adecuada.
 - Casi inexistente.
 - Inexistente.
4. No facilita la relación emocional:
- Escuchar atentamente.
 - Ejecutar movimientos de vaivén de la cabeza.
 - Establecer contacto visual.
 - Desarrollar una actitud de profundo respeto.
 - Comentar lo sucedido con otro paciente como muestra de confianza.
5. No es procedimiento de la Psicoterapia de Apoyo:
- Estimular la verbalización de sentimientos.
 - Señalamiento continuo de la realidad.
 - Precisión diagnóstica.
 - Alentar el sentimiento de esperanza real.
 - Satisfacer la necesidad de dependencia y combatir el sentimiento de soledad.
6. No es procedimiento de la Psicoterapia de Apoyo:
- Combatir el sentimiento de "no puedo" y alentar la autoformación.
 - Combatir los falsos conceptos.
 - Alentar la socialización.
 - Adiestrar en relajación.
 - Utilizar adecuadamente el ambiente.

7. La Psicoterapia de Apoyo está indicada en:

- Las enfermedades de origen psicológico.
- En enfermedades somáticas crónicas.
- En pacientes terminales.
- Son válidas las dos primeras.
- En todo acto médico asistencial.

8. Son contraindicaciones de la Psicoterapia de Apoyo:

- Pacientes ancianos.
- Pacientes psicóticos.
- Pacientes muy debilitados físicamente.
- Paciente agudos.
- No hay contraindicaciones.

9. Entre las teorías sobre la acción de la Psicoterapia de apoyo destaca:

- La de desmoralización.
- La del estrés.
- La del soporte social a través de la relación dual.
- La conductual.
- Ninguna es válida.

10. La sola relación médico-paciente positiva sustenta el éxito terapéutico en:

- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%



CAPÍTULO 28

PSICOFARMACOLOGÍA

Aitor CASTILLO

INTRODUCCIÓN

Se acepta que en la historia de la psiquiatría moderna se ha registrado tres hitos importantes. El primero ocurrió cuando Pinel liberó de sus cadenas a los enfermos mentales, coincidiendo con los postulados de libertad, fraternidad e igualdad de la Revolución Francesa de 1789. El segundo se inició a principios de este siglo con los esfuerzos de Freud para entender la mente en el camino que le llevaría al desarrollo del psicoanálisis. Finalmente, el tercero tuvo su punto de nacimiento en la síntesis de la clorpromazina y su empleo para el tratamiento de los trastornos psicóticos en los primeros años de la década de los 50'.

Los psicofármacos han hecho posible el tratamiento exitoso de cuadros clínicos muy severos. Los esquizofrénicos no esperan más el fin de sus vidas entre los muros de un asilo y hoy pueden recibir tratamiento en la consulta ambulatoria. El pronóstico de los desórdenes del humor ha mejorado notablemente con el empleo de las sales de litio al controlarse las frecuentes recurrencias de los pacientes. Baste recordar que en la época pre-litio, alrededor del 10% de los enfermos maniaco-depresivos pasaban más de cuatro años hospitalizados a lo largo de su existencia y la tasa de mortalidad era tres veces mayor que en la población general. Asimismo, es notorio que una significativa proporción de pacientes obtiene un alivio considerable de su sintomatología ansiosa gracias a la administración de benzodiazepinas y otros ansiolíticos.

Está claro que la psicofarmacología no solamente ha aportado instrumentos útiles de tratamiento, sino que ha realizado contribuciones importantes al conocimiento científico general. Algunos logros incluyen los avances en la comprensión de la estructura molecular de los neurotransmisores, los receptores y las sinápsis, las vías químicas cerebrales y los procesos involucrados en las enfermedades neuro-psiquiátricas.

La revolución psicofarmacológica estuvo precedida por la sensación creciente de que el paradigma psicoanalítico había cesado de funcionar adecuadamente en la exploración o, más propiamente, en el tratamiento de la enfermedad mental, y fue impulsada por el reconocimiento de que los fármacos psicotrópicos eran más eficaces que la mayoría de los tratamientos del pasado. Este nuevo paradigma psicofarmacológico se desarrolló en la creencia de que el conocimiento del mecanismo de acción llevaría a la identificación del fundamento biológico de la enfermedad mental. Sin embargo, hay que reconocer que el estudio de los mecanismos de acción de los psicofármacos no ha facilitado una pista directa para el entendimiento de los procesos patofisiológicos que subyacen a la enfermedad mental.

Se acepta que las medicinas influyen sobre los sistemas neuroquímicos pero que no actúan sobre enfermedades mentales específicas; de hecho, la proliferación de trastornos psiquiátricos se ha convertido en un asunto tan complicado que los esfuerzos más vigorosos de la investigación actual apuntan hacia el descubrimiento de los vínculos que los unen. Durante décadas la psiquiatría biológica se empeñó en reforzar el modelo médico unitario y socavar el concepto del espectro nosológico. Algunos estudiosos anticiparon, en años recientes, que las cosas podrían ir en el sentido opuesto, pero no se imaginaron que el reto provendría de uno de los frutos más preciados de la psiquiatría biológica: la psicofarmacología.

Los cambios sociales y políticos que se vienen dando en un mundo siempre cambiante han impulsado el desenvolvimiento de los aspectos antropológicos dentro del marco de una legislación más progresista en materia de salud mental a la par que un interesante desarrollo en las técnicas de psicoterapia y rehabilitación.

Si bien es cierto que el rápido avance de la psicofarmacología es de particular relevancia en la comprensión y tratamiento de los fenómenos psíquicos y somáticos asociados, no puede soslayarse la importancia que la buena relación médico-paciente ejerce sobre el proceso terapéutico.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

En términos generales, puede considerarse psicofármaco a toda sustancia capaz de modificar la actividad mental de los seres vivos superiores; de esta manera, el tabaco, el alcohol, la cocaína, la mescalina, etc., pueden ser conceptualizados como tales. En sentido restringido, es toda droga empleada con el propósito de influir sobre la conducta anormal y restaurar el equilibrio emocional y físico desde el punto de vista médico.

De acuerdo a sus propiedades terapéuticas, los psicofármacos se clasifican desde la perspectiva clínica en: antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, sales de litio, anticonvulsivantes, nootrópicos e hipnóticos.

ANTIPSIKÓTICOS

1. SINONIMIA

Los antipsicóticos se conocen también con los nombres de neurolépticos, tranquilizantes mayores o atarácicos.

2. CLASIFICACIÓN

Una clasificación aceptada está basada en la estructura química de la molécula (sólo se incluye aquí a los que están disponibles en el país):

1. Fenotiazinas (clorpromazina, trifluoperazina, tioridazina, flufenazina, pipotiazina)
2. Butirofenonas (haloperidol, pimozide)
3. Benzamidas (sulpiríde)
4. Dibenzodiazepinas (clozapina)

Otra clasificación más reciente los divide en antipsicóticos típicos y antipsicóticos atípicos. Estos últimos son aquellos que conservan las propiedades antipsicóticas pero carecen de los efectos extrapiramidales y neuroendocrinos de los anteriores (p.ej. clozapina).

3. INDICACIONES

Los antipsicóticos están indicados principalmente en las siguientes condiciones: esquizofrenia, manía, depresión psicótica, síndrome orgánico-cerebral, enfermedad de los tics, corea de Huntington, náuseas e hipo.

4. MECANISMO DE ACCIÓN

El mecanismo de acción más significativo es el bloqueo de los receptores dopaminérgicos post-sinápticos. Recientemente en vista de la amplitud del espectro de la actividad clínica de los antipsicóticos atípicos, hay un creciente interés por el mecanismo de acción de estos fármacos a nivel del sistema serotoninérgico. Las evidencias señalan que una actividad dual sobre los diversos subtipos de receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos ofrece claras ventajas terapéuticas.

5. EFECTOS COLATERALES

Son numerosos y variados pero, en general, el grado de toxicidad es bastante bajo para el grupo. Los más frecuentes o de mayor significación clínica son los siguientes:

5.1. Anticolinérgicos. Se derivan de las acciones antimuscarínicas, siendo los más comunes: sequedad de boca, constipación, visión borrosa y retención urinaria. Son molestos pero no requieren la interrupción del tratamiento en la amplia mayoría de los casos. Las excepciones que merecen subrayarse son la presencia o antecedentes de glaucoma e hipertrofia prostática. Está descrita la emergencia de un síndrome caracterizado por alucinaciones, incoherencia, confusión y desorientación en relación con los efectos atropínicos. El médico debe estar alerta para evitar considerarlo un empeoramiento de la psicosis y abstenerse de aumentar la dosis del antipsicótico.

5.2. Extrapiramidales. Ocurren en orden cronológico con incidencia muy variable. La semiología permite reconocer los síndromes típicos como la distonía aguda, disquinesia, acatisia y parkinsonismo. Estos efectos colaterales son muy mortificantes para el paciente pero de relativa fácil resolución reduciendo la dosis o agregando biperideno o trihexifenidil por un tiempo prudencial. La disquinesia tardía constituye una complicación severa por sus características de resistencia al tratamiento y mal pronóstico, por lo que debe intentarse su prevención evitando el uso incorrecto de los neurolepticos y estando atentos a las primeras manifestaciones cuando el daño todavía puede ser reversible.

5.3. Hipotalámicos. Los antipsicóticos influyen sobre el funcionamiento del sistema límbico en general y del hipotálamo en particular, provocando algunas reacciones entre las que se encuentran la amenorrea, galactorrea, poiquiloterma, trastornos de la libido, alteraciones en el apetito y peso corporal.

5.4. Varios. Estos fármacos tienen poca capacidad letal cuando se ingieren sobredosis, pero se han descrito casos de muerte súbita de etiopatogenia incierta. Por otro lado, una serie de efectos colaterales requiere la atención del médico como la hipotensión ortostática, cambios en la conducción cardíaca, disminución del umbral para las convulsiones y reacciones de hipersensibilidad. El uso de clozapina conlleva un riesgo aumentado de granulocitopenia o agranulocitosis (1 a 2%), por ello es mandatorio realizar seguimientos hematológicos semanales durante los primeros meses del tratamiento. El síndrome neuroleptico maligno (fiebre, delirio, diaforesis, mutismo, rigidez) es una complicación sumamente peligrosa como respuesta al bloqueo dopaminérgico de los antipsicóticos y precipitado por el aumento rápido de la dosis. El tratamiento debe ser enérgico, suspendiéndose el neuroleptico y adoptando una serie de medidas correctivas inmediatas.

6. USO CLÍNICO

Todos los antipsicóticos conocidos producen el mismo efecto terapéutico cuando son administrados en dosis equivalentes.

La eficacia de estos fármacos es superior al placebo y a otras formas de tratamiento (p.ej. psicoterapia) en los casos de esquizofrenia o manía. En los síndromes psicóticos de etiología establecida (p.ej.

endocrinopatías, tumoraciones) el tratamiento debe orientarse a corregir la causa subyacente, reservándose el empleo de los antipsicóticos para el control de los síntomas agudos con la finalidad de facilitar la conducción clínica del enfermo.

En teoría, todo paciente debiera evolucionar favorablemente con cualquiera de los antipsicóticos disponibles si éstos están bien indicados. Por lo general, es un error escoger el fármaco en función de síntomas aislados. Habitualmente los síntomas característicos de una perturbación conductual (p.ej. agitación psicomotriz, insomnio) ceden antes que los síntomas relacionados con alteraciones cognoscitivas o perceptivas (p.ej. delusión, alucinación). La polifarmacia debe evitarse sistemáticamente; no hay evidencias que justifiquen el uso simultáneo de dos o más antipsicóticos.

La experiencia clínica reciente parece desaconsejar la administración de dosis muy altas y/o frecuentes en el afán de controlar las manifestaciones de agitación psicomotriz o violencia que pueden presentar algunos pacientes en la sala de urgencias.

Uno de los avances más significativos en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos ha sido el desarrollo de los antipsicóticos de depósito (p.ej. decanoato de flufenazina) que facilitan la intervención sobre el enfermo que rechaza la ingestión de los fármacos. En estos casos, se aplica la dosis adecuada por vía intramuscular a intervalos quincenales o mensuales. Hasta el momento ninguno de los productos disponibles parece mejor que otro.

El reconocimiento de que una alta proporción de esquizofrénicos permanece refractaria al tratamiento neuroléptico convencional y que los síntomas negativos de la enfermedad (p.ej. apatía, aislamiento) son particularmente persistentes, ha impulsado al descubrimiento de nuevos antipsicóticos. Entre ellos merece una mención especial la clozapina, la cual ha demostrado ser especialmente útil en tales casos con la ventaja de tener un perfil favorable de efectos colaterales de tipo extrapiramidal.

El médico debe saber con claridad que los fármacos antipsicóticos no pueden ser negados a los pacientes que sufren síndromes psicóticos, especialmente esquizofrenia o trastornos paranoides. Debe recordar, al mismo tiempo, que es importante mantener un control clínico periódico involucrando a los familiares en el tratamiento.

ANTIDEPRESIVOS

1. SINONIMIA

Para designar a los fármacos antidepresivos también se utilizan los términos timoanaléptico o timerético.

2. CLASIFICACIÓN

De manera semejante a los antipsicóticos, la clasificación de los antidepresivos es insatisfactoria. La más útil toma como base el mecanismo de acción de estos fármacos (sólo se incluye a los que están disponibles en el país).

2.1. Inhibidores de la Monoaminooxidasa (moclobemida).

2.2. Inhibidores no específicos de la recaptación de aminas (amitriptilina, clorimipramina, trimipramina, maprotilina).

2.3. Inhibidores específicos de la recaptación de serotonina (fluoxetina, paroxetina).

2.4. Miscelánea (trazodona, mianserina, viloxazina).

3. INDICACIONES

Las principales indicaciones para el uso de antidepresivos son: depresión unipolar, fase depresiva del trastorno bipolar, trastorno de pánico, trastorno fóbico, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nervosa y bulimia.

4. MECANISMO DE ACCIÓN

Los inhibidores de la monoaminooxidasa prolongan la presencia de los neurotransmisores en el espacio sináptico al impedir la degradación enzimática. Los inhibidores de la recaptación de serotonina impiden que esta amina sea realmacenada en las vesículas sinápticas. Al actuar selectivamente, tienen una acción farmacológica más limpia con el beneficio de un perfil de efectos colaterales favorable. En contraposición, otros antidepresivos interactúan con varias aminas de manera no específica.

De manera curiosa, la mayor selectividad en el mecanismo de acción de ciertos antidepresivos no se ha traducido en una mayor eficacia clínica ni en una respuesta más homogénea en un subgrupo de pacientes.

El que exista una discrepancia evidente entre el tiempo que toma la manifestación de los efectos farmacológicos sobre la recaptación *in vitro* (minutos) y el que toma la manifestación de los efectos clínicos *in vivo* (días), ha conducido a los investigadores a enfatizar los cambios que se generan a nivel de los receptores pre y post-sinápticos.

5. EFECTOS COLATERALES

Las crisis hipertensivas características de los antiguos inhibidores de la monoaminooxidasa no se

presentan con la nueva generación de inhibidores reversibles de la enzima (p.ej. moclobemida), por lo que el grado de seguridad ha aumentado notablemente para los pacientes evitando las restricciones dietéticas, incluso.

Los antidepresivos que bloquean la recaptación de los neurotransmisores de manera no específica ejercen poderosos efectos anticolinérgicos, por lo que debe tenerse cuidado con los pacientes que presentan glaucoma o hipertrofia prostática. También las acciones sobre el sistema cardiovascular son potencialmente peligrosas en los enfermos con cardiopatía.

El riesgo letal es alto cuando existe una sobredosis, de manera que su administración a pacientes con potencialidad suicida exige ponderación. Un paciente que ha ingerido una sobredosis puede presentarse caminando al servicio de urgencias para poco tiempo después desarrollar un cuadro completo de intoxicación (taquicardia, hipotensión, retardo en la conducción aurículo-ventricular, arritmias cardíacas, mioclonía, convulsiones, letargia y coma). En estos casos la hemodiálisis no sirve, puede ser necesaria la respiración asistida, desfibrilación cardíaca o instalación de un marcapaso.

Si bien es cierto que los antidepresivos de la nueva generación (p.ej. fluoxetina, paroxetina, mianserina, trazodona), están libres de efectos anticolinérgicos y cardiovasculares significativos, no dejan de presentar sus propios espectros de efectos colaterales y en la medida que se usen con mayor frecuencia podrán ser evaluados con más precisión a lo largo del tiempo. Por ejemplo, los inhibidores específicos de la recaptación de serotonina pueden ocasionar insomnio, intranquilidad, cefalea y trastornos gastro-intestinales.

En el caso de trazodona, la sedación y el enlentecimiento cognoscitivo son los efectos colaterales que más limitan su empleo. También se ha observado agravamiento de arritmias en pacientes con enfermedades de la conducción cardíaca. Priapismo es la reacción adversa más impresionante con este fármaco. Aunque la incidencia es rara (1 en 6000 varones tratados), si no se reconoce y trata a tiempo, puede conducir a impotencia permanente. Por otro lado, existe una serie de publicaciones sobre la presentación de discrasias sanguíneas con mianserina que merecen un seguimiento en la literatura.

Los antidepresivos pueden inducir la emergencia de síntomas psicóticos o maníacos en pacientes predispuestos, lo cual no hace más que subrayar el valor que tiene un diagnóstico acertado en la práctica médica moderna. En tales casos, la medicación debe ser suspendida o, en su defecto, asociarse a un antipsicótico.

6. USO CLÍNICO

La prevalencia de la enfermedad depresiva es tan alta que el médico no especializado en psiquiatría se verá obligado a reconocer un número importante de casos a los que deberá tratar con antidepresivos en su práctica cotidiana. La derivación al psiquiatra es mandatoria cuando la respuesta a la terapia sea pobre, exista riesgo suicida, haya trastornos de personalidad severos asociados, o se evidencien síntomas psicóticos.

Hasta el momento no existe un antidepresivo que haya logrado demostrar, en estudios comparativos bien realizados, ser más eficaz que los demás. Sin embargo, muchos clínicos consideran a los antidepresivos que inhiben la recaptación de aminas de manera no específica, llamados también en forma general tricíclicos, y a los inhibidores de la recaptación de serotonina como los fármacos de primera línea. De igual modo, tampoco ha podido probarse que alguno ejerza su efecto terapéutico en forma más veloz. Todos ellos mejoran gradualmente la sintomatología y alcanzan la plenitud de su acción a partir de la segunda o tercera semana.

Los antidepresivos tienen mayores posibilidades de éxito cuando se administran a pacientes con síntomas "clásicos" de depresión (p.ej. insomnio, pérdida de apetito y peso, retardo psicomotor, variación diurna, sentimientos de culpa o minusvalía). Existen algunos hallazgos clínicos que parecen predecir una mejor respuesta con los inhibidores de la monoaminoxidasa en pacientes con síntomas "atípicos" (p.ej. agitación psicomotora, hipersomnía, aumento de apetito y peso, irritabilidad).

Los antidepresivos producen una respuesta satisfactoria en el 60 a 70% de los pacientes; sin embargo, cuando medimos el resultado terapéutico en términos de la absoluta resolución de los síntomas, la tasa de remisión está en el orden de 30 a 40% solamente. Algunos pacientes que no responden con un antidepresivo pueden hacerlo cuando son cambiados a otro.

El tiempo de tratamiento para el episodio único es no menor a 6 meses. Para los pacientes que presentan recurrencias es necesario considerar una fase de profilaxis medicamentosa, con la finalidad de prevenir la reaparición de nuevos episodios depresivos.

El empleo de un sólo fármaco es preferible siempre. La prescripción de ansiolíticos concomitantemente pudiera ser necesaria en ciertos casos. La coadministración de un antipsicótico es mandatoria si el paciente sufre una depresión psicótica.

ANSIOLÍTICOS

1. SINONIMIA

Los ansiolíticos reciben también los nombres de tranquilizantes menores, sedantes o hipnosedantes.

2. CLASIFICACIÓN

Muchos fármacos gozan de propiedades ansiolíticas (p.ej. barbitúricos, antihistamínicos), pero son las

benzodiazepinas las que destacan por sus márgenes de eficacia y seguridad. En la década pasada fue sintetizada la buspirona, una azaspirodecanodiona con una estructura y perfil farmacológico que la distinguen de las benzodiazepinas. En el Perú existe además de una larga lista de benzodiazepinas, algunas con varios nombres comerciales.

3. INDICACIONES

Las indicaciones más importantes para las benzodiazepinas son los trastornos de ansiedad (p.ej. trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico), ansiedad secundaria a condiciones médicas e insomnio. También están indicadas en el manejo de algunas formas de epilepsia y enfermedades que necesiten algún grado de miorelajación. La buspirona puede utilizarse en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada o en situaciones en las que estén contraindicadas o no sea recomendable el uso de las benzodiazepinas.

4. MECANISMO DE ACCIÓN

Para explicar los efectos ansiolíticos de las benzodiazepinas hay que tener en cuenta las interacciones complejas entre el receptor gabaérgico y el receptor benzo-diazepínico, que resulta en la facilitación de la acción del gaba y un flujo incrementado de iones cloro a través de las membranas neuronales.

La buspirona normaliza la neurotransmisión serotoninérgica a través de su unión con los receptores 5HT_{1A} a nivel pre y postsináptico; asimismo, interactúa con receptores dopaminérgicos presinápticos.

5. EFECTOS COLATERALES

La reacción secundaria más común de las benzodiazepinas es la sedación, particularmente molesta para los pacientes que necesitan mantener un nivel adecuado de alerta diurna. Este efecto es transitorio. Otros efectos colaterales son ataxia, disturbios gastrointestinales, alteraciones sexuales y amnesia anterógrada. Dos problemas significativos con las benzodiazepinas son: a) las personas que abusan de drogas también abusan de benzodiazepinas; y b) producen dependencia física a niveles de dosis altas y terapéuticas. Sin embargo, aunque se desarrolle dependencia fisiológica, la gran mayoría de pacientes no tiende a elevar la dosis ni a usar estos fármacos con propósitos hedónicos.

Se ha demostrado la aparición de signos de abstinencia cuando se administran dosis elevadas durante largos períodos (varios meses).

Incluso si las dosis usadas están en el rango considerado terapéutico, los pacientes con historia de uso

de alcohol u otras sustancias depresoras del sistema nervioso central tienen un riesgo elevado de desarrollar dependencia con benzodiazepinas.

El fenómeno de abstinencia que ocurre cuando se suspenden abruptamente las dosis terapéuticas de benzodiazepinas incluye síntomas y signos de ansiedad, insomnio, temblor, alteraciones sensoriales y, raramente, convulsiones.

La buspirona está libre de producir abuso o dependencia, así como carece de efectos sedantes o de interacciones con el alcohol. Los efectos colaterales más frecuentes son cefalea y vértigo.

6. USO CLÍNICO

La eficacia terapéutica de las benzodiazepinas ha quedado bien establecida. Cientos de estudios han demostrado consistentemente que son superiores al placebo. Se estima que entre el 65 y 75%, de los pacientes presenta una mejoría marcada de los síntomas de ansiedad. No existen pruebas concluyentes en la literatura que las benzodiazepinas difieran significativamente unas de otras en lo que se refiere a la actividad ansiolítica; sin embargo, ciertos datos farmacocinéticos y farmacodinámicos indican que es conveniente distinguirlas para su mejor utilización clínica. Por ejemplo, la evidencia acumulada permite señalar que alprazolam parece tener una menor capacidad sedante que otras benzodiazepinas en dosis equipotentes. Asimismo, hay estudios que han demostrado una actividad antidepresiva cuando se prescribe en dosis más altas que las ansiolíticas. Las benzodiazepinas que se absorben rápidamente (p.ej. diazepam, clorazepato) pueden producir una sensación subjetiva de euforia o bienestar que el paciente puede interpretar como favorable. El diazepam tiene una absorción limitada cuando se administra por vía intramuscular. Al emplearse por vía endovenosa se distribuye velozmente, siendo su acción terapéutica breve. Es por ello que en los casos de status epiléptico debe reforzarse con difenilhidantoína o fenobarbital.

Las benzodiazepinas que están desprovistas de metabolitos activos (p.ej. lorazepam) o tienen metabolitos activos que carecen de acciones clínicamente significativas (p.ej. alprazolam) son preferibles en pacientes ancianos o con patología hepática.

Durante el tratamiento continuado, los efectos clínicos se relacionan con la vida media de eliminación. Los fármacos que tienen vida media prolongada (p.ej. diazepam, clobazam, clorazepato) tienden a acumularse con la administración repetida. La fracción residual expresa la relación que existe entre la concentración plasmática a las 12 horas y la concentración plasmática máxima. Las benzodiazepinas que exhiben una fracción residual baja (p.ej. midazolam, triazolam) funcionan mejor como hipnóticos.

Uno de los aspectos controversiales en relación con el tratamiento a base de benzodiazepinas está vinculado al tiempo que debe durar su administración. El énfasis que se pone en la terapia de corto plazo refleja, en parte, la escasez de datos clínicos que muestren los beneficios del tratamiento a largo plazo. Hay indicios de que los hábitos de prescripción de estos fármacos en los hospitales podrían ser los responsables del inicio de abuso y uso crónico de las benzodiazepinas. Una proporción substancial de pacientes hospitalizados reciben prescripciones injustificadas de más de una benzodiazepina simultáneamente (p.ej. una durante el día como ansiolítico y otra en la noche como hipnótico).

Aunque la bupiriona ha demostrado poseer una actividad ansiolítica comparable a las benzodiazepinas en estudios a doble ciego, está desprovista de los efectos miorelajantes, anticonvulsivantes o hipnóticos de aquellas, ofreciendo ventajas a ciertos grupos de pacientes. La lentitud con que se manifiestan los efectos ansiolíticos (a partir de la segunda o tercera semana de tratamiento) desaconseja el empleo en forma condicional o intermitente. En pacientes tratados por períodos comprendidos entre 6 y 12 meses, la suspensión abrupta de esta medicina no ha ocasionado un síndrome de abstinencia. La bupiriona podría ser de especial utilidad en pacientes que necesiten farmacoterapia por tiempo indefinido.

Es conveniente tener presente que algunas formas de ansiedad responden mejor a fármacos no benzodiazepínicos. Así, los trastornos fóbicos y el trastorno obsesivo-compulsivo evolucionan mejor con la administración de antidepresivos. El trastorno de pánico puede ser abordado también con antidepresivos o con alprazolam. La ansiedad que acompaña a un síndrome psicótico se maneja con antipsicóticos, y los síntomas leves de ansiedad que aparecen como consecuencia de las tensiones cotidianas merecen ser tratados sobre la base de una psicoterapia de apoyo.

SALES DE LITIO

El litio es un mineral que se encuentra ampliamente distribuido en la naturaleza, pero en cantidad mínima en los tejidos biológicos. Desde la década de los años 40 ha ido ocupando progresivamente un lugar destacado en la medicina. Es comercializado en la forma de carbonato de litio, aunque otras sales han sido utilizadas ocasionalmente.

1. INDICACIONES

El litio está indicado para el control del episodio maniaco y para el tratamiento profiláctico del trastorno bipolar y del trastorno unipolar. En la mayoría de los estudios se ha demostrado que el litio reduce en un 50% las recurrencias del trastorno bipolar durante el primer año de su administración, en comparación con el placebo.

Otras indicaciones, con muchas limitaciones, son el trastorno de personalidad fronterizo y la farmacodependencia.

2. MECANISMO DE ACCIÓN

No existe un mecanismo de acción único que haya sido aceptado para explicar todos los efectos terapéuticos del litio. Las áreas de investigación se concentran en la actividad del litio sobre los neurotransmisores, las membranas celulares, los electrolitos y las enzimas. La evidencia clínica sugiere que los efectos del litio sobre ambos polos de la enfermedad afectiva (manía y depresión) involucran mecanismos similares, de allí que muchos autores lo consideren una especie de "normalizador" del humor. A través de su acción sobre el sistema fosfoinosítide y las proteínas-G, el litio influyendo en este

sistema de segundo mensajero podría bloquear las oscilaciones de los sistemas monoaminérgicos y colinérgicos hacia estados de hiper-actividad.

3. EFECTOS COLATERALES

Entre los efectos colaterales producidos por el litio deben señalarse los siguientes: temblor de manos, polidipsia, poliuria y diarrea, fundamentalmente en las primeras semanas. Luego, leucocitosis, disminución de la capacidad renal para concentrar la orina e hipotiroidismo. No se han descrito fenómenos de tolerancia o dependencia. El litio es potencialmente mortal. Usualmente, por encima de 2 mmol/L en suero se producen efectos tóxicos como apatía, debilidad muscular, lenguaje trabado, ataxia, vómito y diarrea severa. Si no se descontinúa la medicación y se toma las medidas de sostén respectivas sobrevienen el coma y la muerte.

4. USO CLÍNICO

Antes de iniciar el tratamiento es conveniente evaluar las funciones tiroidea, renal y cardiovascular. Durante el mismo, es buena práctica hacer reevaluaciones cada seis o doce meses o cuando las circunstancias clínicas lo aconsejen.

Para enfrentar el episodio maniaco las dosis se sitúan alrededor de 1800 mgr/día con algunas variaciones individuales. La respuesta óptima se presentará, por lo general, alrededor del séptimo día.

