

Urgencias en psiquiatría

Trastornos de ansiedad



Director Alberto Monchablon Espinoza / Coordinadora María Norma Claudia Derito

Alberto Monchablon Espinoza

Director

María Norma Claudia Derito

Coordinadora

Urgencias en psiquiatría

Trastornos de ansiedad



Editorial Sciens
BUENOS AIRES

Urgencias en psiquiatría: trastornos de ansiedad / Alberto Monchablon Espinoza ... [et.al.]; dirigido por Alberto Monchablon Espinoza. - 1a ed. coordinado por María Norma Claudia Derito - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Sciens, 2014.

160 p.; 24x17 cm.

ISBN 978-987-27370-6-1

1. Psicofarmacología. 2. Psiquiatría. 3. Neurología. I. Monchablon Espinoza, Alberto II. Monchablon Espinoza, Alberto, dir. III. Derito, María Norma Claudia, coord.

CDD 615.1

PRIMERA EDICIÓN
MARZO DE 2014

IMPRESO EN ARGENTINA

Queda hecho el depósito
que establece la Ley 11.723

ISBN 978-987-27370-6-1

© 2014, Editorial Sciens S.R.L. ®
Franklin Roosevelt 4957, 12° "A", CABA
Tel/Fax: (5411) 4524-9129
www.sciens.com.ar
info@sciens.com.ar

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Índice

Autores	11
Prólogo - Alberto Monchablon Espinoza	12
Descripción de la obra	12
Capítulo 1 - Carlos Aranovich	
Introducción	17
Concepto de emergencia	17
La emergencia psiquiátrica como disciplina crítica	17
Riesgo de sufrir agresión física	17
Probable oposición del paciente a ser asistido	18
Posibilidad de ejercer en sitios no convencionales	18
Exposición a presiones familiares, sociales, profesionales, etc.	18
Tiempo acotado para evaluación y resolución	19
Concepto de riesgo en psiquiatría	19
Objetivo en la psiquiatría de emergencias: disminuir la condición de riesgo	20
Asistir al paciente con medidas de precaución.....	20
Actuar con rigor ético profesional	21
Establecer un patrón escalonado de síntomas a asistir	21
Espectro sintomático	21
Insomnio	22
Ansiedad y angustia	23
Crisis de pánico	23
Síntomas depresivos	23
Ideación suicida	23
Autoinjuria	24
Productividad psicótica	24
Tentativa suicida	25
Agresividad	25
Excitación psicomotriz	25
Internación psiquiátrica: condiciones e indicaciones	26
Internación psiquiátrica: aspectos legales	27
Capítulo 2 - Laura Pérez Roldán	
Trastornos de ansiedad	31
Introducción	31
Descartar patología orgánica que justifique la sintomatología ansiosa: <i>primum non nocere</i>	31
Descartar otra patología psiquiátrica de la cual la ansiedad solo constituya un síntoma accesorio	32
Causas tóxicas	32
Causas psiquiátricas no primariamente ansiosas	33
Realizar el diagnóstico positivo de un trastorno de ansiedad	33

Trastorno de pánico	33
Trastorno de ansiedad generalizada	34
Fobia específica	34
Fobia social (trastorno de ansiedad social)	35
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	
35	
Trastorno por estrés postraumático	36
Descartar comorbilidad con trastornos de la personalidad	37
Abordaje psicofarmacológico y psicoterapéutico de la ansiedad en la urgencia	37
Tratamiento psicofarmacológico agudo	37
Tratamiento psicofarmacológico a largo plazo	
39	
Psicoeducación y derivación a tratamiento ambulatorio	39
 Capítulo 3 - María Norma Claudia Derito	
Síndrome de Ganser	41
Introducción	41
Antecedentes históricos	41
Cuadro clínico descripto por Ganser	42
Opinión de otros autores	44
Análisis de los síntomas	46
Desorientación alopsíquica	46
Despersonalización	47
Pararrespuestas	47
Perturbación de la conciencia	48
Escisión de la vida psíquica	48
Estado crepuscular histérico	50
Alucinaciones	52
Conductas motoras	52
Caso clínico	52
 Capítulo 4 - Ezequiel Cortese	
Síntomas somáticos y desórdenes relacionados (DSM V) (DSM IV: trastornos somatomorfos)	57
Definición	57
Historia	59
Clasificación de los trastornos con síntomas somáticos y desórdenes relacionados (DSM V)	63
Trastornos de síntomas somáticos	63
Trastornos de ansiedad a enfermedades	64
Trastorno conversivo	65
Factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas	66
Trastornos facticios	67
Otros trastornos con síntomas somáticos y desórdenes relacionados especificados	67
Trastornos con síntomas somáticos y desórdenes relacionados no especificados	68