Es de la mayor importancia hacer determinaciones periódicas de la concentración sérica. El rango terapéutico se sitúa entre 0,4 y 0,8 mmol/L para la fase de profilaxis y entre 0,8 y 1,4 mmol/L para la fase aguda, en la mayoría de los pacientes.

El litio se elimina casi completamente a través del riñón. Se ha establecido que disminuye la reabsorción de sodio a nivel tubular por lo que resulta esencial que el paciente mantenga una dieta normal que incluya sodio e ingiera de 2 a 3 litros de agua diariamente. Ciertas condiciones ameritan una suspensión del tratamiento como, por ejemplo, episodios febriles, intervenciones quirúrgicas mayores, gestación y lactancia. Los diuréticos y los antiinflamatorios no esteroideos disminuyen el aclaramiento renal del litio; éste, a su vez, prolonga la acción de los miorrelajantes.

Tanto en el tratamiento de la fase maniaca o depresiva, el litio puede asociarse con antipsicóticos o antidepresivos hasta que se logre la estabilización.

ANTI CONVULSIVANTES

El hecho que alrededor del 25% de los pacientes que sufren trastornos del humor no muestren una buena respuesta al litio ha obligado a los clínicos e investigadores a buscar otras alternativas. En este sentido, dos fármacos antiepilépticos, la carbamazepina y el ácido valproico, han mostrado actividad terapéutica en la etapa aguda y profiláctica de los pacientes bipolares, reduciendo el número de episodios maníacos y depresivos o atenuando su intensidad. Las dosis terapéuticas usuales de carbamazepina varía entre 1200 y 1600 mg/día con el fin de lograr un rango sérico de 8 a 12 mg/L.

Los efectos colaterales iniciales de la carbamazepina son la somnolencia, visión borrosa, disartria y ataxia. De mayor gravedad es la inhibición de la médula ósea. Es necesario mantener un control hematológico y hepático adecuados durante el tratamiento.

La carbamazepina también se ha ensayado con relativo éxito en pacientes psicóticos con sintomatología agresiva asociándola con el tratamiento antipsicótico convencional.

Otro anticonvulsivo, el clonazepam, está indicado en el manejo del trastorno de pánico a dosis de 2 a 3 mg/día en la mayor parte de los pacientes.

FÁRMACOS GERIÁTRICOS

Bajo este rubro se incluyen una serie de productos comercializados con el fin de contrarrestar los efectos del envejecimiento o de tratar los síntomas relacionados con trastornos que presentan una merma considerable de las funciones mnésicas y cognoscitivas (p.ej. demencias). En esta categoría se encuentran los "tónicos cerebrales", vasodilatadores cerebrales y los nootrópicos o estimulantes metabólicos. La amplia prescripción de estos fármacos contrasta significativamente con la ausencia de evidencias científicas sólidas que justifiquen su uso clínico. A la mayoría de ellos se les adscriben múltiples mecanismos de acción por lo que no debe esperarse que beneficien a todos los pacientes y mucho menos una aceptable especificidad. Por otro lado, no están exentos de efectos colaterales y su costo es alto. Es evidente que, en la medida que tanto el médico cuanto el paciente crean en las bondades de estos fármacos, se distraerán los esfuerzos para llegar a un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado.

La experiencia clínica y los estudios rigurosos son bastante limitados en el área de los nootrópicos. En conjunto, parecen producir algún grado de activación conductual pero con escasa repercusión en las funciones cognoscitivas. Las investigaciones con éstos fármacos muestran una tendencia favorable cuando se realizan en pocos pacientes, pero se diluye cuando la muestra aumenta de tamaño. Los neuropéptidos y psicoestimulantes han mostrado actividades positivas sobre la memoria y aprendizaje en numerosos experimentos animales, pero han sido inefectivos en estudios llevados a cabo en pacientes con demencia.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. MELTZER, R. (Ed.). Psychopharmacology. The third generation of progress. New York, Raven Press, 1987.
2. KAPLAN, H., FREEDMAN, A., SADOCK, B. (Eds.). Comprehensive textbook of psychiatry (vol. 3). Baltimore, Williams & Wilkins, 1980.
3. DAVIS, J.M., MAAS, J.W. (Eds.): The affective disorders. Washington, American Psychiatric Press, 1983.
4. COOK, T., BARTUS, R., FERRIS, S., GERSHON, S. (Eds.): Treatment development strategies for Alzheimer's Disease. Connecticut, Marck Powley Associates, 1986.
5. COSTA, E. (Ed.): The benzodiazepines: From molecular biology to clinical practice. New York, Raven Press, 1983.
6. NEMEROFF, CH. B., DEVANE, C.L., POLLOCK, B.G. "Newer antidepressants and the C y Tocrome P450 S y Stern". In: Am. J. Psychiatry, No. 153(3), 1996: 311-320.
7. OLFON, M., PINCUS, H.A., SABSHIN, M. "Pharmacotherapy in Outpatient Psychiatric Service". In: Am. J. Psychiatry, No. 151(4), 1994: 580-585.

CAPÍTULO 28: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS PSICOFARMACOLOGÍA

1. La psicofarmacología ha contribuido a comprender la estructura molecular de:
 - Los neurotransmisores.
 - Los receptores.
 - Las sinapsis.
 - Las vías químicas cerebrales.
 - Todas son válidas.
2. Señale el que no corresponde a los psicofármacos:
 - Antipsicóticos.
 - Antidepresivos.
 - Ansiolíticos.
 - Loperamida.
 - Sales de Litio.
3. Basada en la estructura química de la molécula, los antipsicóticos se clasifican en (señale el que no corresponde)
 - Fenotiazinas.
 - Butirofenonas.

- Benzamidas.
- Piperidínico.
- Dibenzodiazepinas.

4. El mecanismo de acción más significativo de los antipsicóticos es:

- Bloqueo de receptores histaminérgicos.
- Bloqueo de receptores dopaminérgicos postsinápticos.
- Bloqueo de receptores serotoninérgicos.
- Son válidas las dos primeras.
- Ninguna es válida.

5. No es efecto colateral de antipsicóticos:

- Sequedad de boca.
- Extrapiramidalismo.
- Hipertensión arterial.
- Retención urinaria.
- Estreñimiento.

6. Señale verdadero o falso respecto a los antipsicóticos:

- Producen el mismo efecto terapéutico a dosis equivalentes.
- Son superiores al placebo.
- Debe evitarse la polifarmacia.
- Deben ser seleccionados de acuerdo a síntomas aislados.

7. De acuerdo a su mecanismo de acción, los antidepresivos se clasifican en:

- Inhibidores de la monoaminoxidasa.
- Inhibidores no específicos de la recaptación de aminas.
- Inhibidores específicos de la recaptación de serotonina.
- Inhibidores específicos de la recaptación de noradrenalina.

8. Los antidepresivos producen una respuesta satisfactoria en:

- 40-50%
- 60.0%
- 80-90%
- 50-70%
- 60-80%

9. La reacción secundaria más común de los casos tratados con las benzodiazepinas es:

- La sedación.
- El insomnio.
- La hipotensión ortostática.
- El efecto extrapiramidal.
- Tremor de dedos.

10. Con su uso los pacientes mejoran en un:

- 45-55%
- 65-75%
- 85-95%
- 45-65%
- 65-85%

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 29

PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Gustavo VÁSQUEZ-CAICEDO NOSIGLIA

DEFINICIÓN

Es el área de la psiquiatría clínica que incluye todas las actividades diagnósticas, terapéuticas, docentes y de investigación que realizan los psiquiatras en las áreas no psiquiátricas de un hospital general. Considerando la salud y la enfermedad como resultantes de una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, enfoca en particular las relaciones existentes entre los componentes somáticos y psicosociales de la enfermedad, da énfasis al estudio de aquellos problemas psiquiátricos relacionados con enfermedades e incapacidades físicas, o a los casos en los que el estrés emocional se manifiesta en forma de síntomas somáticos. Igualmente, supone la integración del especialista en el equipo de salud del servicio no psiquiátrico, hecho que facilita obtener directamente la información sobre las situaciones que puedan requerir su aporte como experto en salud mental. Un programa de Psiquiatría de Enlace cumple los siguientes objetivos:

- a) La atención por el especialista de los problemas emocionales y cognoscitivos de los pacientes médicos y quirúrgicos;
- b) La intervención temprana y oportuna en los casos psiquiátricos que se identifiquen, contribuyendo a la extensión de la atención psiquiátrica dentro de los servicios médicos;
- c) La capacitación del médico no especialista, residentes, internos y personal no médico, en el reconocimiento de problemas comunes en la práctica médica: estresores psicosociales, problemas de salud mental y síntomas psiquiátricos contribuyendo a la formación de recursos humanos para la promoción de la Salud Mental;
- d) La atención primaria de un buen número de pacientes que por diversas razones no accederán a la atención psiquiátrica especializada;
- e) La prestación de asesoría en la identificación de los estresores psicosociales dentro del sistema hospitalario, tensiones y conflictos que pueden derivar en comportamientos poco saludables, menguando la calidad y productividad del servicio a brindar.

EL SISTEMA SOCIAL DEL HOSPITAL GENERAL Y LA PSIQUIATRÍA DE ENLACE.

El escenario principal en el que se desarrollan las actividades de la Psiquiatría de Enlace es el hospital

general. El hospital moderno se ha formado en base a las necesidades de la sociedad y refleja sus actitudes, creencias, valores e incluso su economía. El mayor conocimiento científico, la creciente especialización, la utilización de complicadas técnicas y procedimientos de ayuda al diagnóstico y los avanzados procedimientos terapéuticos, demandan instalaciones especiales y apoyo técnico de otros profesionales no médicos; y muchos de los aspectos rutinarios del cuidado médico deben realizarse en modernos y bien equipados centros. La atención que el avance científico y tecnológico ha hecho posible, está a cargo de numerosas personas (médicos y enfermeras, auxiliares y técnicos diversos, empleados de servicio, asistentes sociales, psicólogos, el sector administrativo y gerencial) que constituyen una organización social con su propia estructura y funciones. El hospital moderno es un hotel, un laboratorio, una escuela, un centro de investigación de complicadas tareas administrativas, un lugar de trabajo para muchos y diferentes tipos de profesionales y trabajadores. La formación de quienes conforman cada uno de estos sectores es diferente, cada uno con sus propios valores y cultura. La coordinación de estos componentes de la organización por una gerencia es posible, por compartir todos el valor universal de la salud, creándose una cultura propia que actualmente está en proceso de cambio activado por las tendencias modernas en la administración que hacen del hospital una EMPRESA cuyo producto final es la SALUD.

En este sistema social el paciente puede verse inmerso en diversas situaciones problema en cada una de las etapas posibles, desde su acceso al hospital o servicios de salud en demanda de atención. Algunas son principalmente dependientes de las necesidades de automantenimiento de la organización impuestas al paciente; otras, constituyen casos particulares que el sistema debe tener en cuenta para no complicarlos. Este es el escenario en el cual el médico ejerce sus habilidades profesionales y se desarrollan las actividades de la Psiquiatría de Enlace.

Los conflictos entre los diversos componentes de este sistema social son frecuentes. Los problemas en las relaciones médico-paciente y en las relaciones entre los diferentes miembros del servicio y los pacientes son, quizá, los más notorios por su influencia directa sobre el enfermo; sin embargo, pueden también depender del nivel del sistema social hospitalario en el que se expresan o confluyen otros conflictos. Muchos de ellos pueden darse a nivel de la gestión organizacional misma, sobre todo cuando la administración moderna, no encabezada por médicos, mengua el status del médico. Las crecientes presiones burocráticas pueden limitar el rol del médico dentro del hospital, o él puede sentirlo así, y esto debido a las exigencias de control sobre diversos aspectos de su actividad, sobre los costos que demandan cada una de ellas y sobre la utilización de recursos. El reciente interés de los médicos en los temas de gestión de servicios de salud podría cambiar el tipo de conflictos actualmente frecuentes aunque, tal vez, generar otros.

Son múltiples los conflictos que surgen entre colegas médicos o entre los de otros grupos profesionales. Son comunes los que surgen por la delimitación de funciones de cada miembro del equipo de trabajo, liderazgo, problemas en la definición de límites entre diversas especialidades o áreas de trabajo. Igualmente, se dan dificultades en las relaciones entre los diversos sectores profesionales o técnicos (médico-enfermera, enfermera-personal auxiliar de enfermería, etc.).

La permanencia de los conflictos mencionados crea una atmósfera psicológica llena de tensiones y, a veces, de condiciones aversivas para el trabajo eficiente. Constituyen estresores psicosociales y pueden afectar al paciente, por ejemplo a nivel de la relación con el médico u otro sector del personal como el de enfermeras.

En la Fig. 1 se presenta en forma gráfica estas interacciones y sus posibilidades de generar conflictos. El psiquiatra, experto en la evaluación de los aspectos psicosociales, puede contribuir al alivio de tensiones en el sistema afectado, asesorando en el reconocimiento de estresores psicosociales que amenacen la estabilidad y productividad de un servicio por la aparición de comportamientos inapropiados o contradictorios, sobre todo cuando éstos afectan a los pacientes.

En este complicado sistema social son comunes algunas situaciones problema, cuya importancia es con frecuencia descuidada, y son consideradas parte "inevitable" del desarrollo de las actividades en una organización de este tipo: "el costo" a pagar por la atención en un buen hospital moderno. Mencionamos algunas de Las situaciones problema más frecuentes:

1. Acceso al hospital

Presiones burocráticas (problemas administrativos diversos, sala de espera) vs. síntomas de la enfermedad y/o reacciones a la misma (dolor, temor a la muerte o incapacidad, ansiedad, depresión). Los trámites administrativos de la admisión, registros, pagos o verificación de la vigencia de derechos y, posteriormente la espera en una sala a veces atestada, inevitablemente afectan al paciente en forma y medida que él médico debiera interesarse en conocer mejor.

2. Atención Médica

Brevedad de consulta vs. oportunidad de expresar "problemas", obtener información "completa" respecto a su enfermedad y tratamiento (expectativas de la relación médico-paciente insatisfechas). La consulta, por la brevedad de su duración impuesta por el sistema, puede ser una situación frustrante y generadora de mayores tensiones.

3. Hospitalización

Asumir el Rol de paciente durante el período de hospitalización le impone Aislamiento y Suspensión de SUB actividades y responsabilidades que afectan su identidad personal y roles propios-Anonimato, pérdida de la individualidad e identidad. A esto contribuyen:

a) Ambiente extraño que impone rutina ajena a sus hábitos (de alimentos, restricción en el uso de sus pertenencias, de visitas y otras restricciones).

b) "Intrusión" de numerosas personas extrañas (técnicos de laboratorio, personal de servicio, médicos, internos y estudiantes).

c) Diversos acontecimientos (propios de la mecánica de la organización).

4. Situaciones especiales

Son comunes diversas situaciones que implican reacciones psíquicas que el médico debe considerar. Mencionamos algunas:

a) Dependientes de la condición médica del paciente: Enfermedades de sintomatología vaga y difusa que constituyen un "problema diagnóstico"; atención quirúrgica y/o procedimientos instrumentales que crean expectativa ansiosa y necesidad incrementada de seguridad y, a veces, verdadero terror; la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos que impone aislamiento en medio de instrumentos complicados, presencia de casos graves y muerte; la necesidad de Diálisis renal y la inevitable Dependencia de la máquina; los Trasplantes de órganos; los estados de gravedad y terminales.

b) Dependientes del entorno personal del paciente: Situaciones de duelo, complicaciones en el ámbito familiar, económicas; laborales.

c) Dependientes del Sistema Social del Hospital: Conflictos con médicos o personal ("paciente problema").

El listado de problemas presentado, como puede verse, incluye prácticamente todos los aspectos de la organización y funcionamiento del sistema hospitalario; en estos casos, la Psiquiatría de Enlace puede contribuir sumándose a los esfuerzos de los servicios correspondientes, preparando al personal para la identificación de problemas y las intervenciones en las crisis.

LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Los problemas más frecuentes en una sala de medicina que suelen ser motivo de consulta a los psiquiatras, aparecen en el cuadro N° 1. La tarea del psiquiatra es reunir toda la información posible del enfermo, su familia, el médico general y el personal paramédico; identificar los trastornos psiquiátricos y las respuestas psicológicas a la enfermedad física, los rasgos de personalidad de los pacientes y sus técnicas de manejar problemas; reunir información sobre los aspectos sociales, económicos y otras influencias ambientales, enfocando sobre los estresores psicosociales que puedan influenciar sobre el inicio, curso, tratamiento y la recuperación o empeoramiento de la enfermedad; y para recomendar las intervenciones terapéuticas. Es fundamental el contacto personal con el médico consultante.

Cuadro N° 1: Problemas Comunes en los Servicios Médicos
No Psiquiátricos

- . Amenazas o intentos de suicidio.
- . Conducta marcadamente perturbada (delirium, psicosis).
- . Reacciones emocionales intensas (Miedo, temor, ira).
- . Rechazo de las indicaciones médicas, falta de cooperación (temor, ira, depresión, conflicto médico-paciente).
- . Retardo de la convalecencia (ansiedad de separación, adhesión al rol de enfermo).
- . Conflictos paciente-personal.
- . Exagerada cautela, temor o rechazo de los médicos o enfermeras frente a los pacientes con antecedentes psiquiátricos, aun cuando sus trastornos no estén activos.
- . Temor o falta de habilidad de los médicos para dar información al paciente y a su familia sobre diagnósticos o pronósticos.
- . Pacientes simuladores.
- . Efectos colaterales de medicamentos.
- . Dolor crónico.
- . Exámenes de riesgo quirúrgico.
- . Preparación de altas (indicaciones para la convalecencia, la rehabilitación o el seguimiento del tratamiento psiquiátrico).

Cuadro N° 2: Condiciones Médicas y Agentes Farmacológicos
Asociados Comúnmente con el Inicio de la Depresión

Condiciones Médicas	Agentes Farmacológicos
Enfermedad de Cushing	Reserpina
Hipotiroidismo	Alphamethyl-L-Dopa
Hiperparatiroidismo	Otros agentes Antihipertensivos
Enfermedad de Addison	Guanetidina
Lupus Eritematoso Sistémico	Clonidina
Avitaminosis, Anemia Perniciosa	Propranolol
Cáncer (especialmente abdominal)	Anticonceptivos orales
Tuberculosis	Quimioterapia anticancerosa

Influenza	Cimetidina
Neumonía viral	Indometacina
Mononucleosis Infecciosa	Fenotiazina, otros agentes neurolépticos
Parálisis General (Sífilis Tercia)	Barbitúricos
Trauma encefálico SIDA	Benzodiazepinas
Apnea del Sueño	

EL DIAGNÓSTICO

Al enfrentar la tarea diagnóstica, se encontrará con más frecuencia las situaciones siguientes: 1) condiciones médicas que se inician o cursan con síntomas psiquiátricos, incluyendo las enfermedades orgánico-cerebrales; 2) complicaciones psicológicas de una enfermedad 3) reacción a la enfermedad y trastornos secundarios a situaciones estresantes debidas y/o asociadas a condiciones médicas; 4) trastornos somatomorfos y trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos; 5) síntomas físicos de los trastornos psiquiátricos; y, 6) factores psicológicos que afectan condiciones médicas.

1. Enfermedades médicas que se inician o cursan con síntomas psiquiátricos

Una serie de cuadros clínicos suelen iniciarse con síntomas depresivos o ansiedad que enmascaran la enfermedad médica subyacente. Si su inicio coincide con estresores psicosociales, como ocurre en el caso de duelo en personas de la tercera edad con un cuadro neoplásico incipiente, la confusión es mayor.

El carcinoma de páncreas frecuentemente se inicia con depresión. Diversas condiciones médicas y el empleo de ciertos agentes farmacológicos: enfermedades endocrinas como el Hipotiroidismo, enfermedades nutricionales metabólicas y virales, el Apnea del sueño, neoplasias (cuadro N° 2) se asocian con el inicio de la Depresión, los corticoesteroides, el síndrome de Cushing, la influenza y la neurosífilis, pueden producir depresión o manía.

Es frecuente el inicio de Manía en algunas condiciones médicas como la tirotoxicosis, el Lupus Eritematoso Sistémico y la Influenza. Así mismo, es común la asociación con el inicio de Manía con la administración de algunos agentes farmacológicos como los Corticoesteroides, Levodopa, Bromocriptina, Anfetamina, Metilfenidato, Cocaína, IMAOs y Antidepresivos.

La CIE-10 incluye en, anexo, los Capítulos I, IV, VII, VIII, IX, X y XIII, que contienen una lista de procesos y de medicamentos de uso común que se asocian con frecuencia con alteraciones incluidas en el Capítulo F (V) correspondiente a los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Los pacientes con

disfunción o lesión cerebral transitoria o permanente, cursan con manifestaciones psicopatológicas identificables como síndromes en los que es característico el trastorno de funciones cognitivas superiores, conciencia y atención, o síndromes en los que destacan los trastornos de la percepción (alucinaciones), del pensamiento (delirio) o del humor y emociones (depresión, ansiedad) (Ver el Capítulo correspondiente a Trastornos y Síndromes Orgánicos Cerebrales). Incluye las Enfermedades del Sistema Nervioso del Capítulo VI de la CIE-10, (códigos G00-G99) como las presentadas en el cuadro N° 3, que señala, además, algunos agentes farmacológicos.

La identificación de estos problemas es importante; los síntomas psiquiátricos pueden llevar a confusión que retarde el diagnóstico y el tratamiento apropiados. El diagnóstico debe incluir para su tratamiento tanto las condiciones médicas como las psíquicas, considerar ambas con sumo cuidado y cooperar mutuamente en su

Tumor Cerebral	Alcohol
Ataques parciales complejos (Epilepsia del lóbulo temporal)	Barbitúricos
Accidente Cerebro-Vascular (ACV)	Abstinencia de estimulantes
Encefalitis Opioides	Agentes psicodélicos (?)
Enfermedad de Parkinson	Insecticida anticolinesterasa
Esclerosis Múltiple	
Enfermedad de Alzheimer	

esclarecimiento. El inicio de tratamientos psiquiátricos en los casos en que esté indicado, tiene como efecto la disminución de costos en exámenes innecesarios y en estancias hospitalarias prolongadas.

2. Complicaciones psíquicas de algunas enfermedades o condiciones médicas

No es infrecuente la aparición de síntomas psíquicos como el delirium, en pacientes hospitalizados por diferentes cuadros clínicos, como consecuencia de la abstinencia de alcohol o drogas. El problema es la falta de información, sobre todo en pacientes accidentados o quirúrgicos. Ocurre también como complicación de cirugía cardíaca u oftalmológica, aunque se considera un riesgo potencialmente serio asociado a todo tipo de procedimiento quirúrgico. Pueden producirse cuadros de confusión mental y delirio como complicación del uso de fármacos (ver cuadro N° 6), entre los que debe tenerse en cuenta los antiparkinsonianos y los antiasmáticos. Casos especiales son algunas formas de depresión asociada a infecciones como la brucelosis, en las que se hace necesario administrar tratamiento antidepresivo, junto al correspondiente a la infección y enfocar sobre la conducta de enfermedad que puede ser la base de algunas convalecencias prolongadas; en muchos casos, en el manejo terapéutico, es de gran ayuda el enfoque cognoscitivo-conductual sobre la enfermedad. Una serie de entidades médicas están frecuentemente asociadas con síntomas de angustia que también pueden ser inducidos por drogas. Entre las enfermedades causantes de angustia destacan las cardiovasculares (angina pectoris, arritmias, hipertensión, infarto del miocardio, enfermedad valvular)

Cuadro N° 4 Trastornos Inducidos por Medicamentos

Delirium
Demencia persistente
Trastorno amnésico persistente
Trastornos psicóticos
Trastornos del afecto
Trastornos de ansiedad
Disfunciones sexuales
Trastornos del sueño
Trastornos del movimiento

Cuadro N° 5: Medicamentos que pueden inducir Trastornos Psíquicos

Analgésicos y antipiréticos (metadona, codeína).
Anticonvulsivos (Carbamazepina, Fenobarbital).
Antiparkinsonianos (Benzotropina, Difenhidramina).
Neurolépticos (Haloperidol, clorpromazina).
Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.
Otros psicotrópicos (antidepresivos, cannabis, estimulantes).
Medicación cardiovascular (propranolol, digital, nitritos).
Antialérgicos, anticolinérgicos, antineoplásicos, etc.
Antiasmáticos, antitusígenos, oxitócicos, miorrelajantes.
Hormonas (incluye contraceptivos orales).
Diuréticos.

(ver capítulo sobre angustia) De otro lado, diversos trastornos inducidos por medicamentos (cuadros N° 4 y 5), pueden ser la causa de confusiones diagnósticas y/o de abandono de tratamientos y un curso negativo de la enfermedad. Igualmente, el condicionamiento de los síntomas que complican la quimioterapia en oncología, suele perpetuar los síntomas creando gran ansiedad y rechazo del tratamiento con la resultante pérdida de la oportunidad de una mayor sobrevivencia con calidad de vida aceptable.

3. Reacción a la enfermedad y trastornos secundarios a situaciones estresantes debidas y/o asociadas a condiciones médicas

Las reacciones de los pacientes a la enfermedad tienen influencia en el curso y la evolución. Un concepto afín es el de conducta de enfermedad. Movilizan o retardan la puesta en acción de comportamientos protectores que favorecen la recuperación o, por lo contrario, de comportamientos que afectan negativamente el curso, el tratamiento y retardan la recuperación. Dependen de los siguientes factores: a) naturaleza de la enfermedad, b) edad del paciente, c) personalidad del paciente y su conducta de enfermedad habitual, d) circunstancias en las que aparece la enfermedad, e) experiencias anteriores y marco cultural, f) condiciones propias

Cuadro N° 6: Reacciones Psicológicas a la Enfermedad

<ul style="list-style-type: none"> . Ansiedad . Depresión . Regresión . Negación 	<p>Otras reacciones</p> <ul style="list-style-type: none"> . Acentuación de conducta dependiente. . Desconfianza y hostilidad. . Incremento de la ansiedad. . Dolor. . Hipocondriasis, somatización e invalidez psicológica. . Dramatismo y grandiosidad en personas inestables. . Reacciones complicadas por factores de la organización.
--	---

del tratamiento. En el cuadro 6 aparecen algunas de las reacciones más frecuentes. Es importante señalar que éstas pueden complicarse por diversas condiciones propias de la organización del hospital, que constituirían agentes estresores psicosociales como ya fue mencionado. El manejo de la información dentro de una adecuada relación médico paciente evitará o disminuirá la posibilidad de algunas de estas reacciones.

4. Trastornos somatomorfos y Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas

En consulta médica y salas de hospitalización se encontrarán pacientes con síntomas somáticos múltiples y variables sin explicación somática adecuada; son los trastornos somatomorfos que pueden ser abordados inadecuadamente con excesivas exploraciones e incluso llegan a ser intervenidos quirúrgicamente o recibir tratamientos medicamentosos, cuyo consumo crónico crea tolerancia o dependencia (sedantes y analgésicos). Este es un grupo de diagnóstico y manejo difícil en el que se requiere establecer una adecuada relación médico-paciente y, de ser necesario, el uso de psicofármacos, entre otras medidas (Ver Capítulo 11)

5. Síntomas físicos de trastornos psiquiátricos

Diversos estudios informan que, en la práctica médica general, se identifica menos

Cuadro N° 7: Síntomas de los Trastornos Psiquiátricos

. Trastornos de Ansiedad/Pánico:

Síntomas músculo-esqueléticos (dolor, sacudidas musculares, rigidez, mioclonías, aumento del tono muscular, espasmos musculares).

S. Sensoriales (tinnitus, visión borrosa, escalofríos, bochornos, sensación de debilidad, hincadas, prurito).

S. Cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, sobresaltos cardíacos, pulsación vascular, sensación de desmayo).

S. Respiratorios (constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea).

S. Gastrointestinales (dificultad para deglutir, flatulencias, disconfort abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de peso, inapetencia, estreñimiento).

S. Génitourinarios (polaquiuria, tenesmo vesical, amenorrea, menorragia, eyaculación precoz, pérdida de libido).

S. Autonómicos (sequedad de boca, bochornos, palidez, sudoración, vértigos, cefalea tensional).

. Depresión

Astenia, pérdida de peso, cafeleas, amenorrea, sequedad de boca. Estreñimiento, palpitaciones, disregulación vegetativa (crisis de sudoración) depresión enmascarada y equivalentes depresivos.

. Manía

Insomnio, incremento del hambre y la sed, adelgazamiento.

de la mitad de los casos con componente psíquico y sólo 1 de cada 75 ó 100 acude al psiquiatra. El diagnóstico requiere habilidad puesto que en muchos casos el paciente puede ser habitual o renuente para describir sus síntomas psicológicos y reporta sólo los síntomas somáticos. Su atención primaria en el hospital general requiere la consideración de la depresión larvada o enmascarada, en la cual los síntomas somáticos se presentan en primer plano, y de los equivalentes depresivos, en los que faltan las manifestaciones psíquicas.

6. Factores psicológicos que afectan condiciones médicas

La presencia de uno o más factores psicológicos o conductuales específicos puede afectar adversamente una condición médica general. Juegan un rol potencial en la presentación o el tratamiento de casi toda condición médica general: pueden influir el curso de una condición médica general, lo que puede ser inferido por una íntima relación temporal entre los factores y el desarrollo o exacerbación del cuadro o un retardo en la recuperación, interferir con el tratamiento, constituir un riesgo adicional para la salud, como en el caso de una continuada sobreingesta de alimentos en diabetes relacionada con el

peso; precipitar o exacerbar síntomas al desencadenar respuestas psicofisiológicas relacionadas con el estrés, causando, por ejemplo: dolor precordial en individuos con enfermedad arterial coronaria o broncoespasmo en individuos con asma.

Debe existir una evidencia razonable que sugiera la asociación de factores psicológicos y condiciones médicas, aunque no sea posible una demostración directa de la causalidad o de los mecanismos subyacentes.

Estas condiciones pueden afectar el curso de casi todas las categorías mayores de enfermedad incluyendo condiciones cardiovasculares, dermatológicas, endocrinológicas, gastrointestinales, neoplásicas, neurológicas, pulmonares, renales y reumatológicas. En los cuadros N° 8, 9 y 10 se presenta un listado de diversos factores psicológicos que afectan a condiciones médicas generales.

Cuadro N° 8 Otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica: Factores psicológicos que afectan a condiciones médicas

- Trastorno Mental que afecta condiciones médicas (p.ej: depresión mayor, que afecta el pronóstico de un infarto cardíaco, insuficiencia renal o hemodiálisis; esquizofrenia, que afecta el tratamiento de la diabetes mellitus).
- Síntomas psicológicos que afectan una condición médica (p.ej: ansiedad o depresión que afecta el curso y severidad de síndrome de colon irritable o de úlcera péptica, o complican la recuperación postquirúrgica).
- Rasgos de Personalidad o estilo de manejo de problemas que afectan condiciones médicas (p. ej: conducta hostil y apremiante «tipo A» en enfermedad coronaria).
- Conducta de salud no adaptativa que afecta condiciones médicas (p.ej: estilo de vida sedentario, comer en exceso, o abuso de alcohol y drogas, prácticas sexuales inseguras).
- Respuestas fisiológicas relacionadas con estrés que afectan condiciones médicas (p.ej: precipitación de dolor precordial o arritmia en pacientes con enfermedad coronaria).

Cuadro N° 9: Otros problemas asociados a una condición médica

Problemas de relación asociados a una condición médica:

- Problemas de relación entre padres e hijos.
- Problemas de relación de pareja.
- Problemas de relación entre hermanos.

Problemas Relacionados con Abuso o Descuido:

- Abuso físico y/o sexual del niño.
- Descuido, desatención/abandono del niño.

Cuadro N° 10: Otras condiciones que pueden ser
Foco de atención clínica

- Incumplimiento del tratamiento.
- Simulación.
- Conducta antisocial: adulto/niño/adolescente.
- Funcionamiento intelectual limítrofe.
- Declinación cognitiva propia de la edad.
- Duelo.
- Problemas académicos.
- Problemas ocupacionales.
- Problemas de identidad.
- Problemas religiosos o espirituales.
- Problemas de aculturación.
- Problemas asociados con una fase particular del desarrollo, o acontecimiento vital.

El diagnóstico diferencial de este tipo de condiciones debe hacerse con otras que hemos considerado en este capítulo y que son tratadas in extenso en los capítulos correspondientes: Trastornos Mentales debido a condiciones médicas, en los que las condiciones médicas causan el trastorno mental. Ya hemos comentado brevemente este grupo; los Trastornos por uso de sustancias (dependencia al alcohol y a la nicotina); Trastornos somatomorfos, en los que no existe una condición médica general que explique los síntomas somáticos.

EL TRATAMIENTO

En Psiquiatría de Enlace se hará uso de todas las modalidades terapéuticas que el especialista juzgue aplicables. No obstante, éste deberá tener en cuenta que los pacientes se encuentran en un contexto médico general y que el paciente ha acudido por un tratamiento médico, que generalmente tiene prejuicios respecto a la psiquiatría y que los mismos profesionales de la salud pueden tenerlos. Como regla general, comunicará al médico consultante el resultado de su evaluación y explicará al mismo la conveniencia del procedimiento que debe recomendar al paciente. Esta tarea se vincula con la integración del psiquiatra al equipo de la sala o servicio en el trabajo diario, en las actividades académicas y en los proyectos de investigación.

Es importante el uso de psicofármacos. La actitud de los pacientes y de los mismos profesionales no psiquiatras a todo lo que afecte al SNC es de tal índole, que cualquier efecto inesperado, peor si es un efecto secundario molesto, puede motivar críticas al psiquiatra y abandono del tratamiento. Conviene tener muy en cuenta la dosificación, la vía de administración, la farmacodinamia y la farmacocineses del producto. Estos son, igualmente, temas para la docencia en servicio.

ACTIVIDAD DOCENTE

Aspecto fundamental de la Psiquiatría de Enlace. Integrado en el servicio médico, el especialista participará en las actividades académicas ya sea en conferencias, discusión de casos, revisiones bibliográficas y otras, sean éstas formales o informales. Son temas de importancia, entre muchos otros: las técnicas de la entrevista, el papel de los estresores psicosociales, aspectos de las relaciones médico-paciente, el uso racional de la psico-farmacoterapia, las estrategias de intervención en las crisis, el duelo.

INVESTIGACIÓN

La Psiquiatría de Enlace, entre otros aspectos, ha contribuido con estudios diversos en los campos que acabamos de mencionar; pero, también en los de la medicina psicosomática; de las interacciones recíprocas entre las variables biológicas, psicológicas y sociales de la salud y la enfermedad; las respuestas psicológicas ante la enfermedad y la muerte.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. CAVANAUGH, S., MILNE, M.B. Recent changes in Consultation-Liason psychiatry: A blueprint for the future. *Psychosomatics*, 1995; 36: 95-102.
2. LIANG, B.A. (de). Depression in a primary care setting. *Hospital Physician*, June, 1995: 27-46.
3. VIDAL, G., ALARCON, R. Psiquiatría Cap. 18. Psiquiatría de Enlace. Buenos Aires. Argentina: Editorial Médica Panamericana. 1986.
4. LIPOWSKY, ZJ. Current Trends in Consultation - Liason Psychiatry. *Cann. J. Psychiatry*, 1983; 28: 329.

CAPÍTULO 29: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

PSIQUIATRÍA DE ENLACE

1. No es el objetivo de la psiquiatría de enlace:

- La atención de los problemas emocionales y cognoscitivos de los pacientes médicos y quirúrgicos.
- La intervención temprana y oportuna en los casos psiquiátricos identificados.
- La capacitación del médico no especialista.
- La referencia a centros especializados de todos los casos psiquiátricos.
- La atención primaria de un buen número de pacientes.

2. En el sistema social del hospital:

- Los conflictos son pocos
- Los conflictos son moderadamente frecuentes
- Los conflictos son frecuentes
- Son válidas la primera y la segunda
- Ninguna es válida

3. Los conflictos que surgen entre grupos profesionales se deben a:

- Pobre delimitación de las funciones de cada miembro del equipo
- Problemas de liderazgo
- Pobre definición de límites entre especialistas
- Son válidas la segunda y la tercera
- Todas son válidas

4. El clima de tensión en el hospital puede afectar a:

- Los pacientes
- Los médicos
- El personal en general
- Son válidas la primera y la tercera
- Todas son válidas

5. No es problema común en los servicios médicos no psiquiátricos:

- Amenaza o intento de suicidio
- Conducta marcadamente perturbada
- Embriaguez patológica

Reacciones emocionales intensas

Rechazo de las indicaciones médicas

6. No es problema común en los servicios médicos no psiquiátricos:

Exámenes de riesgo quirúrgico

Episodio disociativo

Conflictos paciente-personal

Efectos colaterales de medicamentos

Dolor crónico

7. Condición médica no asociada al inicio de una depresión:

Enfermedad de Cushing

Hipotiroidismo

Prolapso de válvula mitral

Cáncer (especialmente abdominal)

SIDA

8. No es trastorno inducido por medicamentos:

Delirium

Disfunción sexual

Trastorno del sueño

Trastorno del movimiento

Trastorno ficticio

9. No es reacción psicológica a la enfermedad:

Proyección

Ansiedad

Depresión

Regresión

Negación

10. Son condiciones que pueden ser foco de atención clínica:

Incumplimiento del tratamiento

Problemas académicos

Problemas espirituales

Son válidas las dos primeras

Todas son válidas

[◀ Regresar](#)



CAPÍTULO 30

MEDICINA Y PSIQUIATRÍA

Raúl MUJICA

INTRODUCCIÓN

Considerada en perspectiva amplia, la condición de enfermo, en cualquier especialidad médica, determina tales condiciones psicológicas que es imposible concebir la falta de relación entre éstas y el curso de la enfermedad. Aceptado este principio universal, es necesario referirse a aquellos factores psicológicos que afectan las enfermedades médicas.

ROL DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS EN EL INICIO Y CURSO DEL CÁNCER

Pese a que experimentados oncólogos aceptan la relación citada, la investigación sistemática es aún controversial. Se reconocen las conexiones del cáncer con los estados afectivos, los estilos de defensa y los rasgos de personalidad, las relaciones interpersonales, los eventos estresantes, y las intervenciones psicológicas.

La relación entre la depresión y el cáncer ha sido enfocada desde varias perspectivas. Un estudio epidemiológico realizado en Estados Unidos permitió evidenciar que los síntomas depresivos estaban asociados a una incidencia más alta de cáncer que la observada en la población general en los primeros 10 años de seguimiento, y a un riesgo dos veces mayor de muerte por cáncer, 17 años después. Estudios recientes, sin embargo, han demostrado resultados negativos, pues otros autores, como Daltre, et al, demostraron índices más bajos de depresión en hombres que subsecuentemente desarrollaron cualquier tipo de cáncer. Finalmente, Zonderman, et al, luego de un estudio de seguimiento de 10 años, concluyeron que ningún síntoma depresivo significativo podría ser considerado como predictor de morbilidad o mortalidad en cáncer.

Otros estudios realizados, en pacientes con cáncer mamario demostraron que las pacientes que negaban su enfermedad o tenían un "espíritu luchador", tenían una tasa de supervivencia más alta que aquellas que mostraban aceptación estoica o expresa desesperanza e impotencia.

Diversas investigaciones han descrito mayor incidencia de eventos estresantes previos al cáncer cervical, gástrico, pancreático y pulmonar. Eventos estresantes han sido también asociados con la

evolución progresiva y recurrencia del cáncer. Sin embargo, muchos otros estudios no han podido demostrar tal relación. Por lo expuesto, en el momento actual de los conocimientos conviene mantener una actitud abierta a nueva información, pues si los factores psicosociales no parecen ser definitivos en la etiología, sí muestran decidida influencia en la evolución de la enfermedad.

Por ello, en su extensa revisión en estudios humanos y animales, Fox, en 1982, concluyó que si los eventos estresantes y/u otros factores psicológicos tenían algún efecto en la incidencia (etiología) del cáncer, éste era pequeño, conclusión que parece apropiada mantener hasta el presente.

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL, CURSO Y DESENLACE DEL CÁNCER

Contrastando con la falta de evidencia convincente entre los factores psicosociales y el cáncer, recientes indagaciones como las producidas por Fawzy et al, en 1990, han mostrado mejoría en la calidad de vida de pacientes cancerosos que reciben terapia grupal. El entrenamiento en relajación y la terapia cognoscitiva-conductual han reducido los niveles de ansiedad y depresión.

Spiegel y colaboradores, en un estudio controlado de mujeres con cáncer mamario que recibieron terapia de apoyo grupal asociado con entrenamiento en auto-hipnosis, encontraron que estas intervenciones disminuyeron marcadamente el dolor, la depresión y los síntomas fóbicos. También aumentó el tiempo de supervivencia de 18,9 meses en controles a 34,8. La mayor longevidad fue asociada con menor depresión y mayor energía. Fawzy et al, homologaron estos resultados con un tratamiento grupal estructurado de 6 semanas en pacientes operados de melanoma. Encontraron que seis meses después la función inmunológica también había mejorado. Otros autores (Grossarth, Maticsek & Eysenck) han hallado aumento en la supervivencia y cuenta linfocitaria en mujeres con cáncer mamario metastático que recibieron psicoterapia.

Por ello, la pregunta de cómo influyen los factores psicológicos en el inicio y progresión del cáncer, tiene varias respuestas potenciales. El duelo, la depresión, el estrés y el apoyo social parecerían afectar el sistema inmunológico, aun cuando su mecanismo todavía no esté claro.

Además, considerando que la depresión y la ansiedad suelen presentarse comúnmente asociadas al cáncer, aunque son relativamente sub-diagnosticadas, los médicos deben recordar que las intervenciones psico-sociales contribuyen a mejorar la calidad y no la cantidad de vida de estos pacientes.

FACTORES PSICOLÓGICOS Y ENFERMEDAD ENDOCRINAS

1. DIABETES MELLITUS

Desde el siglo XVII se especuló sobre el rol de estos factores en el inicio de la enfermedad. Estudios recientes sugieren relación entre eventos estresantes y la diabetes insulino-dependiente. Hagloff et al., en una población de 338 niños con este tipo de diabetes, demostraron que tales niños habían sufrido mayores pérdidas o amenazas de pérdida familiar previos a la enfermedad, concluyeron que no era el número de eventos estresantes en el año precedente al inicio de la diabetes, sino la calidad de aquellos lo que actuaba como factor precipitante. Otros investigadores, sin embargo, no han encontrado la misma evidencia.

Múltiples estudios se han realizado sobre el curso de la enfermedad con resultados no concluyentes, sugiriendo que en algunos pacientes, los factores psicológicos sí alteraban los niveles de glucosa y en otros, no.

Con relación al tratamiento psico-social en la diabetes, tampoco los datos son concluyentes, aunque dos grupos de investigadores, Lemman et al, y Sunwit & Feingler, encontraron que el entrenamiento en relajación mejoraba el control de la glucosa en la diabetes no insulino-dependiente.

2. ENFERMEDAD DE GRAVES

El hipertiroidismo se caracteriza, además de por su conocido cuadro clínico, por múltiples síntomas psicológicos, conductuales y neuropsiquiátricos. En un estudio reciente, Winsa et al., sugieren que los eventos estresantes pueden constituir factores de riesgo. Estos autores encontraron mayores índices de tales estresores en los doce meses precedentes al diagnóstico de la enfermedad en los pacientes afectos. Lamentablemente, todavía no se ha hecho un estudio prospectivo que corrobore tales hallazgos.

3. ENFERMEDAD DE CUSHING

Aunque el propio Cushing argüía que el estrés emocional contribuía al desarrollo de la enfermedad que lleva su nombre y es ampliamente conocido que los estímulos estresantes incrementan la secreción de corticosteroides aunque no necesariamente causen enfermedad, aún no se han realizado estudios prospectivos confirmatorios. Hay, sin embargo, fuerte evidencia que el hipercorticoidismo de varias etiologías se asocia con el desarrollo de variados fenómenos neuropsiquiátricos. En general, y debido a las íntimas conexiones del sistema neuroendocrino y el aparato mental, es tentador hipotetizar una íntima relación entre estas variables aunque científicamente debemos aceptar que todavía no está comprobada.

PSICOCARDIOLOGÍA

Ya William Harvey, en el siglo XVI, había reconocido los efectos de la emoción sobre el corazón. En los últimos 20 años la investigación sobre el rol de los factores psicosociales y conductuales se ha focalizado sobre la hipertensión, la enfermedad coronaria, incluyendo el infarto, y la muerte súbita.

El 85% de hipertensiones son clasificadas como esenciales, es decir, sin etiología precisada. Factores psicosociales han sido ampliamente implicados, sobre todo la denominada intensidad de reactividad, así como las características de personalidad y de la conducta.

Existe alguna evidencia de que ciertos individuos sobrerreaccionan al estímulo ambiental y a diversos estresores. Sin embargo, la evidencia que pudiera enlazar la hiperreactividad en sujetos normotensos y el desarrollo eventual de hipertensión es inconsistente. Se acepta, así, que la hiperreactividad en hipertensos puede acelerar el proceso mórbido.

Investigaciones sobre rasgos de personalidad han sido criticadas por la falta de diseños prospectivos longitudinales. El hallazgo más positivo ha sido el relativo al estilo como el paciente maneja la cólera. Existe evidencia epidemiológica de que individuos que trabajan en ambientes que no favorecen el éxito, o sea, se encuentran frustrados, están más predispuestos a sufrir hipertensión.

El estrés produce una reacción de alarma simpático-adrenal caracterizada por excesiva secreción de catecolaminas que, a su vez incrementan, el pulso, con tractilidad y velocidad de conducción con menor período refractario atrioventricular conducentes a eventos adversos. Por ello puede constituirse como factor de riesgo en la enfermedad coronaria.

Engel, en un estudio sobre muerte súbita, encontró que la incertidumbre y el miedo a perder el control contribuían a un sentimiento de abandono que resultaba en síncope vasodepresor, arritmias y muerte súbita en sujetos predispuestos a enfermedad miocárdica. Deanfield, et al., utilizando PET (tomografía por emisión de positrones), midió la perfusión del miocardio durante el estrés mental en pacientes con angina; 75% de los pacientes demostraron anomalías de perfusión producidas por un estresor automático. Resultados similares se han comprobado con ventriculografía radionucleótida.

Son clásicos los estudios de Friedman y Rosenman (1959) sobre los tipos A y B de personalidad*, concluyendo que el tipo A es un factor de riesgo para desarrollar enfermedad coronaria. Una vez establecida ésta, ya no es afectada en su curso por tal comportamiento, lo que sugiere presencia de otros factores.

Cabe citar aquí el estudio seminal de Vaillant sobre las defensas "maduras". En un estudio prospectivo de 30 años este autor encontró que aquellos sujetos que utilizaban el humor, la sublimación, la supresión y el altruismo, estaban libres de enfermedad coronaria, la cual estaba presente en más del 50% de aquellos que utilizaban defensas "inmaduras" tales como cólera, negación y proyección.

Los estados afectivos han sido ampliamente implicados en la patología cardíaca, por ejemplo Carvey, et al., mostraron que una depresión mayor era el mejor predictor de eventos cardíacos durante 12 meses después de la cateterización. Otros, como Reich et al., encontraron que el inicio de arritmia ventricular maligna estaba asociada a eventos psicosociales estresantes identificables. Finalmente, se ha demostrado que diversos factores sociológicos como el exceso de trabajo y la falta de apoyo aumentan

el riesgo coronario. Sujetos solteros con enfermedad coronaria tienen más riesgo de muerte que controles casados.

ENFERMEDADES PULMONARES

Históricamente el asma fue considerada la enfermedad psicossomática clásica. Tanto médicos como pacientes describen exacerbación de síntomas como resultado del estrés. Modelos modernos, psicoanalíticamente orientados, enfatizan las funciones regulatorias óptimas de un apego madre-niño positivo. La confirmación de estos modelos deriva, en parte, de observaciones en monos con vínculo de apego perturbado, que producen disregulación afectiva y alteración fisiológica del sueño, la temperatura y el pulso. Por ello, Hofar y otros, propusieron que los asmáticos que demostraban poca habilidad para el manejo de situaciones de pérdida afectiva, así como de otros estresores a través de la verbalización y el llanto, que constituyen mecanismos de "desahogo normal", tenían mayor riesgo de ataques asmáticos.

En cuanto a rasgos de personalidad, Sharma & Nandkumar, encontraron alta asociación entre asma y extrema inhibición, agresividad encubierta y necesidades de dependencia marcadas.

Dentro de la perspectiva biológica se ha propuesto que en los asmáticos existe un estado de relativa dominancia parasimpática. El estrés y la ansiedad, al generar mayor actividad simpática, teóricamente, no debieran producir empeoramiento ni la crisis de asma; sin embargo, esta paradoja puede ser explicada por la comprobación que muchos asmáticos responden al estrés con secreción de adrenalina anormalmente disminuida.

ENFERMEDAD REUMÁTICA

Una amplia experiencia clínica acepta que los factores emocionales afectan el curso de la artritis reumatoide. Moos describió que los pacientes reumatoideos eran autosacrificados, masoquistas, inhibidos, perfeccionistas y predispuestos a desarrollar un trastorno psiquiátrico. Sin embargo, últimos estudios han señalado que estos pacientes presentan más frecuentemente depresión, hipocondriasis y hasta síntomas psicóticos en las pruebas psicológicas. La pérdida de movilidad, trabajo y relaciones contribuye al alejamiento y a la depresión; erosionan así los sistemas sociales de apoyo tan necesarios en el tratamiento y rehabilitación de pacientes crónicos; por ello debe concluirse que los rasgos de personalidad y los desórdenes psiquiátricos asociados representan complicaciones y no causas de la enfermedad.

Ciertos factores psicológicos, sin embargo, parecen predictivos de un curso pobre; entre ellos citamos: un nivel bajo de inteligencia y motivación, depresión, pobre control de impulsos y deficiente fuerza del ego.

En la fibromialgia se considera a la depresión como factor causal. Los síntomas incluyen puntos dolorosos específicos, insomnio y variadas mialgias. Los pacientes frecuentemente presentan equivalentes depresivos y los antidepresivos serotoninérgicamente activos suelen ser efectivos.

DESÓRDENES GASTROINTESTINALES

La úlcera péptica es considerada como una enfermedad influenciada por situaciones de estrés. Ciertos estudios sobre úlcera familiar indican estilos defensivos inadecuados, influencia del desarrollo emocional infantil, herencia genética en cuanto a secreción de ácido, pepsina y mucus, o todos estos elementos combinados.

Tanto la depresión como la ansiedad pueden distinguir a los pacientes ulcerosos de los no ulcerosos. Las características de agresión descritas en la personalidad del tipo A, el sentido de urgencia de tiempo, y la competitividad han sido rasgos caractereológicos asociados con úlcera. Igualmente, una capacidad disminuida para expresar emociones. El pepsinógeno del suero, precursor en la vía secretora del ácido gástrico, se correlaciona positivamente con índices de hostilidad, irritabilidad e hipersensibilidad.

Estudios relevantes sobre la asociación entre úlcera y divorcio, separación y viudez, han ofrecido resultados fascinantes. Tales asociaciones sugieren que el insulto patogénico lo constituye la pérdida del vínculo de apego, el cual sirve como regulador de variados procesos fisiológicos que neutralizan afectos perturbadores.

En el síndrome de colon irritable, una hipersensibilidad a los estímulos mecánicos y químicos juega un rol preponderante; el aumento de la actividad vagal y los disturbios de la motilidad parecen relacionarse con síntomas psicológicos. Aunque la morfología intestinal se muestra normal, las actividades motora y eléctrica están incrementadas en estos casos comparadas con sujetos control.

DESÓRDENES DERMATOLÓGICOS

La piel sirve como medio de intercambio emocional con el mundo interpersonal. Un rango diverso de emociones afecta su apariencia por medio del rubor, la palidez y el sudor. Los procesos psicopatológicos se manifiestan a dicho nivel por medio de negligencia en su cuidado normal, lesiones autoinfligidas como cortes, rasguños y rascado. La ansiedad y el estrés se asocian a un número de dermatosis por mecanismos todavía no bien dilucidados. Debido al rol cosmético, psicológico y social de la piel, sus enfermedades producen, consecuentemente, reacciones psicológicas tales como tristeza, vergüenza, alejamiento social y rabia, que agravan la condición primaria. Por ello, la consulta psiquiátrica es importante en estas afecciones.

La psoriasis afecta a 3 millones de personas en U.S.A. La ansiedad, vergüenza y rechazo anticipado y el sentimiento de estigma contribuyen al alejamiento social, desesperanza y desmoralización del paciente; y, finalmente, a la falta de cumplimiento con el tratamiento. Más del 50% no alcanza la remisión sintomática aumentando el riesgo de mayor aislamiento social y contribuyendo, así, a incrementar la carencia de relaciones potencialmente útiles. La presencia de prurito severo anuncia un mal pronóstico a

pesar que no se asocia con eventos estresantes, estado civil o uso de alcohol.

La coexistencia de migraña, colon irritable y dermatitis estimuló el interés por encontrar un mediador neuroquímico común: la serotonina. Índices de estrés familiar correlacionan con severidad sintomática.

Muchos estudios psicológicos de pacientes con acné muestran alta prevalencia de síntomas emocionales con pobre auto-estima y auto-imagen negativa. Aunque un tratamiento exitoso del acné severo tiende a revertir síntomas tales como la depresión y la ansiedad, no produce cambios en la personalidad.

En general, la psicoterapia de apoyo, con o sin complemento de fármacos, es útil en el tratamiento de las dermatosis.

ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

Dos áreas principales de interés actual presenta esta enfermedad: diálisis y trasplante renal, en cuanto a la calidad de vida y funcionamiento psicosocial del paciente sometido a tales tratamientos. Un gran número de investigadores ha encontrado ventaja en el segundo, aunque otros han encontrado que la diálisis peritoneal ambulatoria continua se asocia con mejor ajuste psicológico.

Investigadores canadienses han hallado que la depresión es un mejor predictor de menor supervivencia que la variable edad o un complejo fisiológico de variables clínicas. En otros casos, la depresión estaba asociada con mayor morbilidad y mortalidad. Contrariamente, otros estudios no han demostrado efectos de depresión en la supervivencia.

Algunos estudios en trasplante renal han demostrado que el incumplimiento preoperatorio predice incumplimiento post-operatorio y falla en el trasplante. Estos pacientes son deprimidos y tienen más problemas psicosociales. La discontinuación de la diálisis involucra problemas clínicos de consulta y de enlace, además de éticos.

Desde que la depresión es el desorden más frecuente en estos pacientes, y sus síntomas son difíciles de distinguir de la uremia u otra condición médica, el diagnóstico diferencial cuidadoso identificará aquellos pacientes que deben ser tratados por depresión con mejoría en su calidad de vida y capacidad funcional. Si la decisión es la de morir, el psiquiatra tiene un rol crucial en tratar al paciente en tal situación y ayudarlo a lidiar con la última transición de la vida.

FACTORES DE RIESGO EN EL ESTILO DE VIDA

Estos factores están ampliamente aceptados como contribuyentes al índice de mortalidad en U.S.A. Los

más estudiados son el abuso de tabaco y la obesidad, ambos responsables del desarrollo, cronicidad y exacerbación de enfermedades médicas. Fumar contribuye al infarto miocárdico, muerte súbita, enfermedad vascular periférica y apoplejía.

En 1985, el hábito de fumar se asoció en los Estados Unidos al 87% de muertes por cáncer pulmonar y al 82% por enfermedad pulmonar obstructiva. Dejar de fumar detuvo el desarrollo de la morbilidad y mortalidad de la enfermedad aun la de la ya iniciada. Rosenberg, demostró que el riesgo de sufrir enfermedad coronaria disminuía dos años después del cese de fumar, a un nivel similar al de hombres que nunca fumaron. Desafortunadamente, dejar de fumar es difícil, sobre todo en pacientes psiquiátricos que lo "necesitan".

Existe una fuerte asociación entre obesidad, hipertensión, diabetes e hipercoleste-rolémia, todos ellos factores de enfermedad coronaria. Además, incrementa el riesgo de cáncer prostático, colónico, rectal en hombres, y endometrial, cervical, ovárico, mamario y vesicular en mujeres. Más de 45 libras de sobrepeso incrementan, mas aún, el riesgo de muerte súbita, cardiomiopatía, neuropatías, disfunción hepática, insuficiencia cardíaca congestiva y tromboembolia. Demás esta abundar en las limitaciones funcionales y secuelas psicosociales negativas de tal exceso. Sin embargo, es difícil bajar de peso y ello está complicado por diferencias sociales, psicológicas y culturales, con ansiedad, depresión y estrés como contribuyentes a comer más. El aprendizaje infantil, el refuerzo ambiental, la propaganda comercial y un fácil acceso a la sobrealimentación contribuyen a esta dolencia.

Otras conductas de riesgo incluyen: vida sedentaria, prácticas sexuales riesgosas (SIDA), exposición solar excesiva, falta de uso del cinturón de seguridad vehicular y abuso de sustancias psicoactivas y alcohol.

EL PACIENTE TERMINAL

El morir como proceso psicofisiológico mantiene al cuerpo en la vanguardia de la mente. Habiendo contraído una enfermedad que eventualmente lo derribará (corazón) o lo devorará (cáncer), el paciente anticipa e interpreta cambios corporales como ominosos. El cuerpo, antes tan amigo, parece ahora un adversario listo para la traición. Existe miedo de pérdida de autonomía, de completa dependencia, de ser una carga, del desfiguramiento, de tornarse repulsivo, de decepcionar a los seres queridos y de enfrentarse a lo desconocido. Al percibir la realidad de morir, de acuerdo a Kubler-Ross, el paciente pasa por cinco fases: 1º de shock y negación, el paciente dice "no, yo no", se adormece psicológicamente ante las malas nuevas, desacuerda con el diagnóstico, o permanece indiferente a sus implicaciones, la negación puede ser sólo de instantes, o penetrar al resto de la vida del paciente. Generalmente es fluctuante a través del curso de la enfermedad. 2º De cólera; el paciente dice "¿por qué yo?" descargando su cólera contra los médicos, el personal, el régimen de tratamiento, la familia, y la vida... y por supuesto contra Dios, la vida pasada se revisa sin encontrar "falta para merecer esta pena", sentimientos de injusticia, frustración e invalidez generan rabia y amargura. 3º De negociación; el paciente dice "Sí, soy yo...pero..." y comienza a poner condiciones de aceptación, con esbozos de esperanza o planes mitigantes para paliar el desengaño; una transacción frecuente es que la vida dure hasta completar algún evento significativo: boda, graduación, nacimiento, etc. 4º De depresión, el paciente al contemplar la tristeza de su realidad dice "Sí, soy yo", puede llorar, aislarse, ponerse silencioso, reservado, y sopesar la carga de su infortunio; la desesperación y el suicidio son comunes preocupaciones en este período. 5º De aceptación, conceptualizada como un estado psicológico alcanzado a través del trabajo emocional; de haber alimentado las pérdidas y anticipar el fin con una actitud de quieta expectativa y aunque hastiado, con reposo y casi sin sentimiento.

Como proceso dinámico el morir es un caso especial de pérdida; sus estadios representan un modelo de adaptación emocional a cualquier pérdida física o emotiva. En este caso la pérdida es masiva: uno mismo y la propia vida.

No es necesario ayudar al paciente a transar sucesivamente estas fases. Es más acertado, y terapéuticamente práctico, referirse a ellas como reacciones normales frente a cualquier pérdida, sobre todo cuando estas fases se pueden presentar simultáneamente, desaparecer y reaparecer en cualquier orden. El tratamiento en estos casos se puede simplificar con el esquema de las seis C's:

1. COMPETENCIA profesional.
2. CONCURRENCIA, con empatía y humanismo.
3. CONFORT físico, con la ayuda de medicamentos.
4. COHESION familiar.
5. CONSISTENCIA y perseverancia en la relación médico-paciente.
6. COMUNICACION abierta, hábil y honesta.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. HALES, R., YUDOFISKY, S. & TALBOTT John. Textbook of Psychiatry. Segunda Edición Washington D.C. American Psychiatric Press, 1994.
2. KUBLER-ROSS, E. On Death and dying. New York, Mac Millan. 1969.
3. STOUDEMIRE, Alan. Psychological Factors Affecting Medical Illnesses. Washington D.C. The American Psychiatric Press, 1995.

CAPÍTULO 30: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

MEDICINA Y PSIQUIATRÍA

1. Existe relación entre factores psicológicos y curso evolutivo en las enfermedades:
 - () Oncológicas
 - () Cardiovasculares
 - () Pulmonares

- Endocrinológico
 - En todo tipo
2. En pacientes con cáncer, la depresión y ansiedad son factores importantes en:
- El inicio
 - El curso
 - El desenlace
 - La calidad de vida
 - La supervivencia
3. ¿Qué rasgos de personalidad han sido descritos en el cáncer?
- Comportamiento tipo A
 - Comportamiento tipo B
 - Luchador optimista
 - Pasivo, resignado, estoico
 - Ninguno
4. ¿Qué factores psicológicos son importantes en enfermedades cardiovasculares?
- Comportamiento tipo A
 - Expresión emotiva
 - Defensas "maduras"
 - Cólera reprimida
 - Anuncio de abandono
5. ¿Cuál es el mejor predictor de infarto miocárdico en personas predispuestas?
- Comportamiento tipo A
 - Comportamiento tipo B
 - Cólera reprimida
 - Depresión mayor
 - Cinismo
6. ¿Qué factor psicosocial NO ha sido sugerido en el asma?
- Extrema inhibición
 - Agresividad encubierta
 - Arrogancia
 - Disturbio en el apego madre-niño
 - Marcada dependencia

7. La co-existencia de migraña, colon irritable y dermatitis sugiere:

- Matrimonios dependientes conflictivos
- Falta de apego madre-niño
- Cólera reprimida
- Búsqueda de dependencia insatisfecha
- Mediador neuroquímico común

8. ¿Qué factores han sido asociados con úlcera?

- Agresividad tipo A
- Urgencia de tiempo
- Competitividad
- Son válidas la primera y la tercera
- Todas son válidas

9. ¿Cuál es el factor mas riesgoso en el estilo de vida?

- Abuso de alcohol
- Obesidad.
- Abuso de tabaco
- No usar cinturón de seguridad
- Exposición solar excesiva

10. No es fase del paciente terminal de acuerdo a Kubler-Ross:

- Shock y negación
- Comportamiento maniaco
- Negociación
- Depresión
- Aceptación



CAPÍTULO 31

PSIQUIATRÍA COMUNITARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL

Ethel BAZÁN

INTRODUCCIÓN. ASPECTOS HISTÓRICOS

Humberto Rotondo Grimaldi (1915-1985) es quien con todo mérito puede ser considerado el iniciador, productor y ejecutor de las acciones de Psiquiatría Comunitaria en el Perú. En 1964 comienza las primeras acciones de seguimiento de casos, atención y control en la comunidad, con un programa de visitas domiciliarias efectuado por la Enfermera Sra. Gloria García, quien recibía el apoyo de los médicos Residentes del Programa de Post Grado en Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM).

Posteriormente, en 1968, con la misma enfermera, inicia un programa educativo para familiares de pacientes, con la participación de alumnas de enfermería. Por la misma época, se incluye a estudiantes de medicina del curso de Clínica Psiquiátrica de la UNMSM con el apoyo del Dr. Ethel Bazán.

En 1971, diseña un programa de Psiquiatría Comunitaria con dos focos de aplicación:

- a) Cono Norte de Lima: Base Hospital de Collique. Responsable, Dr. Moisés Gaviria.
- b) Cono Sur de Lima: Base Centro de Salud de Ciudad de Dios, Responsable, Dr. Ethel Bazán.

Rotondo trabaja, además, en la cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina (UNMSM) al mismo tiempo que desarrolla actividades de campo, hasta antes de su muerte. Su preocupación sobre el tema es constante, culminando con un hito más, al lograr la sectorización de la atención psiquiátrica en Lima Metropolitana.

R. Castro de la Mata inició en 1971 un Programa de Salud Mental Comunitaria que, desde Marzo de 1982, se realiza a través del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», en los Distritos de San Martín de Porres y de Independencia, en el Cono Norte de Lima. En este programa

se entiende por Salud Comunitaria un conjunto de acciones que tienen que ver con la promoción, prevención de la enfermedad, tratamiento de los casos agudos y manejo de la cronicidad. Según este autor, este programa evita la asistencia masiva de pacientes al referido instituto y permite la rápida reinserción del paciente hospitalizado al seno de su comunidad para su seguimiento.

En 1975, C. Núñez inicia dos programas de proyección a la comunidad, ejecutado por el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Hermilio Valdizán. Tales programas incluyen actividades orientadas hacia el diagnóstico precoz y tratamiento de los trastornos emocionales y del aprendizaje en el distrito de Ate Vitarte. En 1979 se establece el Servicio de Salud Mental Comunitaria del Niño y la Familia en la comunidad campesina de Jicamarca, con objetivos asistenciales docentes y de investigación; tenía subprogramas de niños, atención comunal, gestantes y adolescentes. El Proyecto Jicamarca se desarrolla a 14 km. de Lima, en una área cerrada, una comunidad joven de migrantes, muchos de ellos de la sierra del Perú.

En 1982, C. Rojo con la dirección, consultoría y asesoría de H. Rotondo, crea la Unidad de Seguimiento de casos del Hospital Hermilio Valdizán. Esta unidad nace ante la necesidad de identificar los casos que por diferentes motivos se desvinculan del Hospital donde recibieron atención, sea ésta de hospitalización o consulta externa. La política de la Unidad, en lo interno, está orientada al trabajo con criterio de equipo y en coordinación con otras Unidades del Hospital; y, en lo externo, al trabajo con la familia y la comunidad.

En 1981, alentado por el Dr. Rotondo, E. Bazán desarrolla un Programa de Consultoría en el Centro de Salud de Vitarte dirigido a médicos generales. Como resultado de dicha experiencia, en Julio de 1982, se inicia el Programa de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Valdizán, Extensión del Pabellón 2, al Distrito de Vitarte. Este programa difiere de todos los anteriores por ser un modelo que busca la multiplicación de efectos por delegación de funciones en el personal de salud que ya labora en la comunidad; es así, que con visitas semanales de un médico psiquiatra, un residente en psiquiatría en rotación, una asistente social y una enfermera (eventual) se logran resultados positivos. Posteriormente, se integra un psicólogo, quien visita tres veces por semana la comunidad.

CONCEPTOS BÁSICOS

1. Psiquiatría Comunitaria

Operativamente definimos la Psiquiatría Comunitaria como el conjunto de actividades que promueve y despliega el psiquiatra en una comunidad con el objetivo de elevar el nivel de salud mental de dicha población. Estas actividades incluyen la participación real y efectiva de la comunidad en la continuidad del tratamiento y en el desarrollo de acciones de prevención.

Para G. Caplan "es el cuerpo de conocimientos que requiere el psiquiatra para participar en programas comunitarios organizados para la prevención y tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación y reincorporación a la población de los que fueron pacientes psiquiátricos. Exige del psiquiatra que se relacione con la sociedad en sentido amplio". Para este autor, otros términos utilizados para designar la

Psiquiatría Comunitaria son los de Higiene Mental Comunitaria, Psiquiatría Social y Psiquiatría Preventiva.

2. Atención Primaria de Salud Mental

La Atención Primaria de Salud Mental (APSM) está incluida en el concepto de Atención Primaria de Salud (APS).

De acuerdo a la OMS la APS es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de una comunidad la asistencia de salud indispensable, de forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos y con su plena participación. Así, la APS es mucho más que la extensión de servicios básicos de salud; abarca factores sociales y de desarrollo y, si se aplica de manera apropiada, influirá en el funcionamiento del resto del sistema de salud. La APS, y en particular la APSM, es una estrategia en las acciones de psiquiatría comunitaria. Actualmente, la OMS está reformulando los conceptos de APS.

Son pilares de la APS:

- La promoción del desarrollo socio-económico de la comunidad en coordinación multisectorial.
- La transferencia de conocimientos científicos y tecnológicos a la comunidad con el fin de solucionar sus problemas de salud.
- La participación de la comunidad en la toma de decisiones, planeamiento, programación, ejecución, evaluación y control de las actividades de salud que la afectan o le interesan.
- La incorporación de conocimientos y tecnologías populares de eficacia comprobada que permitirán el fortalecimiento de la praxis sanitaria.

3. Historia natural de los trastornos mentales

Seguindo a Rotondo, podemos decir que cualquier enfermedad en el hombre, incluyendo los trastornos psiquiátricos, es el resultado de un proceso dinámico que se inicia debido a la interacción entre los agentes de enfermedad o noxas, el organismo humano o huésped (más o menos resistente) y el medio ambiente que facilita o dificulta la acción del primero sobre el segundo. La enfermedad, así considerada, por ejemplo, el alcoholismo o un trastorno asociado a enfermedad cerebral (encefalitis, arterioesclerosis u otro), es un proceso dinámico organizado en una serie ordenada de acontecimientos, es decir, un proceso que sigue una historia natural.

- Agente. En psiquiatría, igual que en medicina general, hay entidades con agente conocido y agente desconocido.
- Huésped. Todo ser humano es susceptible de tener un trastorno psiquiátrico. Diversos

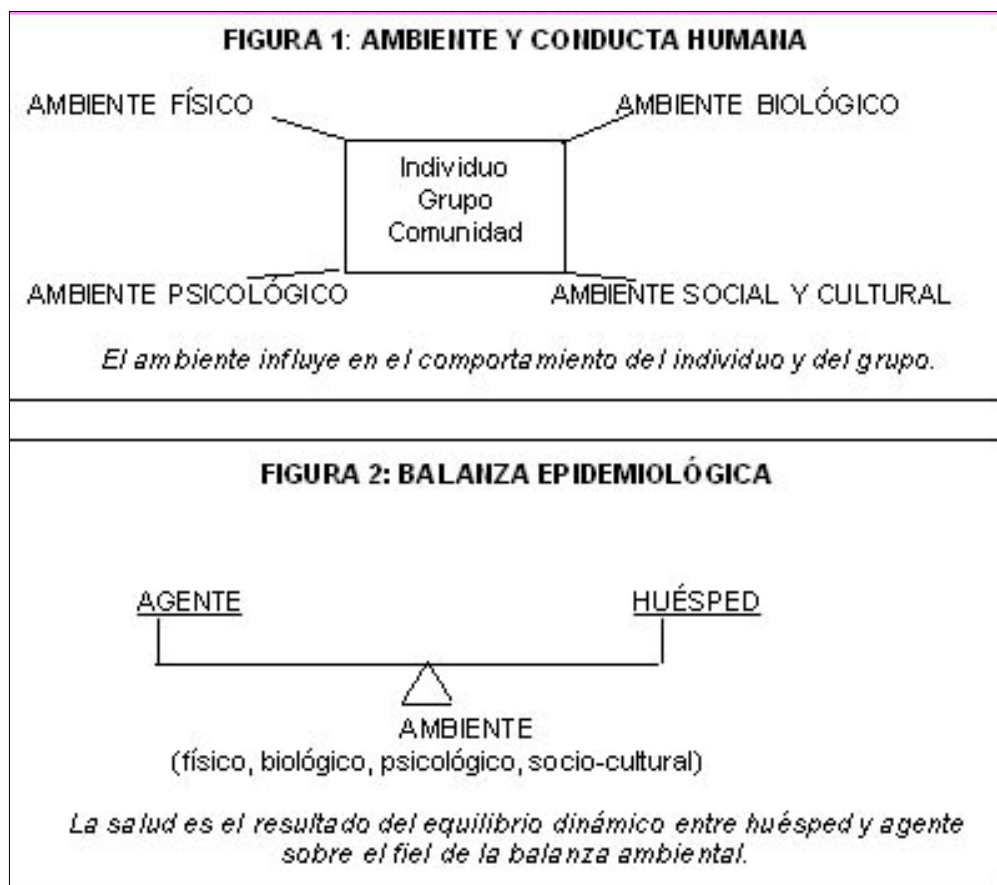
factores pueden aumentar o disminuir su resistencia a la enfermedad.

- Ambiente. Siguiendo a Humberto Rotondo y John E. Gordon, se puede afirmar que el ambiente es un agregado de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan la vida y el desarrollo de un individuo, su comportamiento individual o grupal (familia, comunidad, etc.). El ambiente facilita o dificulta la acción del agente o noxa. La interrelación de las variables ambientales física, biológica, psicológica y socio cultural, actúa en el fiel de la balanza epidemiológica explicando las enfermedades en general y las psiquiátricas en particular. (Ver Fig. 1 y 2).

4. Niveles de prevención en Salud Mental

En Psiquiatría Comunitaria y Atención Primaria de Salud se hace necesaria la claridad conceptual de lo que se entiende como prevención. El esquema de Leavel y Clark que es, en nuestro concepto, el más útil y aplicable a Salud Mental, comprende:

Etapa Prepatogénica: Prevención Primaria: Promoción de la Salud y Protección Específica.



Etapa Patogénica: Prevención Secundaria: Diagnóstico y Tratamiento Precoz; y Prevención Terciaria: Limitación de la Incapacidad. Rehabilitación

En la prevención primaria se trata de reducir en la comunidad la prevalencia o frecuencia de todo tipo de afecciones mentales. En la prevención secundaria se trata de reducir la duración de los trastornos que se presenten, evitando la cronicidad. En la prevención terciaria, se trata de reducir el deterioro que puede resultar de los trastornos, es decir la invalidez.

MAGNITUD DEL PROBLEMA DE SALUD MENTAL

La patología psiquiátrica cubre una gama muy amplia de trastornos, algunos de los cuales no siempre son vistos por el psiquiatra, siendo del dominio de otras especialidades, por ejemplo, los trastornos psicofisiológicos.

La OMS en su Programa Mundial de Mediano Plazo (Programa 10) sobre la Protección y Fomento de la Salud Mental, incluye en un conjunto los problemas psiquiátricos, neurológicos y psicosociales y formula sus objetivos en la forma siguiente: "Prevenir o reducir los problemas psiquiátricos, neurológicos y psicosociales (incluidos los relativos al alcoholismo y la farmacodependencia). Incrementar la efectividad de los servicios generales de salud mediante el empleo de conocimientos teóricos y prácticos en el campo de la salud mental y preparar estrategias de intervención sobre la base de una mayor comprensión de los aspectos de salud mental relativos a la acción social y al cambio".

Para lograr estas metas es preciso prestar atención a la forma como se puede ayudar a conservar y mejorar la salud mental en todas las edades y en el medio sociocultural particular de los países. El establecimiento de métodos de identificación de grupos muy expuestos a riesgos para su salud y de intervención preventiva, constituye una de las metas del programa. La preocupación central se ubica en la prevención y el control de los trastornos mentales y neurológicos y en el uso indebido de drogas y del alcohol, propósito que sigue siendo objeto de gran atención, particularmente en lo que respecta a la prevención de la invalidez y al establecimiento de métodos de evaluación de los programas de salud mental, en cooperación con los estados miembros de la OMS.

La OMS afirma que: "de 400 millones de personas inválidas que hay en todo el mundo, no menos de 2/5 han llegado a ese estado por causa de enfermedades mentales o neurológicas o por las secuelas del alcoholismo o la farmacodependencia".

Según estimados de la OMS, la prevalencia de los grandes trastornos mentales, en los países en desarrollo, es la siguiente: Epilepsia, 2%; Retardo mental, 4 a 6%; Síndrome Orgánico-Cerebral, 2%; Esquizofrenia 1%.

De esta prevalencia es prevenible: Epilepsia, 1.0%; Retardo Mental, 3.5%; Síndrome Orgánico Cerebral, 1,5%; y Esquizofrenia, 0,0%.

En el Perú, no contamos con estudios de prevalencia a nivel nacional. Existen estudios locales en Mendocita, (H. Rotondo et al. 1963); en Lince (J. Mariátegui et al. 1969), y últimamente, el realizado en el distrito de Independencia por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (Hayashi, et al. 1985). Actualmente, en el Perú se asiste a un aumento de la prevalencia del abuso y

dependencia a drogas, entre ellas al alcohol y pasta básica de cocaína. (Ver Capítulos de Alcoholismo y de Farmacodependencia).

OBJETIVOS DE UN PROGRAMA DE APSM

1. Objetivos a largo plazo

- 1.1 Reducción a un mínimo de los trastornos y deficiencias mentales o de las limitaciones asociadas en una población determinada.
- 1.2 Creación o desarrollo de nuevos enfoques preventivos.
- 1.3 Desarrollo progresivo, paso a paso, de un programa integral.
- 1.4 Contribución de la praxis e investigación a la teoría de la psiquiatría en la comunidad.

2. Objetivos específicos inmediatos:

- 2.1 Utilización óptima y adiestramiento en servicio del personal disponible.
- 2.2 Continuidad geográfica de los servicios a los usuarios.
- 2.3. Identificación de prioridades en el establecimiento de servicios a través de un planeamiento continuo en el nivel de toma de decisiones.
- 2.4 Aplicación de conceptos funcionales de administración en cada paso.

3. Objetivos compartidos con profesionales e instituciones no psiquiátricas.

- 3.1 Proteger y contribuir a la recuperación de la salud mental de una determinada comunidad.
- 3.2 Desarrollar relaciones productivas de trabajo a través de contratos formales e informales.
- 3.3 Inventariar las necesidades y recursos con respecto a servicios de salud mental de una determinada comunidad.
- 3.4 Planear los servicios de salud mental en colaboración con la comunidad.
- 3.5 Apoyar decisiones y ampliar acciones de la comunidad para la salud mental.

4. Estrategias

Siguiendo la experiencia de Castro de la Mata, señalamos las siguientes:

4.1 Delegación de funciones: el psiquiatra delega funciones promocionales, preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación en otros profesionales de salud mental (psicólogos, asistentes sociales, enfermeras).

4.2 Integración de la salud mental dentro de la salud general: razón por la cual los profesionales de salud mental forman un grupo de apoyo en los Centros de Salud.

4.3 Trabajo en la comunidad: la idea central es trabajar en la comunidad en diferentes niveles.

Una condición básica para trabajar en Psiquiatría Comunitaria es tener emoción social y vocación de servicio, motivando, además, a las instituciones de todo tipo para su participación.

OBSTÁCULOS A LOS PROGRAMAS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

1. Subdesarrollo y Pobreza

Rotondo decía que "los servicios orientados hacia la comunidad, para ser integrales, debían de instrumentarse flexiblemente, de acuerdo a las características socioculturales de las poblaciones que se proponían, directa o indirectamente, atender". Se trata, pues, de servicios que inician un conjunto ordenado de acciones anticipatorias, integrando todos los recursos disponibles en una comunidad.

En los países subdesarrollados, como bien sabemos, el ambiente, en sus diversos aspectos no siempre es favorable para un desarrollo óptimo y un buen funcionamiento de los individuos y de sus familias. Privaciones de todo tipo, desorganización y tendencia a la desintegración social, inestabilidad familiar y otros, se relacionan, en forma circular, reforzándose mutuamente. La pobreza resulta, así, causa y consecuencia. A la mala salud en general, frecuentemente, se asocia mengua en la salud emocional. Así, puede decirse que los problemas de los pobres se entremezclan con otros problemas, de salud en general, de bienestar, de integración de la familia, etc. Por otra parte, se crean círculos negativos en relación a la cobertura insuficiente e inadecuada de las necesidades de salud y lo que pudiera denominarse una tendencia a la presentación de reacciones psicopatológicas, situaciones problemáticas sociales bajo forma de "cadena, serie creciente o en espiral".

2. Actitudes frente a la Salud Mental

Las actitudes negativas frente a la salud mental, particularmente frente a la Psiquiatría y al psiquiatra, son muy conocidas, variando desde los prejuicios y temores, hasta el rechazo y la marginación del paciente mental.

3. El sistema formal de salud y la Psiquiatría Comunitaria

El obstáculo mayor a la labor de Psiquiatría Comunitaria, paradójicamente, se da en el sistema formal y, mucho más aún, en su sistema directivo. La salud pública y la medicina asistencial priorizan la mortalidad, muy poco la morbilidad y mucho menos la incapacidad del enfermo mental. En la práctica, los directivos del más alto nivel y los de nivel intermedio, abierta o encubiertamente, ponen obstáculos a esta labor. Pero, a nivel local, el médico y el personal de salud de los Centros y Postas de Salud, que viven la realidad del enfermo, cooperan y participan activamente en este programa.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EL PERÚ

La APS está ligada a la medicina popular, que alcanzó un alto grado de desarrollo en el antiguo Perú.

En lo profesional, la APS se inicia en nuestro país con Núñez Butrón, en Puno, en 1925, con el Programa que popularizará con la denominación de "RIJCHARIS"; luego, en Ica, 1940-50; y, posteriormente, en Puno-Tambopata, 1950-59.

Actualmente hay una labor intensa en este sentido, con variados proyectos y una descentralización a través de 32 coordinadores de Salud Mental en todo el país, dependientes del Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud, bajo la responsabilidad del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MENTAL

La OMS en un estudio colaborativo, señala que ciertas técnicas y métodos efectivos son aplicables a la atención de los trastornos mentales y neurológicos de la comunidad dentro del marco de la APS.

Los principios básicos de este enfoque son:

1. Concentrar los esfuerzos en un pequeño número de afecciones prioritarias, que deben seleccionarse en cada país según los criterios de prevalencia, consecuencias nocivas, preocupación que despiertan en la comunidad y disponibilidad de tratamientos sencillos y eficaces.
2. La detección de casos y su tratamiento se encarga, en la comunidad, al personal local de salud; inclusive, a los trabajadores de APS después de un breve adiestramiento en las técnicas prácticas en los centros de salud y dispensarios, se les facilita un número reducido de medicamentos de eficacia e

inocuidad probadas.

3. Participación activa de la comunidad en la evaluación de sus propias necesidades de salud mental y en la decisión de las medidas idóneas de asistencia.

ÁREAS BÁSICAS DEL TRABAJO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MENTAL. LOS SÍNDROMES MAS FRECUENTES.

Siguiendo a Climent, podemos resumir:

Depresión.- Depresiones, con psicosis o sin ella. Evidencia suicida. Riesgo suicida. Intento suicida.

Angustia.- Pocos síntomas. Varios síntomas. Formas leves.

Psicosis.- Alucinaciones auditivas. Conducta extraña. Desajuste laboral. Sin conciencia de enfermedad. Sin contacto laboral. Sin contacto o alejado de la realidad. Puede haber depresión psicótica, desorientación confusión. Alteración de la conciencia (psicosis orgánica).

Epilepsia.- Ataques, (también durante el sueño). Convulsiones generalizadas o parciales (diferenciar las convulsiones histéricas).

Alcoholismo.- Intoxicación (embriaguez)

Enfermedad: dependencia física, incapacidad para controlarse o detenerse. Incapacidad para abstenerse.

Consecuencias: delirium tremens, alucinosis alcohólica, convulsiones, cirrosis hepática. polineuritis, impotencia sexual. (Ver Capítulo 16).

Dependencia de drogas ilegales.- (Esencial). Dependencia de una droga (cocaína, pasta básica de cocaína, anfetaminas, marihuana, otros).

Tabaquismo.- Actividades de Prevención Primaria. (Ver capítulo 28)

LECTURAS RECOMENDADAS

1. WERNER, D. & BOWER, B. Aprendiendo a Promover la Salud. Sexta Reimpresión. Palo Alto. California. Fundación Hesperian. 1993.
2. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Orientaciones Estratégicas y Programáticas 1995-1998. Documento Oficial N° 269. Washington D.C. OPS/OMS. 1995.
3. GONZALES, R. y LEVAV I. (Eds.) Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. Washington D.C. OPS. Instituto Mario Negri. 1991.
4. CASTRO DE LA MATA, R. "Atención Primaria de Salud Mental Comunitaria y Psiquiatría Comunitaria". En: Anales de Salud Mental: Nos. 1-2,1987:25-31.
5. BAZAN, E. "Programa de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Hermilio Valdizán". En: Rev. Peruana de Psiquiatría 'Hermilio Valdizán' ", Vol. I, Nos. 2-3-4,1987: 193-197.
6. PERALES, A., SOGI, C., MONTOYA .A., Linderos Sociales y Culturales en Salud Mental Comunitaria. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1995.
7. CLIMENT, C. y ARANGO, J.M., V. Manual de Psiquiatría para trabajadores de Atención Primaria. Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares.OPS. Washington D.C. Oficina Regional de la OMS. 1983.

CAPÍTULO 31: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS PSIQUIATRÍA COMUNITARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL

1. Correlacione :
 - (a) Promoción de la salud. () Agente de enfermedad.
 - (b) Diagnóstico precoz. () Prevención terciaria.
 - (c) Rehabilitación. () Prevención secundaria
 - (d) Noxa. () Prevención primaria.
2. Constituyen pilares de la Atención Primaria de la Salud, excepto:
 - () La promoción del desarrollo económico.
 - () La participación de la comunidad.
 - () La incorporación de los conocimientos de la medicina tradicional.
 - () La utilización de la "tecnología de punta".
 - () Ninguno de ellos.

3. El objetivo de la psiquiatría comunitaria es :

- Generar la felicidad de la población.
- Elevar el nivel de salud mental de la población.
- La supresión de la enfermedad mental.
- La disminución del costo de la atención psiquiátrica.
- Cumplir con un imperativo ético.

4. Según la OMS, en los países en vías de desarrollo tiene mayor prevalencia:

- La esquizofrenia.
- La epilepsia.
- El retardo mental.
- Los síndromes orgánico-cerebrales.
- El trastorno de pánico.

5. Según la OMS, de los 400 millones de personas inválidas que hay en el mundo, lo serían a causa de enfermedades mentales neurológicas, o por las secuelas del alcoholismo y la farmacodependencia, aproximadamente:

- 10 millones.
- 30 millones.
- 160 millones.
- 300 millones.
- Ninguna de esas cifras.

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 32

PSIQUIATRÍA Y DESASTRES

Raquel E. COHEN

INTRODUCCIÓN

Los profesionales en el campo de la psiquiatría vienen incrementando su interés y actividades para ayudar a individuos que han sufrido el impacto de desastres naturales o generados por el hombre. El interés de la psiquiatría actual no sólo se orienta a comprender las reacciones humanas y molestias somáticas y psiquiátricas de variado orden que, como consecuencia, se generan, sino que intenta, además, desarrollar programas de intervención con el objetivo de ayudar a las víctimas a través de la participación directa y de la investigación.

Muchos modelos de intervención terapéutica se vienen desarrollando a través de programas oficiales y de psiquiatría comunitaria, basados en la experiencia ganada en la atención de estas situaciones habiendo ya aparecido Guías, como la publicada por Cohen, R.E., en 1995, que plantea adecuadas metodologías diagnósticas y de intervención. Se sabe, así, que todo programa para ser efectivo en estos casos, debe ser diseñado, planificado, organizado y ejecutado sobre la base de la situación real en la que se va a trabajar, el tipo de desastre ocurrido, las características de la población afectada y su particular territorio geográfico, así como el tipo de recursos que se pueden transportar hacia los damnificados, los servicios oficiales, urbanos o rurales, y centrales o periféricos, disponibles. Por otro lado, deben ser enfocados con claridad para establecer una coordinación colaborativa con los esfuerzos gubernamentales y aquellos de las instituciones oficiales que se dirigen al área afectada con el mismo objetivo. Asimismo debemos recordar que como profesionales, nuestras raíces culturales influyen nuestra actitud y conducta de ayuda, tanto para ofrecerla como para solicitarla. El sobreviviente de un desastre, miembro de una cultura específica, también pondrá en juego estilos diferentes de pedir y aceptar la ayuda, variables que no solo afectarán nuestra percepción de sus necesidades (diagnóstico), sino también la calidad de la relación terapéutica a establecer.

SECUENCIA DE LAS REACCIONES

Las reacciones humanas postraumáticas han sido bien descritas en la literatura por Rafael (1986) y Cohen (1985) diferenciadas en fases que se ubican secuencialmente en el tiempo, aunque cada una de ellas de duración diversa, de acuerdo al juego de muchas variables individuales y culturales. Estas fases pueden esquematizarse en cuatro categorías: a) pre-impacto, b) impacto, c) post impacto, y d) impacto de largo plazo. (ver cuadro N° 1).

CUADRO N° 1 : SECUENCIA DE REACCIONES ANTE EL DESASTRE

PRE-IMPACTO aviso previo (terremoto)	Sin	Escasa preparación es posible. Algunos sectores están mejor informados y tienen conciencia del peligro.
Horas y días antes del impacto (huracanes, inundaciones)		La población es alertada: se prepara la evacuación sin embargo, algunos niegan tal posibilidad
IMPACTO Horas o días después		Los sobrevivientes experimentan angustia, miedo, preocupación, desorientación, desorganización, lentitud del pensamiento, confusión, dificultad en tomar decisiones, confusión en el tiempo, adormecimiento psíquico. Notan cambios en sus ritmos de sueño, apetito y energía
POST-IMPACTO después	Meses	Los sobrevivientes y el personal de rescate experimentan tristeza, pena, depresión, cólera, frustración, rabia. Muchos signos de duelo se mantienen en proceso.
IMPACTO DE LARGO PLAZO Meses-años después		La mayor parte de la población retorna a su nivel de funcionamiento previo. Algunos otros presentan síntomas de trastorno de estrés post traumático.

1. FASE DE PRE-IMPACTO

Cuando se trata de huracanes e inundaciones se puede alertar a la población y establecer una preparación previa a la ocurrencia del fenómeno. La experiencia enseña, sin embargo, que aunque un grueso de la población acepta la evacuación, un cierto número de personas niega la posibilidad del hecho aumentando el riesgo de sus consecuencias. La ciencia aún no puede predecir los terremotos, pero sí pronosticarlos en períodos aproximados de algunos años. La educación previa es fundamental pues el pánico es alto factor de riesgo.

2. IMPACTO

Horas o días después del desastre los sobrevivientes suelen experimentar diversas manifestaciones, entre las cuales suelen ser comunes: angustia, miedo, y desorientación. Se ha descrito, también, un estado de "obnubilación cognitiva" caracterizado por confusión, desorientación en el tiempo, dificultad para tomar decisiones y lentitud del pensamiento; y, otro de "adormecimiento psíquico" con sentimiento de desinterés, pobre respuesta afectiva y sensación de distanciamiento de los demás.

3. POST-IMPACTO

Esta fase se mide por meses y se caracteriza por manifestaciones de tristeza, lamentos y depresión. En la medida que el impacto de la realidad en lo referente a las pérdidas sufridas, la necesidad de reconstrucción y de introducir cambios en el estilo de vida emergen, los individuos afectos, frecuentemente reaccionan con frustración, cólera y no pocas veces aun con rabia. Todos los signos de duelo se presentan en esta fase.

4. IMPACTO DE LARGO PLAZO

En general, la mayoría de la población vuelve a sus funciones normales. Un subgrupo de individuos, sin embargo, sea por su personalidad, nivel previo de salud mental u otras variables, muestra dificultad en recuperarse, pudiendo manifestar variada psicopatología no siempre apropiadamente categorizada en las clasificaciones actuales.

CATEGORÍAS PROGRAMÁTICAS DE SALUD MENTAL

En situaciones de desastre, tres tipos generales de acción son dirigidas, tanto al personal de las instituciones que colaboran en las tareas de ayuda cuanto a la población general. Se denominan programas de intervención, de consultoría y de educación. El objetivo principal es proveer a los profesionales de información pertinente en salud mental para que incorporen conceptos psicológicos útiles para su labor a fin de facilitarles la comprensión de la conducta de las víctimas categorizadas como "normales" aunque en una situación anormal. De este modo, se pretende que funcionen con mayor efectividad en la situación de zozobra en la que se encuentra la población a la que a su vez, habrán de enfrentar individualmente como personas.

1. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Se diseña sobre la unidad de análisis constituida no por el individuo en sí, sino por el individuo y su situación particular frente al desastre. Tiene tres metas: restaurar la capacidad del sujeto, ayudar a las víctimas a reordenar y organizar su nueva realidad, y asistir a los sobrevivientes a lidiar con el programa de emergencia burocrático que el estado instituye. La variable edad debe ser tomada en cuenta pues cada grupo etario tiene sus patrones de reacción.

2. PROGRAMA DE CONSULTORÍA

Se le define como el proceso de interacción entre un especialista en salud mental y un miembro de otra profesión o especialidad con el objetivo común de ayudar a las víctimas. El propósito es aumentar la capacidad de ambos para intervenir lo más efectivamente posible en las tareas de recuperación. Este

método constituye un elemento esencial en programas organizados después de ocurrido un desastre.

2.1. Rol de Consultor. El rol del profesional de salud mental como consultor en situaciones de desastre difiere, en muchos aspectos, del que utiliza en la consulta privada o en el hospital tradicional. Su lugar de operaciones, ya sea una carpa, un cuartel o un colegio, representa un contexto que no le es familiar, donde no sólo debe atender las reacciones de estrés agudo de las víctimas, sino preocuparse por los problemas diarios de sobrevivencia como son: techo, comida, ropa, búsqueda de desaparecidos, entre muchos otros. Por consiguiente, el consultor debe tener conocimientos de teorías psicosociales, organización comunitaria, trabajo de enlace, educación pública y administración de recursos, así como destreza en administrar consejo psicológico.

2.2. Actividades. Directamente relacionadas con los factores que identifican a:

- Las víctimas
- Los trabajadores de emergencia
- El diseño y los recursos del programa de emergencia.

2.3. Estrategia. El consultor debe tomar en cuenta los factores citados para conseguir las siguientes metas:

- Ayudar a las víctimas a recuperar su equilibrio funcional de conducta habitual (pre-desastre).
- Ayudar a las víctimas y al trabajador de rescate a desarrollar las destrezas necesarias para negociar con las entidades públicas o privadas de asistencia.
- Apoyar los esfuerzos por reorganizar la comunidad afectada.
- Guiar las actividades de intervención ayudando a las víctimas a que ellas mismas organicen los esfuerzos de reconstrucción y lograr su participación activa en la elaboración y ejecución de planes.
- Ayudar al desarrollo acelerado de recursos psicológicos y físicos para aliviar el estrés y promover la resolución de crisis.

2.4. Pautas conceptuales para alcanzar las metas. Las básicas para el desarrollo de la consultoría son:

- Todas las actividades deben ser dirigidas al desarrollo de procedimientos prácticos y útiles para los profesionales y las víctimas a las que se está ayudando.

- El consultor debe tomar muy en cuenta las costumbres tradicionales y prácticas culturales y religiosas de la comunidad. Toda su conducta debe reflejar un respeto genuino por "Cómo se hacen las cosas aquí".
- Todas las actividades deben ser específicas y dirigidas a los problemas o dificultades identificadas por los individuos que están pidiendo la consultoría.
- Toda oportunidad de relacionarse con niveles administrativos gubernamentales que le den respaldo oficial u oportunidades de trabajar en colaboración deben ser aprovechadas.
- La confidencialidad en el uso de informes reservados obtenidos en todos los niveles debe respetarse.
- El consultor se convertirá en el receptor de muchos secretos, información que generalmente no se confía en la vida en situaciones de normalidad, por lo que es importante recordar que los individuos que están confiando sus intimidades no son pacientes sino ciudadanos que se encuentran, temporalmente, en una situación de trágica dependencia.
- Por último, con el correr de los días, las necesidades y los problemas de las víctimas suelen cambiar. Las instituciones de ayuda poco a poco se van retirando del área geográfica afectada y, por ende, el consultor deberá modificar su rol y sus métodos de acuerdo a los recursos que queden.

3. Programa de Educación

En una situación de desastre se presentan innumerables oportunidades para que el profesional desarrolle actividades de educación. Dos son las áreas más importantes: una dirigida a los individuos que actuarán como trabajadores en la reorganización de la comunidad, y la otra, al público en general. Los programas que se diseñan para impartir conocimientos sobre las reacciones emocionales y conductuales de las víctimas, a través de las etapas evolutivas de la crisis y de los procesos adaptativos correspondientes, deben tomar en consideración que la situación en que se encuentran todos los que habrán de recibir el adiestramiento se caracteriza por una estructura inestable, con escaso tiempo para planear e implantar las acciones y sometidos a cambios continuos de personal, abrumados y fatigados por los continuos cambios de reglamentaciones y normas administrativas. Por ello, las lecciones y cursillos cortos, precisos, bien definidos y prácticos, suelen ser más efectivos que los extensos, con expectativas de asistencia de muchos trabajadores que, en la realidad, no pueden abandonar sus puestos para asistir a aquellos.

La posibilidad de tener cursos preparatorios como parte de un programa de planificación pre-desastre podría incorporar muchos más principios pedagógicos, sobre todo si son apoyados por la nueva tecnología de videograbaciones o computadoras interactivas. También es posible desarrollar cursos en los que los métodos de intervención son diseñados paso a paso y ensayados como parte del programa usado para preparar, al mismo tiempo, a todas las instituciones de ayuda en un ejercicio simulado de desastre. Muchos y variados aspectos se pueden cubrir en la atmósfera tranquila del adiestramiento previo al desastre que no es posible reproducir en medio de los acontecimientos trágicos y ambiente de crisis que se vive después del mismo. A pesar de ello, siempre es factible educar y adiestrar trabajadores que están en plena faena de ayudar a las víctimas, si se cuenta con personal que tenga habilidades educacionales y experiencia en catástrofes.

INTERVENCIÓN EN CRISIS. CONCEPTOS BÁSICOS Y PRINCIPIOS DE APLICACIÓN.

El método utilizado para ayudar a las víctimas de un desastre a lograr su recuperación es conocido como técnica de intervención en crisis. Se la define como aquella útil para:

- a) Restablecer la capacidad del individuo para afrontar las situaciones de estrés en las que se encuentra.
- b) Proveer asistencia a estos individuos para reordenar y reorganizar su mundo social destruido.

Para guiar las actividades terapéuticas es necesario que el terapeuta posea un esquema teórico que organice sus observaciones e interacciones con las víctimas. Un modelo útil se basa en considerar al individuo en términos de un organismo biopsicosociocultural que interactúa con su medio ambiente con el objeto de – continuamente– recuperar su nivel homeostático. Las reacciones de crisis que ocurren después del impacto del desastre están relacionadas con las siguientes variables:

- Edad, sexo, grupo étnico, nivel socio-económico.
- Estructura de la personalidad y estado de salud psicológica.
- Mecanismos habituales de defensa.
- Intensidad de los múltiples estresores que aparecen después del impacto.
- Disponibilidad y educación de las redes de apoyo social.
- Extensión del significado de las pérdidas personales experimentadas.
- Recursos de ayuda de emergencia disponibles.

Integrando esta información y usándola en beneficio de cada individuo se pueden estimar los problemas que cada víctima habrá de enfrentar y su manera usual de resolverlos apoyándolo a lograrlo en mejores condiciones.

MOVILIDAD DE RECURSOS DE SALUD MENTAL PARA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Para poder efectuar un esfuerzo efectivo de asistencia, todos los profesionales de salud mental que van a participar en el programa interdisciplinario de ayuda deben compartir un esquema de cómo ubicarse en el esfuerzo, cuáles serán los métodos a utilizar y cuál la filosofía profesional que habrá de guiarlos, pues, aunque los métodos que usan las diversas disciplinas difieren, se puede organizar equipos que empleen técnicas de intervención en crisis. Si el equipo de salud mental no tiene conceptos y objetivos claros, la posibilidad de crear confusión y cometer errores en la solución de problemas aumentará.

Los problemas que necesitan solución, así como la posibilidad de encontrar opciones de solución para los trabajadores y las víctimas, no sólo dependerá del estado psicológico de los mismos sino también de la compleja burocracia de las instituciones que se desplazan al área de desastre.

CONSECUENCIAS Y PRONÓSTICO.

El quebrantamiento de las relaciones personales y las pérdidas vitales que se producen como consecuencia del desastre, en el que no raramente desaparecen gran parte de o toda la comunidad, el cambio de vivienda (transitoria o permanente) y muchos otros factores, producen variadas expresiones emocionales, cognoscitivas y conductuales.

Diversos tipos de reacción paradójica pueden ser activados y potencialmente ejercidos en el contexto de la intervención terapéutica, especialmente en la fase aguda del impacto. Un nuevo concepto que se viene incorporando a la documentación especializada sobre desastres se refiere al trauma psíquico que sufre la persona como impacto directo a su sistema biopsíquico. Muchos investigadores están estudiando este grupo de reacciones biológicas (hormonales, inmunológicas, de los neurotransmisores, etc.) inmediatas con el propósito de diferenciarlas de las ya bien conocidas reacciones de estrés.

Como hemos señalado anteriormente, las reacciones humanas ante experiencias de desastre han sido documentadas en torno a diversos períodos de tiempo después del impacto, a los que se denominan fases. Cada fase tiene características que la singularizan y guían los métodos de intervención. En cada fase hay cambios biológicos, psicológicos y de conducta social.

Cada uno de estos sistemas parece tener sus propias leyes evolutivas dirigiéndose hacia una posición adaptativa de resolución y retorno a funciones consideradas normales en el marco sociocultural de la comunidad donde reside la víctima. El rol y la función del trabajador de salud mental son los de ayudar, guiar y restablecer la capacidad de la víctima a través de estas fases. Algunos estudios estadísticos vienen señalando, inicialmente, que el 70% de la población afectada se recupera y alcanza su nivel de adaptación y funcionamiento pre-desastre. El otro 30% presenta diferentes niveles de desadaptación patológica que puede durar de meses a muchos años. Algunos sufrirán toda su vida de problemas desencadenados por los acontecimientos desarrollados subsecuentemente al desastre. Por el momento, no disponemos de estudios que permitan estimar cuáles serían las estadísticas de poderse intervenir, rápida y efectivamente, para prevenir las consecuencias patológicas. Este objetivo constituye un difícil reto para los profesionales interesados en prevención. Los dos grupos de edad más afectados suelen ser los niños y los ancianos, constituyendo, así, grupos de alto riesgo, pues suelen tener más dificultades para adaptarse a situaciones inestables o caóticas. El niño, por la fuerte dependencia familiar para mantener su equilibrio psicofisiológico, y el anciano, por la dependencia de sus redes sociales de apoyo establecidas con anterioridad.

Consecuentemente, el aporte de la salud mental viene reconociéndose como crucial en la recuperación de la morbilidad y la rehabilitación de las víctimas de desastres a largo plazo. Y a medida que se incrementa la experiencia de trabajo en este campo, la atención a los trabajadores que asisten a las víctimas se ha modificado. Es necesario desarrollar un programa de asistencia sistemática también para ellos con técnicas específicas: debriefing, definición de incidente crítico, etc., que ofrecen gran ayuda. Tal esfuerzo complementario protege al personal y potencializa la ayuda.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. COHEN, R.E. Disaster Mental Health Services: A Reference Guidebook for training Trainers. U.S.A., U.S. Department of Mental and Human Services, Public Health Service, 1995.
2. COHEN, R.E. "Participating in Disaster Relief-What Psychiatrist need to know when catastrophe strikes". In: Psychiatric Times, Nov. 1995:40-42
3. COHEN, R.E. & AHEARN, FL, Jr. Manual de la atención de Salud Mental para víctimas de desastres. México, HARLA. 1989.
4. COHEN, R.E. "Desastres: Teoría y Práctica". En: VIDAL, G. y ALARCÓN, R. (Editores) Psiquiatría. Bs. A.s Editorial Médica Panamericana S.A. 1986.
5. COHEN, R.E. "Educación y Consultoría en los Programas de Desastres". En: Lima, B. y GAVIRIA, M. (Editores) Desastres. Consecuencias psicosociales de los Desastres: La experiencia Latinoamericana. 1988.

CAPÍTULO 32: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS PSIQUIATRÍA Y DESASTRES

1. La cultura afectará:
 - El estilo del sobreviviente de pedir y aceptar ayuda
 - La percepción de las necesidades de las víctimas por parte del profesional de salud mental.
 - La calidad de la relación terapéutica a establecer
 - Son válidas la primera y la tercera
 - Todas son válidas
2. Los signos de duelo se dan en la fase de:
 - Preimpacto
 - Impacto
 - PostImpacto
 - Impacto de largo plazo
 - En cualquiera
3. Las víctimas notan cambios en sus ritmos biológicos preferentemente en la fase de:
 - Preimpacto
 - Impacto
 - Postimpacto
 - Impacto de largo plazo

- Cualquiera de ellas
- 4.Cuál de las siguientes categorizaciones sobre las conductas de las víctimas es correcta:
- Normales en una situación normal
- Anormales en una situación normal
- Normales en una situación anormal
- Anormales en una situación anormal
- Ninguna es válida
5. Señale la meta que NO corresponde a un programa de intervención en desastres.
- Restaurar la capacidad del sujeto
- Asistir a las víctimas a reordenar y organizar su nueva realidad
- Asistir a los sobrevivientes a resolver sus problemas económicos
- Asistir a los sobrevivientes a lidiar con el programa de emergencia
- Ninguna es válida
6. Señale falso (F) o verdadero (V), respecto a la situación de desastre.
- La unidad de análisis corresponde al individuo y su situación particular
- La variable edad no interesa
- Ayudar a las víctimas a que ellas mismas organicen la reconstrucción
- Los problemas y necesidades de las víctimas cambian a medida que pasan los días
7. Los programas educativos que se diseñen deben considerar que:
- La situación es inestable
- Hay escaso tiempo para planear e implantar acciones
- Hay cambios continuos de personal
- Son válidas las dos primeras
- Todas son válidas
8. Las reacciones de crisis que ocurren después del impacto del desastre se relacionan a:
- Variables demográficas
- Estructura de personalidad
- Significado de las pérdidas experimentadas
- Mecanismos habituales de defensa
- Todas son válidas
9. Estudios estadísticos señalan que de la población afectada por desastres se recupera el:

30%

40%

50%

60%

70%

10. A medida que se acumula experiencia en desastres, se estima necesario desarrollar programas para proteger a:

Las víctimas

Los familiares de las víctimas

Los trabajadores que asisten a las víctimas

Son válidas las dos primeras

Todas son válidas

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 33

PSIQUIATRÍA FOLCLÓRICA

Carlos Alberto SEGUÍN

CONCEPTO

Al lado de la medicina académica, aquella que se enseña en las universidades y se ejerce en los consultorios u hospitales especializados, existen prácticas extra-académicas de las que se ha hablado como medicina paralela. Se relacionan generalmente con lo que la Organización Mundial de la Salud definió en 1974 como Medicina Tradicional: "La suma de todos los conocimientos, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación, transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra". Esta definición comprende muchas formas de medicinas tradicionales, de las que hemos distinguido:

La Medicina Popular, que sería el conjunto de creencias y prácticas acerca de las enfermedades, su prevención y tratamiento, mantenidos por tradición popular en todos los ambientes, completamente aparte de lo propugnado por la medicina académica y que es practicada por el pueblo, sin mayor preparación teórica. Se trataría de la "receta de la abuelita" o la prescripción de la "tía vieja", maniobras a las que se echa mano en cualquier circunstancia familiar.

Llamamos Etno-medicina al conjunto de ideas, creencias y prácticas acerca del origen y el tratamiento de las enfermedades en los pueblos que llamamos primitivos (como los de nuestra selva). Es una medicina que se desenvuelve en su propia cultura, con la aceptación plena de su sociedad y que se halla representada por el shaman o medicine-man.

Medicina Tradicional Integrada es aquella que es practicada por pueblos que han poseído una cultura, que en muchos casos puede considerarse superior, y que han sufrido la influencia de las corrientes occidentales, pero que han sabido conservar sus usos y costumbres e intentado incorporarlos a la nueva realidad de su historia. Citaremos, como ejemplos, la medicina hindú y la medicina china.

Todos los aspectos considerados pueden llamarse medicinas, según la definición de la OMS, pero debemos distinguir especialmente lo que hemos llamado Medicina Folclórica (de folk, pueblo y lore, saber, sabiduría), que tiene especial importancia en los países sub-desarrollados y ello es patente en el nuestro.

PSIQUIATRÍA FOLCLÓRICA

Podemos definir la Psiquiatría Folclórica como el cuerpo de ideas, creencias y prácticas que se refieren a los cuadros psiquiátricos o afines y a su tratamiento, mantenidos por tradición popular, aparte y en contra de lo aceptado por la cultura dominante en el medio que se presentan. Dos conceptos caracterizan esta definición:

- Se trata de creencias y prácticas que se refieren a los cuadros psiquiátricos basadas en la tradición popular, y
- Se desarrollan en un medio cultural opuesto a ellas.

La Psiquiatría Folclórica no es sino un aspecto de la Medicina Folclórica. Sus fundamentos se hallan en las culturas aborígenes suprimidas por la conquista, pero que han dejado importantes huellas. Si pensamos que, en nuestro país, más del 90% de los psiquiatras ejerce en la capital y, el resto, en pocas ciudades importantes del interior, podemos comprender que la inmensa mayoría de los peruanos no tiene acceso a la medicina o a la psiquiatría académicas y se hace atender por los practicantes de la Medicina Folclórica, a los que se conoce como curanderos.

LOS CURANDEROS

Los auténticos curanderos, no los charlatanes con los que a veces se los confunde, practican en diferentes formas la medicina usada por nuestro antepasados incaicos y pre-incaicos. La mayoría tiene como base conceptos animistas, es decir, la creencia que todo lo existente está dotado de un espíritu, capaz de actuar, para bien o para mal, sobre los hombres. Así existen, para ellos los espíritus de las montañas, de las lagunas, de los ríos, así como los de las "huacas" y aun los de las plantas. Su teoría diagnóstica se basa en el descubrimiento del "daño" que algún espíritu ha hecho al paciente y que le causa la enfermedad. El tratamiento consiste en reparar ese daño, convocando a los espíritus propiciatorios por medio de diferentes maniobras místico-mágicas.

Los curanderos usan, durante esas maniobras, preparados de plantas nativas que beben y hacen beber a sus clientes. Tales bebidas contienen alcaloides psicotrópicos como la mescalina del San Pedro (*Trichocereus Pachanoi*) o la harmina de la ayahuasca (*Banisteria Caapi*). Los efectos alucinógenos, unidos a una fuerte acción sugestiva, pueden influir favorablemente en algunos cuadros clínicos con fuerte influencia psicósomática. Al lado de los curanderos descritos existen los llamados yerberos, individuos concedores de las plantas autóctonas y que las emplean por sus efectos farmacológicos, y los hueseros, prácticos en reparaciones de fracturas y otros problemas del aparato locomotor.

NOSOGRAFÍA Y PSIQUIATRÍA FOLCLÓRICA

Los curanderos no actúan sin poseer una nosografía que, a su manera, explica y justifica su práctica. Esa base, si bien tiene elementos comunes a todas partes, lo que nos conduce a recordar las raíces profundas de las creencias "primitivas", presenta distintas formas de acuerdo con la cultura de la que proviene y en la que se asienta. El estudio de tales nosografías es, pues, interesante desde dos puntos de vista: su interrelación ecuménica y sus características regionales y, entre ellas, la influencia que sufre de toda clase de factores geográficos, históricos, culturales y sociológicos.

En este capítulo no pretendemos revisar todo lo que se sabe acerca de las diferentes teorías nosográficas de la psiquiatría folclórica, pero, como una ilustración que permitirá comprender su importancia, diremos algunas palabras sobre lo que hemos podido observar en algunas regiones del Perú, durante las investigaciones emprendidas por el Instituto de Psiquiatría Social.

Los curanderos estudiados dividen, ante todo, las enfermedades en dos grupos: enfermedades de Dios y enfermedades de daño. Las primeras son males "naturales", producidas por los factores no mágicos, comprensibles por la influencia de las fuerzas de la naturaleza. Las enfermedades de daño, por el contrario, tienen siempre origen sobrenatural y, como veremos más adelante, son atribuidas a distintos elementos, de acuerdo con variables sociológicas. Las enfermedades de Dios son, para nuestros curanderos, del dominio de los doctores del Hospital, a quienes envían los pacientes que según ellos la padecen.

Las enfermedades de daño, como contraste, solamente pueden ser tratadas por el curandero, quien conoce su origen y los medios para combatirlas.

El "daño" es un concepto muy extendido en la cultura popular en todo el mundo y utilizado, con distinto nombre y en diferentes formas, por los curanderos de todas las latitudes. En los casos que nosotros hemos estudiado, el daño presentaba diversas formas y era atribuido a influencias variadas.

El "daño" es una forma mágica de acción sobre la salud y su tratamiento es también fundamentalmente mágico. Si el daño es producido por los hombres, debido a la "envidia" y otros factores, actúa a través de un "malero", un brujo maligno y debe ser curado librando al paciente de los efectos producidos por su influencia. Así, el daño puede ser hecho "por la boca", cuando se ha hecho ingerir al sujeto alguna substancia que le produce los nefastos resultados pretendidos, o "por el aire", cuando se supone que ha sido causado por inhalación. Consideramos como una forma especial de "daño" el "robo del alma". Volveremos sobre ello.

En algunas zonas, bajo influencias nuevas, la noción del daño se extiende a otras influencias mágicas. Así, podría ser también hecho actuando sobre muñecos o sobre prendas de vestir de la víctima. En un caso recién observado, el malero había clavado la cabeza del muñeco (se trata de la explicación dada por el curandero) y lo había enterrado en la falda de una montaña. Los clavos actuaban sobre el paciente, produciéndole incurables dolores de cabeza. El curandero actuaba "sacándole los clavos" durante la sesión por medio de tenazas, taladros etc. con los que imitaba las maniobras de extracción. A este paciente, la "extracción" de cada clavo le producía dolores terribles, que calmaban inmediatamente después que "el clavo había sido eliminado". Vemos claramente, en éste como en otros casos, la presencia de conceptos mágicos universales.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA EN LA PSIQUIATRÍA FOLCLÓRICA

Las ideas acerca de la etiología y patogénesis de las enfermedades reflejan una serie de aspectos del funcionamiento de la cultura en la que se desarrollan. Tienen que ver, generalmente, en las sociedades occidentalizadas, con los postulados de la ciencia positiva. Por lo menos en apariencia, ya que sabemos muy bien que detrás de las teorías científicas se esconden, la mayor parte de las veces, rescoldos de creencias mítico-mágicas, de convicciones religiosas y de prejuicios políticos.

El caso de la psiquiatría folclórica es distinto. Hemos destacado que su característica principal es de no coincidir con lo aceptado por la "cultura oficial" de la comunidad en la que se desarrolla, sino, más bien, reflejar creencias pertenecientes a grupos culturales cuya significación política y cuya influencia en el manejo del poder han ido desapareciendo, perdiendo vigencia.

Las doctrinas etiológicas y patogénicas de la psiquiatría folclórica, en general, son una interesantísima mezcla de ideas basadas en las culturas autóctonas más o menos influidas por la presión de las fuerzas culturales dominantes y, entre ellas, principalmente, la religión impuesta.

A pesar de estas influencias cada grupo y subgrupo cultural mantiene un conjunto bastante coherente de creencias que conforman verdaderos conceptos etiológicos y patogénicos cuyo estudio puede ser de extraordinaria importancia histórica y antropológica. Anteriormente, al referirnos al "daño", hicimos notar que presentaba variantes que vale la pena investigar más de cerca.

En las zonas más "primitivas" de nuestro territorio, donde la urbanización no es predominante, como en las zonas de los Andes, el síndrome toma otra característica: la enfermedad no es producida por los hombres, sino por la naturaleza. Es la montaña o el río los que "roban el alma" y a los que hay que obligar, por medio de maniobras mágicas, a devolverla.

No parece desacertado suponer que esa variante muestra con toda claridad la influencia de los factores sociales y geográficos sobre las ideas nosológicas del pueblo: en las regiones de cultura menos ciudadana, es la naturaleza el enemigo con el que hay que enfrentarse para recuperar la salud, propiciándola por medio de maniobras mágicas. En los lugares en los que ya existe una agrupación citadina, la naturaleza pasa a un segundo plano y es el hombre el enemigo al que hay que afrontar y es él quien produce el "daño". En estos casos en los cuales, los síntomas puede decirse que son los mismos aunque la interpretación difiera, el curandero debe emplear sus conocimientos y el paciente está obligado a seguir sus indicaciones para reglar su vida con sus semejantes.

LA TERAPÉUTICA EN LA MEDICINA FOLCLÓRICA

La terapéutica de la psiquiatría folclórica muestra claramente la doble influencia sufrida, por una parte, de la tradición popular y, por otra, de la cultura occidentalizada predominante. La proporción de cada una de ellas varía y esas variantes nos ilustran sobre formas y vías de aculturación.

Como un ejemplo, en el Perú, los curanderos de la costa donde, como dijéramos, se hallan los núcleos citadinos y existe una fuerte influencia de la cultura occidental, emplean una mezcla de procedimientos en los que la infiltración de las creencias de esa cultura es visible y entre ellas, por supuesto, las de la religión. Formas rituales que mimetizan las de la iglesia católica, invocaciones a santos y a los personajes divinos son comunes. Entre ellas se destacan dos: referencias a la Virgen y la ayuda que se supone proporciona San Cipriano.

San Cipriano se ha convertido en el patrono de los curanderos de la costa peruana. La leyenda dice que fue un mago que se convirtió al catolicismo y acaso esa sea la razón que lo destaca entre la imaginaria folclórica. Su efigie, de mayor o menor tamaño, preside las sesiones curativas y las oraciones son a él dirigidas. En el santoral católico existe, efectivamente, San Cipriano, pero se trata de un patriarca de Cartago, que vivió hacia el año 220 y a quien se considera fundador de la iglesia latina. Su fiesta es festejada el 21 de Diciembre.

Al lado de estas católicas influencias, hallamos en el proceder de los curanderos de la costa una serie de maniobras mágicas y de creencias en estrecha relación con conceptos populares mantenidos por la tradición.

A medida que nos internamos en el país, de la costa a la región andina, el porcentaje de participación en el ritual folclórico va cambiando. Disminuyen las referencias al santoral religioso y las maniobras pseudo-litúrgicas, para ser sustituidas por conceptos animistas y acciones mágicas y por la creencia en la acción de espíritus benignos y malignos. Pueden seguirse las rutas de aculturación y la mayor o menor realidad de ellas estudiando la psiquiatría folclórica de diferentes regiones del país.

Ahora bien, si tratamos de analizar detenidamente los procedimientos de los curanderos, hallaremos una variedad que desafía toda clasificación y sistematización. Creemos, sin embargo, que aunque una manera solamente aproximada, podemos intentar una enumeración de los principales, deteniéndose en los que consideramos de decisiva importancia. Recordemos que nos estamos refiriendo a los curanderos estudiados por nosotros en el Perú y que, aunque creemos que estas observaciones pueden generalizarse, sabemos también que cada región presenta diferencias, no solamente en el énfasis que se pone en una u otra de estas acciones, sino que pueden hallarse otras formas de influencia, directamente en relación con las tradiciones populares locales. Nos referiremos a las maniobras mágicas, los métodos psicológicos y el empleo de drogas, como los procedimientos más importantes de la terapéutica folclórica.

1. MANIOBRAS MÁGICAS

Se trata de sesiones de ritual y contenido diversos. Son reuniones en las que se invocan a "espíritus" por medio de los cantos en lugares y horas distintas.

Existe una observación interesante, que debemos tomar en cuenta. A diferencia del brujo, el curandero se considera un medium, es decir que no cree ser él quien actúa en los procesos de adivinación y cura, sino que su papel es el de llamar a los espíritus de las plantas que usa y que son esos espíritus, cuando

han sido rectamente convocados, los que, por medio de sus poderes sobrenaturales, intervienen a favor del solicitante.

La invocación a los espíritus de las plantas ("la madre de la planta") debe hacerse por medio de cantos (cada curandero asegura que los suyos son los verdaderamente eficaces) y, sobre todo, ingiriendo bebidas preparadas a base de ellas o introduciéndolas en el cuerpo de alguna otra forma (fumando, por ejemplo). Así como atrae a los espíritus favorables, el curandero aleja a aquellos que pudieran hacer daño, por medio de maniobras mágicas. Una de las más comunes es la de "cortar el aire" con espadas especiales, a fin de romper todo lazo de esos espíritus con los concurrentes a la sesión. Por supuesto que las maniobras mágicas que se emplean son de infinita variedad y cambian según la tradición cultural.

2. MANIOBRAS PSICOLÓGICAS

Ante todo debe tenerse en cuenta el factor expectativa. El ser doliente que busca al curandero lo hace imbuído de la confianza y la esperanza que le dan la tradición y sus creencias. Más, mucho más, que con el médico, como hemos visto, él es capaz de relacionarse con el curandero. Este "habla su propio idioma", repite las ideas que tienen vigencia en su vida desde la infancia y que, por lo tanto, resuenan en su inconsciente con la fuerza de las relaciones afectivas determinantes.

Por supuesto que esa comunidad de creencias obra bajo la influencia del curandero mismo: un hombre o una mujer maduros, de apariencia parental y de actitudes y acogidas seguras y bondadosas; mucho más humanas y afectivas que las de la mayoría de los médicos, preocupados antes con la aplicación de una técnica que con la real ayuda a sus semejantes.

Se ha hablado mucho, por supuesto, del factor sugestivo, acentuando su importancia en el tratamiento de los curanderos. Desgraciadamente, al referirnos a la sugestión, no estamos haciendo sino cambiar un enigma por una palabra. No sabemos, en realidad, lo que la sugestión es, pese a los esfuerzos de muchas generaciones de teóricos y si, como parece, se trata de un fenómeno con base esencialmente afectiva, comprenderemos mejor su acción si lo enfocamos desde el punto de vista de su significado en la relación interpersonal que se establece entre curandero y paciente, relación esencialmente regresiva y transferencial, para usar la terminología de nuestras teorías dinámicas.

Otros factores que debemos tomar en consideración son los relativos a las sesiones curativas, que se realizan generalmente en grupos y con la intervención de canciones, música y con la ingestión de preparados a base de plantas nativas. Durante ellas se producen una serie de fenómenos psicológicos, algunos exteriorizados, otros no, que no pueden dejar de influir en la evolución del padecimiento. Koos sintetiza, al referirse a la posesión, algunos de esos factores. "Los efectos terapéuticos de las prácticas de la posesión han sido explicados por algunos investigadores como resultado de: 1º el acting-out, durante el trance de conducta agresiva y sexual no permitidas en otros contextos sociales, 2º la obtención de un status social superior por intermedio de la asunción del rol en el ritual. 3º la capacidad de ciertos tipos de rituales de reducir la angustia, ofreciendo ocasiones para la experiencia catártica de confesión y para expresiones de apoyo a favor de individuos que buscan mejoría por desórdenes físicos o mentales".

Por sobre todo ésto debemos considerar la relación del curandero con su paciente. En anteriores oportunidades he sostenido que debe existir de parte de todo médico, lo que llamara el "Eros terapéutico" (ver capítulo 27). No es éste el momento para detenernos en su estudio, ya realizado en publicaciones anteriores, pero será necesario afirmar enfáticamente que es más fácil hallar un auténtico Eros terapéutico en los curanderos, realmente interesados en ayudar a sus pacientes, a quienes los unen fuertes lazos culturales, sociales, y humanos, que en los profesionales académicos, preocupados, sobre todo, con el "manejo" de los "casos". El Eros terapéutico, captado por el paciente, establece una relación afectiva que favorece la acción de todos los otros recursos.

Consideramos como de decisiva importancia uno de ellos, en el que es necesario poner énfasis porque no ha sido destacado suficientemente por los autores que del tema se han ocupado. Se trata de la poderosa influencia que tiene y emplea el curandero para modificar la vida de relación de sus pacientes. Intuitivamente, con una intuición muy superior, en la mayor parte de los casos, al conocimiento "científico", valido de su posición y su prestigio, tiene el curandero en sus manos la posibilidad de cambiar las relaciones humanas de su cliente y, de esa manera, romper círculos viciosos de patología familiar o social que, si no producen, mantienen la enfermedad. Así, al alterar fundamentalmente la vida de su enfermo en una forma que le permite una nueva posición en el grupo, una nueva estructura de la red de fuerzas sociales que obra sobre él, le ofrece una distinta posibilidad de cambio, no solamente en el paciente, sino, y en modo principal, en su relación con figuras importantes de su vida, sean ellas de su familia o de la comunidad en la que actúa.

Un ejemplo claro nos ofrece el tratamiento del alcoholismo crónico, que estudiaron M. Chiappe y colaboradores del Instituto Peruano de Psiquiatría Social. En él, el curandero, basándose en la noción del "daño", dirige toda la vida de relación de su paciente. Al señalarse quién o quiénes le han "hecho daño", está marcando a las personas cuyo trato el alcohólico debe evitar, dirigiendo, así, su vida comunitaria. Podemos imaginarnos fácilmente que, si es la esposa o la amante, la madre o el hermano o los amigos quienes constituyen el peligro, la vida del enfermo en relación con su grupo social será alterada y ese cambio determinará la modificación total de su conducta y su alejamiento del alcohol, que no es, generalmente, sino una precaria solución a conflictos en la existencia del paciente, conflictos cuya estructura será alterada con la realineación de su vida familiar, grupal o comunitaria.

Confirmaciones de este punto de vista son ofrecidas por los investigadores que se han acercado a fenómenos parecidos; vgr: los de etnopsiquiatría. Así, Prince cree que el "adivinator", entre los Yorubas, es un "integrador cultural". Leighton, al referirse a los Navajos, dice que "la gente con la que (el paciente) tiene la mayor parte de las interacciones se compromete a aceptar su estado de cambio. Así, la personalidad del paciente queda establecida en una nueva pauta, el grupo en el que está comprometido se halla preparado para ello, tanto emocional como cognoscitivamente". Epstein, que ha estudiado la enfermedad y la curación en la aldea de Wangala (India), dice: "Una función sociológica de la creencia en la brujería ampliamente reconocida en la literatura, es su tendencia a sostener el sistema de valores y así mantener la estructura social". Tait afirma que el adivinator Kokomba es un agente estabilizador de la sociedad. Robin Fox sostiene que "las sociedades primitivas y los grupos religiosos curativos tienen, a menudo, ventaja sobre los hospitales, ya que ellos incorporan más frecuentemente la persona a la sociedad». Freed y Freed aseguran que en Shanti Nagar (norte de la India) la posesión se produce cuando «la víctima se halla envuelta en dificultades con parientes". En Etiopía, según Messing, la enfermedad es atribuida a la posesión por el Zar, un espíritu característico. "El del Zar, dice, funciona como una terapéutica grupal".

Podrían multiplicarse las citas, pero creemos que lo ofrecido basta para asentar la idea que el **medicine-man**, como el curandero, funda su acción en factores grupales; en su poder para modificar la situación familiar y comunal de sus pacientes y, de esa manera, reestructurar su vida.

Existen, por supuesto, muchos otros factores dignos de notar en la Psiquiatría Folclórica. Los curanderos que hemos mencionado emplean, en el tratamiento del

alcoholismo crónico, métodos de aversión condicionada; dan de beber al paciente su "trago favorito" junto con un preparado vomitivo, hecho a base de plantas y actúan influyendo activamente durante el proceso. Otro recurso, bastante común, relacionado con la terapéutica grupal, es el de hacer que toda la familia del enfermo se instale a vivir en casa del curandero o en la vecindad y en permanente conexión con él.

3. EMPLEO DE DROGAS

La mayoría, sino la totalidad, de los curanderos que hemos estudiado usa en su práctica preparados hechos con plantas nativas, de intensos efectos psicótropos. No intentamos en este capítulo estudiar ese aspecto de la terapéutica, ni pretendemos siquiera enumerar las numerosas especies descritas. Tal propósito nos llevaría muy lejos, además de los campos de la botánica, toxicología, farmacología, etc., a aquellos de la antropología cultural y de la psicología de quien recurre a buscar ayuda tanto como de quien se la da. Vale la pena recalcar cómo el empleo de esas plantas y drogas, algunas bastante conocidas (peyote, por ejemplo), otras aún en estudio (la ayahuasca, el yague, el toé, etc., en el Perú) y una inmensa variedad de cuya existencia y empleo estamos informados, pero a las que no se ha estudiado aún con un acercamiento metodológico serio, no deben ser consideradas solamente desde el punto de vista farmacológico, sino en relación con las tradiciones culturales y su influencia. En el Perú como hemos dicho antes, el curandero no interpreta la acción de los preparados a base de hojas, tallos o raíces como el efecto de algo contenido en ellos, sino más bien como una especie de invocación al "espíritu de la planta", invocación acompañada de música y canciones características que harán que ese espíritu actúe favorablemente.

PALABRAS FINALES

Es fácil, pero no sabio, despreciar a la Medicina Folclórica como producto de la ignorancia, pero lo cierto es que, no solamente en el Perú y en los países subdesarrollados, sino en todos los del orbe se practican diferentes formas de Medicina y Psiquiatría Folclórica y que no es solamente el vulgo el usuario, sino miembros de todas las capas sociales e intelectuales. En realidad, ellos encarnan una necesidad, que es común, de recurrir a lo irracional y a lo mágico frente a algo que supera su saber y poder. Es por eso indispensable que el médico general, y el psiquiatra, no se mantengan ignorantes frente a estos fenómenos. No es científico aceptar o negar enfáticamente un hecho; lo es estudiarlo con todos los medios que la ciencia nos ofrece.

Debería crearse en todas las Escuelas de Medicina un Departamento de Medicina Folclórica, que prepare a los estudiantes y a los especialistas para conocer estos fenómenos, tan comunes entre nosotros, a fin de estudiarlos e investigarlos seriamente.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. DENNERSTEIN, L. "Introducción: Gender, Health and Societies". In: *Transcultural Psychiatric, Research Review*. Vol. XXII, No. 4, 1996: 311 - 390.
2. SEGUÍN, C. A. *Psiquiatría Folclórica*. Lima, Edit. Ermar, 1979.
3. PERALES, A., SOGI, C., BERNAL, E., FRISANCHO, D., ARÉVALO, J., PEDERSEN, D. y TEJADA, K. "Conocimientos, Opiniones y actitudes de los médicos frente a la Medicina Tradicional en tres ciudades del Perú". En: *II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales* (Tres volúmenes). Áreas de Integración, Lima 26 - 29 de junio de 1998, pp. 115 - 135.
4. VALDIVIA, O. *Hampicamayoc, Medicina Folclórica y su substrato aborígen en el Perú*. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1986.
5. FRISANCHO, D. *Medicina Indígena y Popular*. Lima, Editorial Los Andes, 1988.

CAPÍTULO 33: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS PSIQUIATRÍA FOLCLÓRICA

1. Entre las medicinas tradicionales se distinguen:
 - La medicina popular.
 - La etnomedicina.
 - La medicina tradicional integrada.
 - La medicina folclórica.
 - Todas son válidas.
2. Dos son los conceptos fundamentales en la Psiquiatría Folclórica:
 - Creencias y prácticas referidas a los cuadros psiquiátricos basados en la tradición popular.
 - Se desarrollan en un medio cultural opuesto a ellos.
 - Se desarrolla en pueblos primitivos.
 - Son válidas las dos primeras.
 - Son válidas la primera y tercera.
3. Los curanderos consideran que la causa de la enfermedad:

- Son los espíritus.
- Es el "daño".
- Es la sugestión.
- Son válidas las dos primeras.
- Son válidas la segunda y la tercera.

4. El curandero:

- Es un brujo.
- Es un charlatán.
- Se considera un médium que convoca a los espíritus.
- Son válidas la primera y la tercera.
- Ninguna es válida.

5. Entre las maniobras, psicológicas que usa el curandero tenemos:

- La confianza del paciente.
- La relación universal regresiva y transferencia.l
- Los cánticos y la música.
- Son válidos las dos primeras.
- Todas son válidas.

6. Son alcaloides usados en las sesiones de curanderismo peruano:

- Mescalina.
- Harmina.
- Cocaína
- Son válidas las dos primeras.
- Son válidas la primera y la tercera.

7. Es más fácil encontrar un verdadero Eros Terapéutico en:

- Los psiquiatras.
- Los médicos.
- Los curanderos.
- Son válidas las dos primeras.
- Ninguna es válida.

8. Es factor importante en el éxito del curandero en el tratamiento del alcoholismo:

- Prohíbe la ingesta de licor.
- Da medicinas especiales.
- Dirige toda la vida de relación de su paciente.

Son válidas las dos primeras.

Ninguna es válida.

9. Vincule:

(a) Adivinador yoruba

(b) Adivinador kokomba

(c) Medicine-man

(d) Posesión

Curandero

Integrador cultural

Estabilizador social

Dificultades con parientes

10. La psiquiatría folclórica tiene:

Tan sólo valor histórico.

Solo valor antropológico.

Debería enseñarse en las escuelas de Medicina.

Son válidas las dos primeras.

Ninguna es válida.

 [Regresar](#)



CAPÍTULO 34

INFORME PERICIAL

Carlos GUTIÉRREZ

CONCEPTOS GENERALES

Al ocuparnos del informe pericial, psiquiátrico en nuestro caso, primero hay que definirlo. En este sentido, se trata de un documento de carácter clínico-psiquiátrico, ordenado por la ley, que refleja la condición mental de un individuo, y por medio del cual el psiquiatra cumple la finalidad de asesoría para la correcta administración de justicia.

Nuestro ordenamiento legal considera dos figuras jurídicas fundamentales que requieren asesoramiento psiquiátrico, a saber: la Inimputabilidad en caso de delito, en concordancia con el artículo 85 del Código Penal; y la Interdicción Civil por causas mentales, de acuerdo con el artículo 44 del nuevo Código Civil.

Consecuentemente, la justicia, para fallar sobre la aplicación de tales figuras jurídicas a los inculcados o a los presuntos incapaces para el libre ejercicio de sus derechos civiles, puede optar por recurrir a psiquiatras idóneos para que formalicen la pericia psiquiátrica correspondiente.

La evaluación cabal del estado mental del individuo motivo de la pericia configura el informe pericial al juez. Tal informe debe ser, por ello, objetivo, preciso e inteligible; y, puede ser tenido en cuenta, en algunos o en todos sus alcances, por el juzgado respectivo, penal o civil, según el caso en cuestión.

LA PATOLOGÍA MENTAL Y EL DERECHO

Determinados trastornos mentales tienen implicancias en el campo jurídico en base a ciertos síntomas que suponen mengua de la capacidad de discernimiento del individuo para optar o decidir con plena libertad. Tales trastornos son:

a) Las psicosis, enajenaciones o alienaciones mentales, como también se les denomina, en las cuales existe apartamiento de la realidad asociado a manifestaciones psicopatológicas productivas y aberrantes que comprometen la esfera de la percepción (alucinaciones), de la memoria (mengua y confabulaciones

del recuerdo), de la orientación (del Yo, en el tiempo, en el espacio y persona), del pensar (trastornos del juicio, delusiones e ideas delusivas), a los que puede agregarse el estupor y la agitación.

b) Los trastornos psicóticos bien establecidos justifican la interdicción civil y la inimputabilidad en caso de delito; las dudas surgen en los períodos de comienzo y de recuperación cuando el Yo del individuo está perdiendo o recuperando sus contactos con la realidad y sus determinantes. Lo fundamental en las psicosis estriba en que el individuo ha perdido la libertad de pensar y actuar lógicamente debido a su misma enfermedad.

c) Los trastornos de la inteligencia, con mengua de la capacidad intelectual que determina que el individuo tenga dificultades para forjar en su mente modelos adecuados de la realidad, de los objetos y de las personas y en quienes dominan los impulsos y conductas más elementales o primarios. En estos individuos no existe una capacidad adecuada de razonamiento y las funciones intelectuales superiores, como la abstracción, la generalización y la discriminación de las cosas y valores a través de conceptos es nula o seminula.

d) Los trastornos que discurren con mengua episódica de la actividad de la conciencia denominados crisis crepusculares. En ellos suelen emerger impulsos y conductas anómalas con incapacidad del individuo para oponerse, quedando con una amnesia, más o menos total, de lo ocurrido, lo que es importante en los casos de delito. Hay que aceptar que la clínica de estos desórdenes episódicos y efímeros hace difícil decidir sobre sus verdaderas implicancias legales.

e) Las psicopatías o perversiones sexuales, sin psicosis asociadas, no tienen implicaciones médico-legales; con psicosis la tienen, pero en virtud de esta última condición.

f) Los trastornos de la personalidad no asociados a psicosis, por severos que sean, no tienen implicancia jurídica; si se asocian a psicosis actual, la tienen por esta última condición.

g) Los trastornos neuróticos, en general, no tienen implicancias jurídicas. Si alguno de estos cuadros deviene en un trastorno psicótico puede haber una inimputabilidad en caso de delito, pero por esta última condición.

h) Las farmacodependencias sin psicosis no tienen implicancias jurídicas; si el sujeto es ya un farmacodependiente y tiene una psicosis asociada, existe implicancia jurídica en virtud de esta última condición.

ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL INFORME PERICIAL

El Informe Pericial Psiquiátrico debe poseer una estructura que haga ágil y flexible su comprensión y aplicación.

a) Desde tal perspectiva, su primera parte, dedicada a la filiación del examinado, circunstancias del examen, y relación con el Juzgado que ha ordenado el informe, debe ser escueta y precisa.

b) La segunda parte, antecedentes y entrevista(s) debe ser concreta. La parte médica general, debe consignar sólo las dolencias o patología posibles de tener implicancias en la actividad mental del examinado. Lo propio podemos decir de los antecedentes de orden neurológico, por sus implicancias psiquiátricas y en directa relación con el caso. La, o las entrevistas, deben ser breves, como medio de estudio del caso, y textuales en cuanto a las respuestas del examinado; su utilidad es decisiva para la evaluación psicopatológica.

c) La tercera parte, el examen clínico, debe consignar muy brevemente los hallazgos del examen clínico general, y descartar entidades clínicas que pueden causar efectos sobre el sistema nervioso. El examen neurológico debe ceñirse al mismo principio. El examen psicológico y psicopatológico, basado en la entrevista y datos del examen, debe ser objetivo y evitar divagaciones. Los exámenes auxiliares, sólo indicados para el caso; del mismo modo, las pruebas psicológicas deben ser aprovechadas en su valor orientador, pero nunca utilizadas como elementos exclusivos para el diagnóstico. En el Informe Pericial, como en toda buena labor clínica, los exámenes auxiliares y las pruebas psicológicas nunca deben predominar sobre la clínica.

d) La cuarta parte, comentario y diagnóstico, es el acápite elaborativo y crítico. Parte esencial del Informe Pericial, debe consolidar los datos orientadores del diagnóstico descartando los que no lo son; contendrá, en caso necesario, un diagnóstico diferencial con entidades similares; terminará individualizando el caso desde el punto de vista clínico, aclarando las implicancias del mismo, tanto desde la perspectiva clínica como jurídica, en una primera aproximación.

e) La quinta y última parte, las conclusiones médico-legales, deberá dedicar una o dos de ellas al diagnóstico. Seguidamente, se concretará la relación con el campo legal del diagnóstico clínico realizado, para fijar la opinión del perito en relación con la inimputabilidad del caso o su interdicción civil. Puede agregarse al final, una o dos apreciaciones acerca del futuro del examinado, en el sentido de sugerencias al juzgado sobre qué hacer con el peritado.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. GUTIÉRREZ, F. C. Psiquiatría Forense. Lima. Eddili Editores, 1986.
2. BONNET, F. P. Medicina Forense. Pub. Lab. Roche, 1978

CAPÍTULO 34: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

INFORME PERICIAL

1. Para la correcta administración de justicia, el peritaje psiquiátrico tiene por finalidad:

- Ofrecer tratamiento
- Descubrir la causa del delito
- Asesorar
- Todas son válidas
- Ninguna es válida

2. Uno de los cuadros citados no tiene implicancia en el campo jurídico:

- Los psicóticos
- De la inteligencia (Deficiencia mental)
- Crisis crepusculares
- Las perversiones sexuales sin psicosis asociada
- Ninguna es válida

3. El informe pericial psiquiátrico debe:

- Ser ágil y flexible
- Fácilmente comprensible
- Fácilmente aplicable
- Son válidas la segunda y tercera
- Todas son válidas

4. El examen clínico en el peritaje debe:

- Consignar brevemente los hallazgos del examen clínico general
- Ser objetivo
- Primar sobre los exámenes auxiliares
- Todas son válidas
- Ninguna es válida

5. Las conclusiones médico-legales deben fijar la opinión del perito en cuanto a:

- La inimputabilidad
- La interdicción civil
- La causa del delito

Son válidas las dos primeras

Son válidas la segunda y tercera

 [Regresar](#)



PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

HOJA DE RESPUESTAS

Capitulo 1

1. Como la ciencia del hombre.
2. Una persona total en su categoría bio-psicosocial.
3. Todas son válidas.
4. Todas son válidas.
5. Al exclusivo interés científico en el funcionamiento cerebral.

Capítulo 2

1. Locus ceruleus.
2. Función reticular.
3. El control de estados emocionales y motivacionales.
4. Bilaterales.
5. Integrar información múltiple para formar percepciones abstractas.
6.
 - (a) Energía electroquímica
 - (b) Energía química
 - (c) Arribo de potencial de acción
 - (b) Espacio sináptico
 - (a) Membrana postsináptica
 - (a) Membrana presináptica
 - (c) Liberación de neurotransmisores
7. Más de un neurotransmisor.
8. Cognoscitivas.
9. Inhibición.
10.
 - (V) El receptor GABA "A" aumenta la permeabilidad de la membrana al ión cloro.

(F) Los ansiolíticos, sedativos y anticomulsivos ejercen su acción a través de receptores dopaminérgicos.

(V) Las neuronas GABA están localizadas en la corteza, hipocampo y estructuras límbicas.

11. Excitador.
12. Beta corticolímbicos.
13. Parkinson.
14. Piramidales.
15. Receptores D2.
16. Serotonina.
17. 14.
18. Los Ribosomas.
19. Somatostatina.
20. Todas son válidas.

Capítulo 3

1. No difiere, salvo en el énfasis que da a algunas áreas.
2. La segunda y tercera son ciertas.
3. Situación de estrés moderado pero prolongado, sin esperanza asociada, pueden ser tan nocivas como una de gran intensidad.
4. Características del sueño.
5. Todas son ciertas.

Capítulo 4

1. La primera y la segunda son válidas.
2. La primera y la segunda son válidas.
3. Todas son válidas.
4. Todas son válidas.
5. Todas son válidas.

6. Todas son válidas.
7. Todas son válidas.
8. Orden que el paciente ocupa entre los hermanos.
9. Las más comunes son las auditivas y visuales.
10. Si puede sumar adecuadamente.

Capítulo 5

1. Las dos primeras.
2. Anublamiento.
3. Estado crepuscular.
4. Frustración del objetivo.
5. (b) En persona.
(a) En tiempo.
(a) En espacio.
(d) Manía.
(c) Depresión.
6. Todas son válidas.
7. Soliloquio.
8. Logoclonía.
9. Esquizofrenia.
10. Psicosis.
11. Alucinaciones.
12. Todas son válidas.
13. Patología cerebral orgánica.
14. Trastorno esquizofrénico.
15. (c) Trastorno disociativo.
(a) Trastorno esquizofrénico.
(d) Trastorno de pánico.
(b) Síndrome orgánico cerebral.

(e) Fase maniaca.

16. Prolijo.

17. La primera es adquirida y el segundo congénito.

18. Sonambulismo.

19. (c) Aumento insaciable del hambre.

(a) Depresión.

(b) Trastorno obsesivo.

(e) Psicosis.

(d) Retardo mental.

20. Pavor nocturno.

Capítulo 6

1. Todas son válidas.

2. Son válidas las dos primeras.

3. Todas son válidas.

4. Uso de criterios diagnósticos de investigación.

5. Organización Mundial de la Salud.

Capítulo 7

1. Define sólo los trastornos psiquiátricos severos.

2. La primera y la tercera son válidas.

3. Descubrimiento de neurotransmisores.

4. José Horwitz y Juan Marconi.

5. Factores psicodinámicos.

6. Todas son válidas.

7. Leme Lopes.

8. La primera y la segunda son válidas.

9. Precisa las cogniciones distorsionadas.

10. Todas son válidas.

Capítulo 8

1. Todas son válidas.

2.

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| (a) Conflicto cultural | (d) Modelo cognoscitivo |
| (b) Síntoma y signo | (c) Modelo psicoanalítico |
| (c) Inconsciente | (b) Modelo Médico |
| (d) Diálogo interno | (e) Modelo conductual |
| (e) Respuesta desadaptativa | (a) Modelo social |

3.

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| (a) Sistema social enfermo | (e) Modelo médico |
| (b) Estímulo discriminativo | (c) Modelo psicoanalítico |
| (c) Pensamiento automático | (b) Modelo conductual |
| (d) Mecanismo de defensa | (a) Modelo social |
| (e) Huésped | (d) Modelo psicoanalítico |

4.

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| (a) Sigmund Freud | (d) Modelo social |
| (b) B.F. Skinner | (e) Modelo médico |
| (c) A.T. Beck | (a) Modelo psicoanalítico |
| (d) R.D. Laing | (c) Modelo cognoscitivo |
| (e) R. Virchow | (b) Modelo conductual |

5.

- | | |
|--|---------------------------|
| (a) Diagnóstico exacto | (d) Modelo social |
| (b) Evalúa reforzadores | (e) Modelo psicoanalítico |
| (c) Evalúa relación pensamiento-efecto-conducta. | (b) Modelo conductual |
| (d) Evalúa adaptación del sujeto a su ambiente | (a) Modelo médico |
| (e) Analiza mecanismos de defensa utilizados ante conflicto inconsciente | (c) Modelo cognoscitivo |

6. Utilizan modelos inadvertidamente.

7. Todas son válidas.

8. (F) Aunque un modelo explique mejor la génesis de una patología no ofrece mejores posibilidades de intervención con el uso de sus técnicas.

9. Muchos modelos de enfermedad.

10. Todas son válidas.

Capítulo 9

1. Pronósticos de enfermedad.

2. Todas son válidas.

3. Todas son válidas.

4. Todas son válidas.

5. Riesgo casual.

6. Diseñar los necesarios programas de intervención.

7. 40,0 %.

8. Las dos primeras son válidas.

9. Las mujeres adultas.

10. Son válidas las dos primeras.

Capítulo 10

1. Una pérdida o anomalía y/o función del tejido cerebral.

2. Todas son ciertas.

3. Todas son válidas.

4. En diferente grado.

5. Deterioro en el control emocional y alteración de la personalidad.
6. 18 años.
7. 6 meses.
8. Cortical no vascular.
9. Intermitente.
10. Son válidas la primera y la segunda.

Capítulo 11

1. Multifactorialidad.
2. 50-69.
3. Retardo mental grave.
4. Todas son válidas.
5. Programa terapéutico integral.
6. Despistaje de estrés en los padres.
7. Tiene una alta estima de su persona es "excepcional".

Capítulo 12

1. Kahlbaum.
2. Anhedonia.
3. Simple.
4. Un curso variable.
5. 40%.
6. Fronto-temporales y ganglios de la base.
7. Lenguaje matemático.
8. Farmacológico, psicosocial y comunitario.
9. Clorpromazina.
10. Medicación de depósito.

Capítulo 13

1. Dos semanas.
2. Todas son válidas.
3. Todas son válidas.
4. Todas son válidas.
5. Apatía.
6. Hipertiroidismo.
7. Todas son ciertas.
8. Son ciertas la segunda y la tercera.
9. Tratamiento combinado, psicoterapéutico y farmacológico.
10. Litio.

Capítulo 14

1. 20%.
2. Todas son ciertas.
3. Pueden presentarse en cualquier trastorno de angustia.
4. Todas son válidas.
5. La habitación y la adicción.
6. Con antecedentes de hipertensión arterial.
7. Tratamiento combinado, farmacológico y terapéutico.
8. Desensibilización sistemática.
9. Pensamiento precategorial.
10. Todas son válidas.

Capítulo 15

1. 2-3%.

2. Adolescencia y juventud temprana.
3. Todas son válidas.
4. Fuga de ideas.
5. Tendencia a la fanfarronería.
6. 100-300 mg.
7. Favorables en algunos casos.
8. Breve.
9. Integración de la primera y la tercera.

Capítulo 16

1. Aún poco clara y es discutida.
2. Antes de las 30 años.
3. Todas son válidas.
4. Más frecuentes en mujeres que en hombres.
5. Antes de los 10 años y después de los 35.
6. Inválidas al paciente.
7. Todas son válidas.
8. Extensa y llena de detalles.
9. La preocupación por un defecto en la apariencia física.
10. Uso de antipsicóticos que suelen dar buenos resultados.

Capítulo 17

1. Todas son válidas.
2. Todas son ciertas.
3. Fuga disociativa.
4. (a) Buen pronóstico (a) Amnesia Disociativa
(b) Regular pronóstico (c) Fuga Disociativa
c) Buen pronóstico (b) Trastorno de Identidad Disociativa

5. Antidepresivos.

Capítulo 18

1. Todas son válidas.
2. E. Kraepelin.
3. Trastorno de identidad sexual.
4. Parafilia.
5. Adenoma prostático.
6. Todas son válidas.
7. Eyaculación precoz.
8. 40%.
9. Todas son válidas.
10. Todas ellas.

Capítulo 19

1. Todas son ciertas.
2. Todas las anteriores son válidas.
3. Tres meses.
4. Seis meses.
5. Delusiones.
6. 6 meses.
7. 44%.
8. Cualquiera de ellas.
9. Reexperiencia de la situación dramática (flashback).
10. Todas son ciertas.

Capítulo 20

1. Todas ellas.
2. Transtornos de la personalidad por dependencia.
3. Trastorno de la personalidad por excitación.
4. Todas las respuestas son válidas.
5. Una arraigada e inflexible desconfianza en los otros.
6. Emotividad excesiva y demanda de atención.
7. El electroshock.
8. Trastorno de la personalidad por dependencia.
9. Todo lo anterior es válido.
10. Electrochoque.

Capítulo 21

1. 18,6%.
2. 5-10%.
3. Alcoholismo intermitente de Marconi.
4. Todas ellas.
5. 15%.
6. Todas ellas.
7. (V) El síntoma inicial suele ser una convulsión generalizada.
(V) La perturbación de la conciencia es esencial.
(F) La mortalidad de los casos tratados sobrepasa el 50%.
(F) No deben utilizarse las benzodiazepinas.
(F) Es típico el flapping (temblor aleteante de las manos).
8. Responder al complejo vitamínico B.
- 9.

- (a) Psicosis de Korsakoff inveterado
- (b) Síndrome de Wernicke
- (c) Síndrome de Marchiafava- Bignami
- (d) Incapacidad de abstenerse amnésico confabulatorio
- (e) Percepción de "voces amenazantes"

- (d) Alcoholismo continuo
- (e) Alucinosis alcohólica
- (b) Poliencefalitis
- (a) Síndrome
- (c) Degeneración del cuerpo caloso

10. Anfetaminas.

Capítulo 22

- 1. Dependencia psicológica.
- 2. Dependencia física.
- 3. Eidetismo.
- 4. Supersensibilidad de la membrana postsináptica.
- 5. 5,6%.
- 6. Niveles elevados de colinoesterasa.
- 7. Hábitos del comportamiento.
- 8. Bromocriptina.
- 9. Incremento de la autoeficacia.
- 10. Todas las anteriores.

Capítulo 23

- 1. 66%.
- 2. 6 de 10.
- 3. 12/14.
- 4. Cardiólogos.
- 5. 50%.
- 6. Poliaquiuria.
- 7. 2-4 mg.
- 8. Todas son válidas.

9. Son válidas las dos primeras.

10. 20%.

Capítulo 24

1. Entre el 30-40%.

2.

(a) Inteligencia sensorio-motriz (b) De 2 a 7 años

(b) Período pre-operatorio (a) De 0-24 meses

(c) Período de las operaciones concretas (d) Adolescencia

(d) Período de las operaciones formales (c) De 7 a 11 años

3.

(a) Emisión involuntaria de orina (d) Síndrome orina hiperquinético

(b) Apetito exagerado (a) Enuresis

(c) Emisión involuntaria de heces (b) Bulimia

(d) Déficit de atención (c) Encopresis

4. Todas ellas.

5. Intensa respuesta emocional.

6. Esquizofrenia infantil.

7. Todas ellas.

8. Una fobia escolar.

9. Todas ellas.

10. La hipnoterapia.

Capítulo 25

1. Todas son válidas.

2. Extremadamente raros.

3. (V) El trastorno obsesivo compulsivo es raro.

(F) Los síntomas obsesivos son raros.

- (F) El trastorno obsesivo-compulsivo no es raro.
- (V) Los síntomas obsesivos son los raros.
- (V) Sesiones orgánicas libera conductas anancásticas.
- 4. Electrochoque.
- 5. Estados orgánicos cerebrales.
- 6. Todas son válidas.
- 7. Pimozide.
- 8. Todas son válidas.
- 9. De alto riesgo.
- 10. Todas son válidas.

Capítulo 26

- 1. Todas son válidas.
- 2. Rehabilitativa.
- 3. Disociación.
- 4. Electrochoque.
- 5. Son válidas las dos primeras.
- 6. Son válidas la segunda y la tercera.
- 7. Fobias.
- 8. Son válidas las dos primeras.
- 9. Electrochoque.
- 10. Barbitúricos.

Capítulo 27

- 1. Todas son válidas.
- 2. De apoyo, reeducativa y reconstructiva.
- 3. Casi inexistente.
- 4. Comentar lo sucedido con otro paciente como muestra de confianza.
- 5. Precisión diagnóstica.

6. Adiestrar la relajación.
7. En todo acto médico asistencial.
8. No hay contraindicaciones.
9. La del soporte social a través de la relación dual.
10. 50%.

Capítulo 28

1. Todas son válidas.
2. Loperamida.
3. Piperidínico.
4. Bloqueo de receptores dopaminérgicos postsinápticos.
5. Hipertensión arterial.
6. (V) Producen el mismo efecto terapéutico a dosis equivalentes.
(V) Son superiores al placebo.
(V) Debe evitarse la polifarmacia .
(F) Deben ser seleccionados de acuerdo a síntomas aislados.
7. Inhibidores específicos de la recaptación de noradrelanina.
8. 60,0%.
9. La sedación.
10. 65-75%.

Capítulo 29

1. La referencia a centros especializados de todos los casos psiquiátricos.
2. Los conflictos son frecuentes.
3. Todas son válidas.
4. Todas son válidas.
5. Embriaguez patológica.
6. Episodio disociativo.

7. Prolapso de válvula mitral.
8. Trastorno ficticio.
9. Proyección.
10. Todas son válidas.

Capítulo 30

1. En todo tipo.
2. La calidad de vida.
3. Ninguno.
4. Comportamiento Tipo A.
5. Depresión mayor.
6. Arrogancia.
7. Mediador neuroquímico común.
8. a, b y c.
9. No usar cinturón de seguridad.
10. Comportamiento maniaco.

Capítulo 31

1.
 - (a) Promoción de la salud (d) Agente de enfermedad
 - (b) Diagnóstico precoz (c) Prevención terciaria
 - (c) Rehabilitación (b) Prevención secundaria
 - (d) Noxa (a) Prevención primaria
2. La utilización de la "tecnología de punta".
3. Elevar el nivel de salud mental de la población.
4. El retardo mental.
5. 160 millones.

Capítulo 32

1. Todas son válidas.
2. Postimpacto.
3. Impacto.
4. Normales en una situación anormal.
5. Asistir a los sobrevivientes a resolver sus problemas económicos.
- 6.
- (V) La unidad de análisis corresponde al individuo y su situación particular.
- (F) La variable edad no interesa.
- (V) Ayudar a las víctimas a que ellas mismas organicen la reconstrucción.
- (V) Los problemas y necesidades de las víctimas cambian a medida que pasan los días.
7. Todas son válidas.
8. Todas son válidas.
9. 70%.
10. Todas son válidas.

Capítulo 33

1. Todas son válidas.
2. Son válidas las dos primeras.
3. Es el "daño".
4. Se considera un medium que convoca a los espíritus.
5. Todas son válidas.
6. Son válidas las dos primeras.
7. Los curanderos.
8. Dirige toda la vida de relación de su paciente.

9.

- (a) Adivinador yoruba (c) Curandero
 - (b) Adivinador Kokomba (a) Integrador cultural
 - (c) Medicine-man (b) Estabilizador social
 - (d) Posesión (d) Dificultades con parientes
10. Debería enseñarse en las Escuelas de Medicina.

Capítulo 34

1. Asesorar.
2. Las perversiones sexuales sin psicosis asociada.
3. Todas son válidas.
4. Todas son válidas.
5. Son válidas las dos primeras.

[◀ Regresar](#)



ANEXO N° 1

CAPÍTULO DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DÉCIMA REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE- 10, 1990)

LISTA DE LAS CATEGORÍAS DE DOS CARACTERES: F0 - F9

F0 TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS, INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS.

F1 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS.

F2 ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS Y TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES.

F3 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS).

F4 TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS.

F5 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS.

F6 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN EL ADULTO.

F7 RETRASO MENTAL.

F8 TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO.

F9 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL DURANTE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

F10 TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS, INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer*.

F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz (tipo 2).

F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío (tipo 1).

* Quinto carácter para especificar la demencia (F00-F03)

F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.

F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.

F01 Demencia vascular*.

F01.0 Demencia vascular de inicio agudo.

F01.1 Demencia vascular multiinfarto (de predominio cortical).

F01.2 Demencia vascular subcortical.

F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical.

F01.8 Otra demencia vascular.

F01.9 Demencia vascular sin especificación.

F02 Demencia en otros trastornos.

F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick.

F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington.

F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson.

F02.4 Demencia en la infección por HIV.

F02.8 Demencia en trastornos clasificados en otro lugar.

F03 Demencia sin especificación.

x0 con predominio de ideas delirantes.

x1 con predominio de alucinaciones.

x2 con predominio de depresión.

x3 mixta.

F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por el alcohol o drogas.

F05 Delirium no inducido por el alcohol o drogas.

F05.0 Delirium no superpuesto a demencia.

F05.1 Delirium superpuesto a demencia.

F05.8 Otro delirium.

F05.9 Delirium sin especificación.

F06 Otro trastorno mental debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F06.0 Alucinosis orgánica.

F06.1 Trastorno catatónico orgánico.

F06 2 Trastorno esquizofreniforme o de ideas delirantes orgánico.

F06.3 Trastorno del humor (afectivos) orgánicos.

F06.30 Trastorno maniaco orgánico.

F06.31 Trastorno bipolar orgánico.

F06 32 Trastorno depresivo orgánico.

F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico.

* Quinto carácter para especificar la demencia (F00-F03)

F06 5 Trastorno disociativo (de conversión) orgánico.

F06.6 Trastorno asténico o de labilidad emocional orgánico.

F06 7 Trastorno cognoscitivo leve.

F06.8 Otro trastorno mental debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F06.9 Trastorno mental debido a enfermedad, lesión o a enfermedad somática sin especificación.

F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad.

F07.1 Síndrome postencefalítico.

F07.2 Síndrome postconmocional (síndrome orgánico post-traumático)

F07.8 Otro trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación

F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación

F1 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS.

F10 Trastornos debidos al consumo de alcohol.

F11 Trastornos debidos al consumo de opioides.

F12 Trastornos debidos al consumo de cannabinoides.

F13 Trastornos debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.

F14 Trastornos debidos al consumo de cocaína.

F15 Trastornos debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).

F16 Trastornos debidos al consumo de alucinógenos.

F17 Trastornos debidos al consumo de tabaco.

F18 Trastornos debidos al consumo de solventes volátiles.

F19 Trastornos debidos al consumo de múltiples drogas u otras sustancias psicotropas.

Cuarto y quinto caracteres para especificar el estado clínico:

F1x.0 Intoxicación aguda.

.00 no complicada.

.01 no traumatismo o lesión corporal.

.02 con otra complicación de índole médica.

.03 con delirium.

.04 con distorsiones de la percepción.

.05 con coma.

.06 con convulsiones.

.07 intoxicación patológica.

F1x.1 Consumo perjudicial.

F1x.2 Síndrome de dependencia.

.20 en la actualidad, en abstinencia.

.21 en la actualidad, en abstinencia pero en media protegido.

.22 en la actualidad en un régimen de mantenimiento o sustitución clínico supervisado.

.23 en la actualidad en abstinencia en tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes.

.24 con consumo actual de la sustancia.

.25 con consumo continuo.

.26 con consume episódico (dipsomanía).

F1x.3 Síndrome de abstinencia.

.30 no complicado.

.31 con convulsiones.

F1 x.4 Síndrome de abstinencia con delirium.

.40 sin convulsiones.

.41 con convulsiones.

F1 x.5 Trastorno psicótico.

.50 esquizofreniforme.

.51 con predominio de ideas delirantes.

.52 con predominio de alucinaciones.

.53 con predominio de síntomas polimorfos.

.54 con predominio de síntomas depresivos.

.55 con predominio de síntomas maniacos.

.56 trastorno psicótico mixto.

F1 x.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.

F1 x.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol o drogas.

.70 con reviviscencias ("flashbacks").

.71 trastorno de la personalidad o del comportamiento.

.72 trastorno afectivo residual.

.73 demencia inducida por alcohol o drogas.

.74 otro deterioro cognoscitivo persistente.

.75 trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o drogas.

F1 x 8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol o drogas.

F1 x.9 Trastornos mental o del comportamiento inducido por alcohol o drogas sin especificación.

F2 ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS Y TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES.

F20 Esquizofrenia.

F20 0 Esquizofrenia paranoide.

F20 1 Esquizofrenia hebefrénica.

F20 2 Esquizofrenia catatónica.

F20 3 Esquizofrenia indiferenciada.

F20 4 Depresión post-esquizofrénica.

F20.5 Esquizofrenia residual.

F20 6 Esquizofrenia simple.

F20 8 otra esquizofrenia.

F20.5 Esquizofrenia sin especificación.

Formas de evolución:

F20.x0 continua.

F20.x1 episódica con defecto progresivo.

F20.x2 episódica con defecto estable.

F20.x3 episódica con remisiones completas

F20.x4 con remisión incompleta.

F20.x5 con remisión completa.

F20.x8 otra forma de evolución.

F20.x9 con período de observación menor de un año.

F21 Trastorno esquizotípico.

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.0 Trastorno de ideas delirantes persistentes.

F22.8 Otro trastorno de ideas delirantes persistentes.

F22:9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios.

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo (sin síntomas de esquizofrenia).

F23.00 no secundario a situación estresante aguda.

F23.01 secundario a situación estresante aguda.

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.

F23.10 no secundario a situación estresante aguda.

F23.11 secundario a situación estresante aguda.

F23.2 Trastorno esquizofreniforme agudo.

F23.20 no secundario a situación estresante aguda.

F23.21 secundario a situación estresante aguda.

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.

F23.20 no secundario a situación estresante aguda.

F23.21 secundario a situación estresante aguda.

F23.8 Otro trastorno psicótico agudo transitorio.

F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.

F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas ("folle a deux").

F25 Trastornos esquizoafectivos.

F25.0 Trastorno esquizoafectivo, tipo maniaco.

F25.1 Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo.

F25.2 Trastorno esquizoafectivo, tipo mixto.

F25.8 Otro Trastorno esquizoafectivo.

F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.

F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.

F29 Psicosis no orgánica sin especificación.

F3 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS).

F30 Episodio maniaco.

F30.0 Hipomanía.

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.

F30.2 Manía con síntomas psicóticos.

F30.20 con síntomas psicóticos congruentes con el estado del ánimo.

F30.21 con síntomas psicóticos no congruentes con el estado del ánimo.

F30.8 Otro episodio maníaco.

F30.9 Episodio maníaco sin especificación.

F31 Trastorno bipolar.

F31.0 Episodio actual hipomaniaco.

F31.1 Episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos.

F31.2 Episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.

F31.20 con síntomas psicóticos congruentes con el estado del ánimo.

F31.21 con síntomas psicóticos no congruentes con el estado del ánimo.

F31.3 Episodio actual depresivo moderado o leve.

F31.30 sin síntomas somáticos.

F31.31 con síntomas somáticos.

F31.4 Episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F31.5 Episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.

F31.50 con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.

F31.51 con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

F31.6 Episodio actual mixto.

F31.7 Trastorno bipolar actualmente en remisión.

F31.8 Otro trastorno bipolar.

F31.7 Trastorno bipolar sin especificación.

F32 Episodio depresivo.

F32.0 Episodio depresivo leve.

F32.00 sin síntomas somáticos.

F32.01 con síntomas somáticos.

F32.1 Episodio depresivo moderado.

F32.00 sin síntomas somáticos.

F32.01 con síntomas somáticos.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

F32.30 con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.

F32.31 con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

F32.8 Otro episodio depresivo.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

F33 Trastorno depresivo recurrente.

F33.0 Episodio actual depresivo leve.

F33.00 sin síntomas somáticos

F33.01 con síntomas somáticos

F33.1 Episodio actual depresivo moderado

F33.10 sin síntomas somáticos.

F33.11 con síntomas somáticos.

F33.2 Episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F33.3 Episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.

F33.30 con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.

F33.31 con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

F32.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.

F32.8 Otro trastorno depresivo recurrente.

F32.9 Episodio depresivo recurrente sin especificación.

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.

F34.0 Ciclotimia.

F34.1 Distimia.

F34.8 Otro trastorno del humor (afectivo) persistente.

F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.

F38 Otros trastornos del humor (afectivos).

F38.0 Episodio afectivo simple.

F38.00 episodio afectivo mixto.

F38.08 otros episodios afectivos simples y específicos.

F38.1 Otro trastorno del humor (afectivo) recurrente.

F38.10 trastorno depresivo recurrente breve.

F38.11 otros trastorno afectivo recurrente específico.

F38.8 Otro.

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación.

F4 TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS.

F40 Trastornos fóbicos.

F40.0 Agorafobia.

F40.00 sin trastorno de pánico.

F40.01 con trastorno de pánico.

F40.1 Fobias sociales.

F40.2 Fobias específicas (aisladas).

F40.8 Otro trastorno fóbico.

F40.9 Trastorno fóbico sin especificación.

F41 Otros trastornos de ansiedad.

F41.0 Trastorno de pánico.

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.

F41.8 Otro trastorno de ansiedad.

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.

F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.

F42.8 Otro trastorno obsesivo-compulsivo.

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

F43 Reacciones a estreses graves y trastorno de adaptación.

F43.0 Reacción a estrés agudo.

F43.1 Trastorno de estrés postraumático.

F43.2 Trastorno de adaptación.

F43.20 Reacción depresiva breve.

F43.21 Reacción depresiva prolongada.

F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión.

F43.23 con predominio de alteraciones de otras emociones.

- F43.24 con predominio de conducta disocial.
- F43.25 con alteración mixta de las emociones y de conducta disocial.
- F43.28 Otro trastorno de adaptación especificado.
- F43.8 Otra reacción a estreses graves u otro trastorno de adaptación.
- F43.9 Reacción a estreses graves o trastorno de adaptación sin especificación.
- F44 Trastornos disociativos (de conversión).
- F44.0 Amnesia disociativa.
- F44.1 Fuga disociativa.
- F44.2 Estupor disociativo.
- F44.3 Trastornos de trance y de posesión.
- F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad.
- F44.5 Convulsiones disociativas.
- F44.6 Anestias y pérdidas sensoriales disociativas.
- F44.7 Trastorno disociativo y de conversión mixto.
- F44.8 Otro trastorno disociativo o de conversión.
 - F44.80 Síndrome de Ganser.
 - F44.81 Trastorno de personalidad múltiple.
 - F44.82 Trastornos disociativos o de conversión transitorios de la infancia o adolescencia.
- F44.88 Otro trastorno disociativo o de conversión específico.

- F44.9 Trastorno disociativo o de conversión sin especificación.
- F45 Trastornos somatomorfos.
- F45.0 Trastorno de somatización.
- F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.
- F45.2 Trastorno hipocondríaco.
- F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa.
 - F45.30 del corazón y sistema cardiovascular.
 - F45.31 del esófago y estómago.
 - F45.32 del tracto gastrointestinal bajo.
 - F45.33 del sistema respiratorio.
 - F45.34 del sistema urogenital.
- F45.38 Otra disfunción vegetativa somatomorfa.

F45.4 Trastorno de dolor somatomorfo persistente.

F45.8 Otro trastorno somatomorfo.

F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación.

F48.0 Neurastenia.

F48.1 Síndrome de despersonalización-desrealización.

F48.8 Otro trastorno neurótico especificado.

F48.9 Trastorno neurótico sin especificación.

F5 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES PSICOLÓGICAS Y A FACTORES FÍSICOS

F50 Trastornos de la conducta alimentaria.

F50.0 Anorexia nerviosa.

F50.1 Anorexia nerviosa atípica.

F50.2 Bulimia nerviosa.

F50.3 Bulimia nerviosa atípica.

F50 4 Ingesta excesiva asociada a otras alteraciones psicológicas.

F50.5 Vómitos asociados a otras alteraciones psicológicas.

F50.8 Otro trastorno de la conducta alimentaria.

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

F51 Trastornos del sueño de origen no orgánico.

F51.0 Insomnio no orgánico.

F51.1 Hipersomnias no orgánicas.

F51.2 Trastorno del ciclo sueño-vigilia no orgánico.

F51.3 Sonambulismo.

F51.4 Terrores nocturnos.

F51.5 Pesadillas.

F51.8 Otro trastorno del sueño de origen no orgánico.

F51.9 Trastorno del sueño de origen no orgánico sin especificación.

F52 Disfunciones sexuales de origen no orgánico.

F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual.

F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.

F52.10 Rechazo sexual.

F52.11 Ausencia de placer sexual.

F52.2 Fracaso de la respuesta genital.

F52.3 Disfunción orgásmica.

F52.4 Eyaculación precoz.

F52.5 Vaginismo no orgánico.

F52.6 Dispareunia no orgánica.

F52.7 Impulso sexual excesivo.

F52.8 Otra disfunción sexual de origen no orgánico.

F52.9 Disfunción sexual de origen no orgánico sin especificación.

F53 Trastornos mentales o del comportamiento asociados al puerperio no clasificables en otro lugar.

F53.0 Trastornos mentales leves asociados al puerperio no clasificables en otro lugar.

F53.1 Trastorno mentales graves asociados al puerperio no clasificables en otro lugar.

F53.8 Otro trastorno mental o del comportamiento asociado al puerperio no clasificable en otro lugar.

F53.9 Trastorno mental o del comportamiento asociado al puerperio no clasificable en otro lugar sin especificación.

F54 Factores psicológicos o del comportamiento asociados a trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.

F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia.

F55.0 Antidepresivos.

F55.1 Laxantes.

F55.2 Analgésicos.

F55.3 Antiácidos.

F55.4 Vitaminas.

F55.5 Hormonas o sustancias esteroides.

F55.6 Hierbas o remedios populares.

F55.8 Otra sustancia.

F55.9 Sustancia sin especificación.

F59 Síndromes comportamentales y trastornos mentales asociados a disfunciones fisiológicas sin especificación.

F6 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DE LA EDAD ADULTA.

F60 Trastornos específicos de la personalidad.

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.

- F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad.
- F60.2 Trastorno disocial de la personalidad.
- F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.
- F60.30 Tipo impulsivo.
- F60.31 Tipo limítrofe ("borderline").
- F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad.
- F60.5 Trastorno anancástico (obsesivo-compulsivo) de la personalidad.
- F60.6 Trastorno ansioso (con conductas de evitación) de la personalidad.
- F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.
- F60.8 Otro trastorno específico de la personalidad.
- F50.9 Trastorno específico de la personalidad sin especificación.
- F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.
- F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral importantes.
- F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras una experiencia catastrófica.
- F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras una enfermedad psiquiátrica.
- F62.8 Otra transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral importantes.
- F62.9 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral importantes sin especificación.
- F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.
- F63.0 Ludomanía ("juego patológico").
- F63.1 Piromanía.
- F63.2 Cleptomanía.
- F63.3 Tricotilomantía
- F63.8 Otro Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos.
- F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación.
- F64 Trastornos de la identidad sexual .
- F64.0 Transexualismo.
- F64.1 Transvetismo (no fetichista).
- F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia.
- F64.8 Otro trastorno de la identidad sexual.
- F64.9 Trastorno de la identidad sexual sin especificación.

F65 Trastornos de las inclinaciones sexuales.

F65.0 Fetichismo.

F65.1 Transvetismo fetichista.

F65.2 Exhibicionismo.

F65.3 Escoptofilia (voyeurismo).

F65.4 Paidofilia.

F65.5 Sadomasoquismo.

F65.6 Trastornos múltiples de las inclinaciones sexuales.

F65.8 Otro trastorno de las inclinaciones sexuales.

F65.9 Trastorno de las inclinaciones sexuales sin especificación.

F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados al desarrollo y orientación sexuales .

F66.0 Trastorno de la maduración sexual.

F66.1 Orientación sexual egodistónica.

F66.2 Trastorno de la relación sexual.

F66.8 Otro trastorno del desarrollo psicosexual.

F66.9 Trastorno psicológico y del comportamiento asociado al desarrollo y orientación sexuales sin especificación.

* Quinto carácter para indicar la asociación con:

. x0 Heterosexualidad.

. x1 Homosexualidad.

. x2 Bisexualidad.

. x8 Otra variación.

F68 Otro trastorno de la personalidad y del comportamiento de la edad adulta.

F68.0 Elaboración de síntomas físicos de origen psicológico.

F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio).

F68.8 Otro trastorno de la personalidad y del comportamiento de la edad adulta especificado.

F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento de la edad adulta sin especificación.

F7 RETRASO MENTAL.

F70 Retraso mental leve.

F71 Retraso mental moderado.

F72 Retraso mental grave.

F73 Retraso mental profundo.

F78 Otro retraso mental.

F79 Retraso mental sin especificación.

* Cuarto carácter para especificar la extensión del deterioro del comportamiento asociado:

F7x 0 deterioro del comportamiento mínimo o ausente.

F7x. 1 deterioro del comportamiento importante que requiere atención o tratamiento.

F7x.8 otro deterioro del comportamiento.

F7x 9 deterioro del comportamiento sin especificación.

F8 TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.

F80.0 Trastorno específico de la pronunciación.

F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje.

F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje.

F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner).

F80.8 Otro trastorno específico del desarrollo del habla y del lenguaje.

F80.9 Trastorno específico del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.

F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.0 Trastorno específico de la lectura.

F81.1 Trastorno específica de la ortografía.

F81.2 Trastorno específico del cálculo.

F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.8 Otro trastorno específico del desarrollo del aprendizaje escolar.

F81.9 Trastorno específico del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.

F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor.

F83 Trastorno específico del desarrollo mixto.

F84 Trastornos generalizados del desarrollo.

F84.0 Autismo infantil.

F84.1 Autismo atípico.

F84.2 Síndrome de Rett.

F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia.

F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.

F84.5 Síndrome de Asperger.

F84.8 Otro trastorno generalizado del desarrollo.

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.

F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico.

F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.

F9 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA (Y TRASTORNO MENTAL SIN ESPECIFICACIÓN)

F90 Trastornos hiperkinéticos.

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.

F90.1 Trastorno hiperkinético y de comportamiento disocial.

F90.8 Otro trastorno hiperkinético.

F90.9 Trastorno hiperkinético sin especificación.

F91 Trastornos de comportamiento disociales.

F91.0 Trastorno de comportamiento disocial limitado al contexto familiar.

F91.1 Trastorno de comportamiento disocial en niños no socializados.

F91.2 Trastorno de comportamiento disocial en niños socializados.

F91.3 Trastorno de comportamiento disocial desafiante y opositor.

F91.8 Otro trastorno de comportamiento disocial.

F91.9. Trastorno de comportamiento sin especificación.

F92 Trastornos de comportamiento disociales y de las emociones mixtos.

F92.0 Trastorno de comportamiento disocial depresivo.

F92.8 Otro trastorno de comportamiento disocial y de las emociones mixtas.

F92.9 Trastorno del comportamiento disocial y de las emociones sin especificación.

F93 Trastornos de las emociones de comienzo específico en la infancia.

F93.0 Trastorno de ansiedad de separación.

F93.1 Trastorno fóbico de la infancia.

F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social.

F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos.

F93.8 Otro trastorno de las emociones de comienzo específico en la infancia.

F93.9 Trastorno de las emociones de comienzo específico en la infancia sin especificación.

F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la infancia y adolescencia.

F94.0 Mutismo selectivo.

F94.1 Trastorno de vinculación en la infancia reactivo.

F94.2 Trastorno de vinculación en la infancia desinhibido.

F94.8 Otro trastorno del comportamiento social de comienzo específico en la infancia y adolescencia.

F94.9 Otro trastorno del comportamiento social de comienzo específico en la infancia y adolescencia sin especificación.

F95 Trastornos de tics.

F95.0 Trastorno de tics transitorios.

F95.1 Trastorno de tics motores o fonatorios.

F95.2 Trastorno de tics múltiples, motores y fonatorios combinados (síndrome de Tourette).

F95.8 Otro trastorno de tics.

F95.9 Trastorno de tic sin especificación.

F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia.

F98.0 Enuresis no orgánica.

F98.1 Encopresis no orgánica.

F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia y adolescencia.

F98.3 Pica.

F98.4 Trastorno de estereotipias matrices.

F98.5 Tartamudeo (espasmofemia).

F98.6 Farfalleo.

F98.8 Otro trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia.

F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia sin especificación.

F99 Trastornos mentales sin especificar.



ANEXO Nº 2**CLASIFICACIÓN DSM-IV CON LOS CÓDIGOS CIE-10**

Cuando aparece una x en un código diagnóstico significa que se requiere un número específico de código.

En los nombres de algunos trastornos se añaden paréntesis (...) para indicar que hay que incluir el nombre del trastorno mental específico o de la enfermedad médica (p. ej., F05.0 Delirium debido a hipotiroidismo).

Los números entre paréntesis indican el número de página.

Si se cumplen todos los criterios, se puede anotar uno de los siguientes especificadores de gravedad a continuación del diagnóstico.

Leve

Moderado

Grave

Si no se cumplen todos los criterios, se puede anotar uno de los siguientes especificadores:

En remisión parcial

En remisión total

Historia anterior

F71.9 Retraso mental moderado.

F72.9 Retraso mental grave.

F73.9 Retraso mental profundo.

F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada.

TRASTORNOS DE APRENDIZAJE

F81.0 Trastorno de la lectura.

F81.2 Trastorno del cálculo.

F81.8 Trastorno de la expresión escrita.

F81.9 Trastorno del aprendizaje no especificado.

TRASTORNO DE LAS HABILIDADES MOTORAS

F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación.

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo.

F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo.

F80.0 Trastorno fonológico.

F98.5 Tartamudeo.

F80.9 Trastorno de la comunicación no especificado.

TRASTORNOS GENERALIZADOS

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

RETRASO MENTAL

Nota: Se codifican en el Eje II.

F70.9 Retraso mental leve.

DEL DESARROLLO

F84.0 Trastorno autista.

F84.2 Trastorno de Rett.

F84.3 Trastorno desintegrativo infantil.

F84.5 Trastorno de Asperger.

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO

PERTURBADOR

_____ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad .

F90.0 Tipo Combinado.

F98.8 Tipo con predominio del déficit de atención.

F90.0 Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.

F90.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

F91.8 Trastorno disocial.

Especificar tipo: De inicio adolescente.

F91.3 Trastorno negativista desafiante.

F91.9 Trastorno de comportamiento perturbador no especificado .

TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LA INFANCIA O DE LA NIÑEZ.

F98.3 Pica.

F98.2 Trastorno de ruminación.

F98.2 Trastorno de ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.

TRASTORNOS DE TICS

F95.2 Trastorno de la Tourette.

R15 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento.

(codificar también K59.0 Estreñimiento en el Eje III).

F98.1 Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento.

F98.0 Enuresis (no debida a una enfermedad médica).

Especificar tipo: Sólo nocturna / sólo diurna / nocturna y diurna.

OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA

F93.0 Trastorno de ansiedad por separación.

Especificar si: De inicio temprano.

F94.0 Mutismo selectivo.

F94.x Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez.

.1 Tipo inhibido.

.2 Tipo desinhibido.

F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados.

Especificar si: Con comportamientos autolesivos.

F98.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado.

.

Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognositivos

DELIRIUM

F05.0 Delirium debido a ... (Indicar enfermedad médica)

F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos.

F95.0 Trastorno de tics transitorios.

Especificar si: Episodio único/recidivante.

F95.9 Trastorno de tics no especificado.

TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN

----- Encopresis.

(en vez de código F05.1 si hay demencia superpuesta)

_____ Delirium inducido por sustancias (consultar trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas)

_____ Delirium por abstinencia de sustancias.

(consultar trastornos relacionados con sustancias para los có

digos específicos de cada una de ellas).

_____ Delirium debido a múltiples etiologías.

(codificar cada etiología específica).

F05.9 Delirium no especificado.

DEMENCIA

F00.xx Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano.

(codificar también G30.0 Enfermedad de Alzheimer, de inicio temprano, en el eje III).

.00 No complicada

.01 Con ideas delirantes

.13 Con estado de ánimo deprimido

Especificar: Con trastorno de comportamiento.

F00.xx Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío.

(codificar también G30.1 Enfermedad de Alzheimer, de inicio tardío en el Eje.

.10 No complicada

.11 Con ideas delirantes

.13 Con estado de ánimo deprimido

Especificar si: Con trastorno de comportamiento.

F01.xx Demencia vascular

F.80 No complicada

F.81 Con ideas delirantes

F.83 Con estado de ánimo deprimido

Especificar si: Con trastorno de comportamiento.

F02.4 Demencia debida a enfermedad por VIH.

(codificar también B22.0 Encefalopatía por VIH en

(codificar también G31.0 Enfermedad de Pick en el eje III).

F02.1 Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt -Jakob.

(codificar también A81.0 Enfermedad de Creutzfeldt en el Eje III).

F02.8 Demencia debida a...

(indicar enfermedad médica no enumerada antes).

(codificar también la enfermedad médica en el Eje III).

Demencia persistente inducida por sustancias.

(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de una de ellas).

F02.8 Demencia debida a múltiples etiologías (en lugar de código F00.2 Demencia mixta tipo Alzheimer y vascular).

F03 Demencia no especificada.

TRASTORNOS AMNÉSICOS

F04 Trastorno amnésico debido a...

(indicar enfermedad médica).

Especificar si: transitorio/crónico

_____ Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias

(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas)

R41.3 Trastorno amnésico no especificado

OTROS TRASTORNOS

el Eje III).

F02.8 Demencia debida a traumatismo craneal.

(codificar también 506.9 Lesión cerebral en el Eje III).

F02.3 Demencia debida a enfermedad de Parkinson.

(codificar también G20 Enfermedad de Parkinson en el 111).

F02.2 Demencia debido a enfermedad de Huntington en el Eje III).

F02.0 Demencia debida a enfermedad de Pick.

COGNOSITIVOS

F06.9 Trastorno cognositivo no especificado

Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados

F06.1 Trastorno catatónico debido a...

F07.0 Cambio de personalidad debido a...

(indicar enfermedad médica)

Especificar tipo:

Lábil/desinhibido/agresivo/apático/paranoide/otros tipos/combinado/inespecifico

F09 Trastorno mental no especificado debido a...

(indicar enfermedad médica)

Trastornos relacionados con sustancias

Se pueden aplicar las siguientes especificaciones a la dependencia de sustancias.

Especificar si: con dependencia fisiológica/sin dependencia fisiológica.

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

0 = Remisión total temprana/remisión parcial temprana

0 = Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida

1 = En entorno controlado

2 = En terapéutica con agonistas

4 = Leve/moderado/grave

F10.73 Demencia persistente inducida por alcohol.

F10.6 Trastorno amnésico persistente inducida por alcohol.

F10.xx Trastorno psicótico inducido por alcohol.

.51 Con ideas delirantes.

.52 Con alucinaciones.

F10.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol.

F10.8 Trastorno de ansiedad inducido por alcohol.

F10.8 Trastorno sexual inducido por alcohol.

F10.8 Trastorno del sueño inducido por alcohol.

F10.9 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALUCINÓGENOS

Trastornos por consumo de alucinógenos.

F16.2x Dependencia de alucinógenos

F16.1 Abuso de alucinógenos

Trastornos inducidos por alucinógenos

F16.00 Intoxicación por alucinógenos.

Se aplican las siguientes especificaciones a los trastornos inducidos por sustancias

De inicio durante la intoxicación de inicio durante la abstinencia.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

Trastornos por consumo de alcohol

F10.2x Dependencia del alcohol.

F10.1 Abuso de alcohol.

Trastornos inducidos por alcohol.

F10.00 Intoxicación por alcohol.

F10.3 Abstinencia de alcohol.

F10.03 Delirium por intoxicación por alcohol.

F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol.

F16.70 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flash-backs).

F16.03 Delirium por intoxicación por alucinógenos.

F16.xx Trastorno psicótico inducido por alucinógenos.

.51 Con ideas delirantes.

.52 Con alucinaciones.

F16.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos.

F16.8 Trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos.

F16.9 Trastorno relacionado con alucinógenos no especificado.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON ANFETAMINAS (O SUSTANCIAS DE ACCION SIMILAR)

Trastornos por consumo de anfetamina.

F15.2x Dependencia de anfetamina.

F15.1 Abuso de anfetamina.

Trastornos inducidos por anfetamina.

F15.00 Intoxicación por anfetamina.

F15.04 Intoxicación por anfetamina, con alteraciones perceptivas.

F15.3 Abstinencia de anfetamina .

F15.03 Delirium por intoxicación por anfetamina.

F15.xx Trastorno psicótico inducido por anfetamina.

.51 Con ideas delirantes.

.52 Con alucinaciones.

F15.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON CANNABIS

Trastornos por consumo de Cannabis

F12.2x Dependencia de Cannabis.

F12.1 Abuso de Cannabis.

Trastornos inducidos por Cannabis.

F12.00 Intoxicación por Cannabis .

F12.04 Intoxicación de Cannabis, con alteraciones perceptivas.

F12.03 Delirium por intoxicación por Cannabis.

F12.xx Trastorno psicótico inducido por Cannabis.

51 Con ideas delirantes.

52 Con alucinaciones.

F12.8 Trastorno de ansiedad inducido por Cannabis no especificado.

F12.9 Trastorno relacionado con Cannabis no especificado.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON COCAÍNA

Trastornos por consumo de cocaína

F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina.

F15.8 Trastorno sexual inducido por anfetamina.

F15.9 Trastorno relacionado con anfetamina no especificado.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON
CAFEÍNA

Trastornos inducidos por cafeína

F15.00 Intoxicación por cafeína.

F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por cafeína.

F15.8 Trastorno del sueño inducido por cafeína.

F15.9 Trastorno relacionado con cafeína no especificado.

F14.2x Dependencia de cocaína

F14.1 Abuso de cocaína

Trastornos inducidos por cocaína

F14.00 Intoxicación por cocaína.

F14.04 Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas.

F14.3 Abstinencia de cocaína.

F14.03 Delirium por intoxicación por cocaína.

F14.xx Trastorno psicótico inducido por cocaína.

.51 Con ideas delirantes.

.52 Con alucinaciones.

F14.8 Trastorno de estado de ánimo inducido por cocaína.

F14.8 Trastorno sexual inducido por cocaína.

F14.8 Trastorno del sueño inducido por cocaína.

F14.9 Trastorno relacionado con cocaína no especificado.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON
FENCICLIDINA (O SUSTANCIAS DE ACCION
SIMILAR)

Trastornos de consumo de fenciclidina.

F19.2x Dependencia de fenciclidina.

F19.1 Abuso de fenciclidina.

Trastornos inducidos por fenciclidina.

F19.00 Intoxicación por fenciclidina.

F19.04 Intoxicación por fenciclidina, con alteraciones perceptivas.

F19.03 Delirium por intoxicación por fenciclidina.

F19.xx Trastorno psicótico inducido por fenciclidina.

.51 Con ideas delirantes.

.52 Con alucinaciones.

F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina.

.51 Con ideas delirantes.

.52 Con alucinaciones.

F18.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes.

F18.8 Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes.

F18.9 Trastorno relacionado con inhalantes no especificado.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON
NICOTINA

Trastorno por consumo de nicotina.

F17.2x Dependencia de nicotina.

Trastornos inducidos por nicotina

F17.3 Abstinencia de Nicotina

F17.9 Trastorno relacionado con nicotina no especificado

TRASTORNOS RELACIONADOS CON
OPIÁCEOS

Trastornos por consumo de opiáceos.

F11.2x Dependencia de opiáceos

F11.1 Abuso de opiáceos

Trastornos inducidos por opiáceos.

F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina.

F19.9 Trastorno relacionado con fenci-clidina no especificado.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON INHALANTES

Trastornos por consumo de inhalantes.

F18.2x Dependencia de inhalantes.

F18.1 Abuso de inhalantes.

Trastornos inducidos por inhalantes.

F18.00 Intoxicación por inhalantes.

F18.03 Delirium por intoxicación de inhalantes.

F18.73 Demencia persistente inducida por inhalantes.

F11.00 Intoxicación por opiáceos.

F11.04 Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas.

F11.3 Abstinencia de opiáceos.

F11.03 Delirium por intoxicación por opiáceos.

F11.xx Trastorno psicótico inducido por opiáceos.

.51 Con ideas delirantes

.52 Con alucinaciones

F11.8 Trastorno del estado ánimo inducido por opiáceos.

F11.8 Trastorno sexual inducido por opiáceos.

F11.8 Trastorno del sueño inducido por opiáceos.

F11.9 Trastorno relacionado con opiáceos no especificado.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS

Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

F13.2x Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.1 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos, ansiolíticos.

F13.00 Intoxicación por sedantes, hipnóticos ó ansiolíticos.

F13.3 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos .

Especificar si: alteraciones perceptivas.

F13.03 Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos, ansiolíticos.

TRASTORNO RELACIONADO CON VARIAS SUSTANCIAS (O) DESCONOCIDAS

Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas).

F.19.2x Dependencia de otras sustancias (o desconocidas).

F19.1 Abuso de otras sustancias (o desconocidas).

Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas).

F19.00 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas).

F19.04 intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), con alteraciones perceptivas.

F19.3 Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas).

F19.03 Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas).

F13.4 Delirium por abstinencia de sedantes hipnóticos o ansiolíticos.

F13.73 Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

F13.6 Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

F13.xx Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

.51 Con ideas delirantes.

.52 Con alucinaciones.

F13.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

F13.8 Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

F13.8 Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

F13.8 Trastorno relacionado con sedantes hipnóticos o ansiolíticos no especificado.

(codificar F19.4 si comienza durante la abstinencia).

F19.73 Demencia persistente inducida por otras sustancias (o desconocidas).

F19.6 Trastorno amnésico persistente inducido por otras sustancias (o desconocidas).

F19.xx Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas).

.51 Con ideas delirantes.

.52 Con alucinaciones.

F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas).

F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas).

F19.8 Trastorno sexual inducido por otras sustancias (o desconocidas).

F19.9 Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas).

F19.9 Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas).

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

F20.xx Esquizofrenia.

0.x Tipo paranoide.

1.x Tipo desorganizado.

2.x Tipo catatónico.

3.x Tipo indiferenciado.

5.x Tipo residual.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

2 = Episódico con síntomas residuales interepsódicos (especificar si: Con síntomas negativos acusados).

3 = Episódico sin síntomas residuales interepsódicos.

0 = Continuo (especificar si: con síntomas

.2 Con ideas delirantes

.0 Con alucinaciones

_____ Trastorno psicótico inducido por sustancias

(consultar los trastornos relacionados con sustancias para

los códigos específicos de cada una de ellas)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio

durante la abstinencia

F29 Trastorno psicótico no especificado

Trastornos del estado de ánimo

Se aplicarán (para los episodios actuales o más recientes a los trastornos del estado de ánimo las siguientes especificaciones:

negativos acusados).

5 = Episodio único en remisión total.

8 = Otro patrón o no especificado.

9 = Menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de la .

fase activa inicial.

F20.8 Trastorno esquizofrénico

Especificar si: Sin síntomas de buen pronóstico/con.

síntomas de buen pronóstico.

F25.x Trastorno esquizoafectivo.

.0 Tipo bipolar.

.1 Tipo depresivo.

F22.00 Trastorno delirante.

Especificar tipo: Erotomaniaco/de grandiosidad/celotípico/

persecutorio/somático/no especificado.

F23.xx Trastorno psicótico breve

.81 con desencadenante (s) grave (s)

.80 Sin desencadenante(s) grave (s).

Especificar si: De inicio en el posparto

F24 Trastorno psicótico compartido (folie d deux)

F06.x Trastorno psicótico debido a...

(indicar enfermedad médica)

Gravedad/psicótico/especificadores en remisión/crónico/con síntomas catatónicos/ con síntomas melancólicos/ con síntomas atípicos/de inicio en el posparto

Se aplicarán a los trastornos del estado de ánimo las siguientes especificaciones:

Con o sin recuperación interepisódica total/con patrón estacional/con ciclos rápidos.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único.

F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante.

Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor en el cuarto dígito:

0 = Leve

1 = Moderado

2 = Grave sin síntomas psicóticos

3 = Grave con síntomas psicóticos

Especificar: Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo, síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo

4 = En remisión parcial

2 = En remisión total

3 = No especificado

F34.1 Trastorno distímico.

Especificar si: De inicio temprano/de inicio tardío

Especificar si: Con síntomas atípicos

F32.9 Trastorno depresivo no especificado.

TRASTORNOS BIPOLARES

5 = Grave con síntomas psicóticos

7 = En remisión parcial o total

F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado.

F31.8 Trastorno bipolar.

Especificar (episodio actual o más reciente).

Hipomaniaco/depresivo.

F34.0 Trastorno ciclotímico.

F30.x Trastorno bipolar, el episodio maniaco único.

Especificar si: Mixta

Codificar el estado de actual del episodio maniaco en el cuarto dígito:

1 = Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos

2 = Grave con síntomas psicóticos

8 = En remisión parcial o total

F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco .

F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente maniaco (358).

Codificar el estado actual del episodio maniaco en el cuarto dígito:

1 = Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos

2 = Grave con síntomas psicóticos

7 = En remisión parcial o total

F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto.

F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo.

Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor en el cuarto dígito:

3 = Leve o moderado

4 = Grave sin síntomas psicóticos

F31.9 Trastorno bipolar no especificado.

F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a...

(indicar enfermedad médica)

.32 Con síntomas depresivos.

.32 Con síntomas de depresión mayor.

.30 Con síntomas maníacos.

.33 Con síntomas mixtos.

_____ Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas.

Especificar tipo: Con síntomas depresivos/con síntomas maníacos/con síntomas mixtos

Especificar si: De inicio durante la abstinencia.

F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado.

Trastornos de ansiedad

F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia.

F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia.

F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

F40.2 Fobia específica.

Especificar tipo: Animal/ambiental/sangre-inyecciones-daño/situacional/otro tipo.

F40.1 Fobia Social.

Especificar si: Generalizada

F42.8 Trastorno obsesivo - compulsivo

Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad

F43.1 Trastorno por estrés postraumático

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a...

(indicar enfermedad médica)

Especificar si: Con ansiedad generalizada/con crisis de

angustiados/con síntomas obsesivo-compulsivos.

_____ Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada de ellas)

Especificar si: Con ansiedad generalizada/con crisis de angustia/con síntomas obsesivo-compulsivos/con síntomas fóbicos.

Especificar si: De inicio durante la abstinencia.

F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado.

Trastornos somatomorfos.

F45.0 Trastorno de somatización.

Trastorno somatomorfo indiferenciado.

F44.x Trastorno de conversión.

.4 Con síntomas o déficit motores.

.5 Con crisis o convulsiones.

.6 Con síntomas o déficit sensoriales.

.7 Con presentación mixta.

F45.4 Trastorno por dolor .

Especificar tipo: Asociado a factores psicológicos

Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad.

F45.2 Trastorno dismórfico corporal

F45.9 Trastorno somatomorfo no especificado

Trastornos facticios

F68. Trastorno facticio

Especificar tipo: Con predominio de signos y síntomas y síntomas somáticos/con combinación de signos y síntomas psicológicos y somáticos.

F68.1 Trastorno facticio no especificado.

Trastornos facticios.

F44.0 Amnesia disociativa.

F44.1 Fuga disociativa.

F44.81 Trastorno de identidad disociativo.

F48.1 Trastorno disociativo no especificado.

Trastornos sexuales,

y de la identidad sexual

Se aplicarán los siguientes especificadores a todos los trastornos sexuales primarios:

Especificar tipo: de toda la vida/adquiridos/general/situacional/debido a factores psicológicos/debido a factores combinados.

Trastornos del deseo sexual.

y a enfermedad médica.

Especificar si: Agudo/crónico

F45.2 Hipocondría

F52.0 Deseo sexual hipoactivo.

F52.10 Trastorno por aversión al sexo.

Trastorno de la excitación sexual.

F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer.

F52.2 Trastorno de la erección en el varón.

Trastornos orgásmicos.

F52.3 Trastorno orgásmico femenino

F52.3 Trastorno orgásmico masculino

F52.4 Eyaculación precoz.

Trastornos sexuales por dolor.

F52.6 Dispareunia (no debida a una enfermedad médica).

F52.5 Vaginismo (no debido a una enfermedad médica).

Trastorno sexual debido a una enfermedad médica.

N94.8 Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a... (indicar enfermedad médica).

N50.8 Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a... (indicar enfermedad médica).

N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a... (indicar enfermedad médica).

N94.1 Dispareunia femenina debido a... (indicar enfermedad médica).

N50.8 Dispareunia masculina debida a... (indicar enfermedad médica).

N94.8 Otros trastornos sexuales masculinos debido a... (indicar enfermedad médica).

_____ Trastorno sexual inducido por sustancias (consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas).

Especificar si: Con alteración del deseo/con alteración de la excitación/con alteración del

F65.4 Pedofilia

Especificar si: Con atracción sexual por los varones/con

atracción sexual por las mujeres/con atracción sexual por

ambos sexos.

Especificar si: Limitada al incesto.

Especificar tipo: exclusiva / no exclusiva.

F65.5 Masoquismo sexual.

F65.5 Sadismo sexual.

F65.1 Fetichismo transvestista.

Especificar si: Con disforia sexual.

F65.3 Voyeurismo.

F65.9 Parafilia no especificada.

TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL.

F64.x Trastorno de la identidad sexual.

.2 En la niñez.

.0 En la adolescencia o en la vida adulta.

Especificar si: Con atracción sexual por los varones/con atracción sexual por las mujeres/con atracción sexual por ambos /sin atracción sexual por ninguno.

F64.9 Trastorno de la identidad sexual no especificado.

F52.9 Trastorno sexual no especificado.

F52.9 Trastorno sexual no especificado.

Trastornos de la conducta alimentaria

orgasmo/con dolor sexual

Especificar si: de inicio la intoxicación.

F52.9 Trastorno sexual no especificado.

PARAFILIAS

F65.2 Exhibicionismo

F65.0 Fetichismo

F65.8 Frotteurismo

F50.0 Anorexia nerviosa.

Especificar tipo: Restrictivo/compulsivo/purgativo.

F50.2 Bulimia nerviosa.

Especificar tipo: Purgativo / no purgativo.

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Trastornos del sueño

TRASTORNOS PRIMARIOS DEL
SUEÑO

Disomnias.

F51.0 Insomnio primario.

F51.1 Hipersomnias primarias.

Especificar si: Recidivante

G47.4 Narcolepsia

G47.3 Trastorno del ritmo circadiano

Especificar tipo: Sueño retrasado/jet lag/cambios de turno de trabajo/no especificado

F51.9 Disomnias no especificadas

Parasomnias

F51.9 Pesadillas

F51.4 Terrores nocturnos

F51.3 Sonambulismo

F51.8 Parasomnia no especifica

TRASTORNOS DEL SUEÑO RELACIONADOS
CON OTRO TRASTORNO MENTAL

F51.0 Insomnio relacionado con...

(indicar trastorno del Eje I o del Eje II).

Trastornos del control

de los impulsos no clasificados en otros apartados

F63.8 Trastorno explosivo intermitente.

F63.2 Cleptomanía.

F63.1 Piromanía.

F63.0 Juego Patológico.

F63.3 Tricotilomanía.

F63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado.

Trastornos de adaptación

F43.xx Trastorno de adaptación

.20 Con estado de ánimo depresivo

.28 Con ansiedad

.22 Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo

.24 Con trastorno de comportamiento

.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento

.9 No especificado

Especificar si: Agudo/crónico

F51.1 Hipersomnias relacionadas con...

(indicar trastorno del Eje I o del II).

OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO

G47.x Trastorno del sueño debido a (indicar enfermedad médica)

.0 Tipo insomnio

.1 Tipo hipersomnias

.8 Tipo parasomnias

.8 Tipo mixto

_____ Trastorno del sueño inducido por sustancias (consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos

específicos de cada una de ellas)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia.

Trastornos de la personalidad

Nota: Se codifican en el Eje II.

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad.

F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad.

F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad.

F60.31 Trastorno límite de la personalidad.

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad.

F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad.

F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación.

F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia.

F60.5 Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.

F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado.

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN AL ESTADO FÍSICO

F54 ... (Especificar el factor psicológico) que afecta a...

(Indicar enfermedad médica).

Elegir según la naturaleza de los factores:

Trastornos mental que afecta a una enfermedad

TRASTORNOS INDUCIDOS POR OTROS MEDICAMENTOS.

T88.7 Efectos adversos de los medicamentos no especificados.

PROBLEMAS DE RELACIÓN.

Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica.

Z63.8 Problemas paterno-filiales (código Z63.1 si el objeto de atención es el niño).

Z63.0 Problemas conyugales.

F93.3 Problema de relación entre hermanos.

Z63.9 Problema de relación no especificado.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABUSO O LA NEGLIGENCIA.

T74.1 Abuso físico del niño

T74.2 Abuso sexual del niño

T74.0 Negligencia de la infancia

médica.

Síntomas psicológicos que afectan a una enfermedad médica.

Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a una enfermedad médica.

Comportamientos desadaptivos que afectan a una enfermedad médica.

Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a una enfermedad médica.

Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a una enfermedad médica.

TRASTORNOS MOTORES INDUCIDOS

POR MEDICAMENTOS

621. 0 Parkinsonismo inducido por neurolépticos.

G21.0 Síndrome neuroléptico maligno.

G24.0 Disonía aguda inducida por neurolépticos.

G21.1 Acatisia aguda inducida por neurolépticos.

G24.0 Discinesia tardía inducida por neurolépticos.

G25.1 Temblor postural inducido por medicamentos.

G25.9 Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado.

T74.1 Abuso físico del adulto

T74.2 Abuso sexual del adulto

PROBLEMAS ADICIONALES

QUE PUEDEN SER OBJETO

DE ATENCIÓN CLÍNICA

Z91.1 Incumplimiento terapéutico.

Z76.5 Simulación.

Z72.8 Comportamiento antisocial del adulto.

Z72.8 Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia.

R41.8 Capacidad intelectual límite.

R41.8 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad.

Z63.4 Duelo.

Z55.8 Problema académico.

Z56.7 Problema laboral.

F93.8 Problema de identidad.

Z71.8 Problema religioso o espiritual.

Z60.3 Problema de aculturación.

Z60.0 Problema biográfico.

Códigos adicionales.

F99 Trastorno mental no especificado (no psicótico).

Z03.2 Sin diagnóstico o estado en el Eje I.

R69 Diagnóstico o estado aplazado en el Eje I.

Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II.

R46.8 Diagnóstico aplazado en el Eje II.





Copyright 1998
Fondo Editorial
de la UNMSM

Editor General
Dr. Oswaldo
Salaverry García
**Cuidado de la
Edición**
Odín Del Pozo
Omiste
**Diagramación
Interiores**
Jenny Aburto
Pitot
**Diagramación
Carátula**
Dr. José L. Ning
Impresión
Centro de
Producción
Editorial de la
UNMSM

Quedan hechos
los depósitos de
ley. Todos los
derechos
reservados.

MANUAL DE PSIQUIATRÍA "HUMBERTO ROTONDO"



editores
A. PERALES
A. MENDOZA
G. VÁSQUEZ - CAICEDO
M. ZAMBRANO



Regresar

Comentarios y/o sugerencias: sisbiblio@unmsm.edu.pe
© 2000 **SbWeb** Sistema de Bibliotecas UNMSM . Todos los Derechos Reservados