Prevalencia	68
Manejo en la urgencia: abordaje diagnóstico y abordaje terapéutico inicial	68
Abordaje diagnóstico	68
Manifestaciones somáticas funcionales	70
Exclusión de enfermedades clínicas	71
Otros trastornos psiquiátricos que habitualmente se acompañan de quejas y síntomas somáticos	74
Algoritmo diagnóstico de los trastornos psiquiátricos que se acompañan de síntomas somáticos	74
Abordaje terapéutico inicial	80
Tratamiento	83
Conclusiones	83
Casos clínicos	84
Caso 1	84
Caso 2	88

Capítulo 5 - Federico Rebok

Trastornos de personalidad: generalidades para su evaluación y abordaje inicial en la urgencia	93
Introducción	93
Alteraciones del yo social	93
Trastorno paranoide de la personalidad	93
Trastorno esquizoide de la personalidad	94
Trastorno esquizotípico de la personalidad	94
Trastorno antisocial de la personalidad	94
Trastorno evitativo de la personalidad	95
Alteraciones del yo mismo	95
Trastorno límite de la personalidad (TLP)	95
Trastorno histriónico de la personalidad	95
Trastorno narcisista de la personalidad	96
Trastorno dependiente de la personalidad	96
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad	96
Abordaje de los trastornos de la personalidad en la urgencia	96

Capítulo 6 - Ezequiel Cortese

Trastornos disociativos (DSM-IV, DSM-V)	99
Definición según DSM IV y DSM IV	99
Síntomas disociativos positivos	99
Síntomas disociativos negativos	99
Historia	100
Clasificación y clínica de los trastornos disociativos (DSM V)	102
Trastorno de identidad disociativo (TID)	102
Una disrupción en el sentido de la identidad	102
Episodios de amnesia disociativa	103
Afectación en la recuperación de memorias autobiográficas	103
Fallas transitorias en la eficacia del uso de otras memorias	103

Factores determinantes y desencadenantes	103
Aporte de otros autores	104
Trastorno de amnesia disociativa (TAD)	107
Trastorno de despersonalización y desrealización	108
Otros trastornos disociativos especificados	109
Prevalencia	109
Manejo en la urgencia	109
Abordaje diagnóstico	109
1) Manifestaciones disociativas y postraumáticas	111
2) Exclusión de las diferentes enfermedades médicas que se acompañan de manifestaciones disociativas	111
Amnesias de etiología médica	111
Crisis parciales epilépticas	116
Intoxicación por sustancias	119
3) Otros trastornos psiquiátricos que se acompañan de manifestaciones disociativas	121
Trastornos psicóticos	121
Estrés postraumático	122
Otros trastornos a considerar	123
Comorbilidad	124
4) Diagnóstico diferencial de los trastornos disociativos	124
5) Diagnóstico diferencial entre TID, subtipo posesivo y los episodios de posesión asociados	
a creencias culturales o religiosas	124
Algoritmo diagnóstico	127
Tratamiento	127
Abordaje terapéutico inicial común	127
Abordaje terapéutico inicial	127
Trastorno de despersonalización	127
Intervenciones psicológicas	127
Intervenciones psicofarmacológicas	
1	2
Tratamiento del TID y el TAD	128
Tratamiento orientado en fases para el TID y el TAD	129
1º Fase de estabilización	129
2º Fase o de trabajo sobre el material traumático	131
3º Fase de fusión, integración, resolución y recuperación	132
Intervenciones psicofarmacológicas del TID y el TAD	132
EMDR (<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>)	133
Conclusiones	
1	3
Caso clínico	134
 Capítulo 7 - María Norma Claudia Derito	
Urgencias en el TOC y las psicosis anancásticas	143
Conceptualización de la personalidad obsesiva	143

Ernst Kretschmer	144
Cómo se configura la Urgencia en el TOC	144
Urgencias en la psicosis anancástica	145
Psicosis obsesiva-compulsiva o psicosis anancástica	146
Introducción	146
Algunas consideraciones sobre el concepto de psicosis anancástica	147
Hans Jörg Weitbrecht	147
Kurt Schneider	148
Karl Wernicke	149
Rasmussen y Goodwin	150
Síntomas que determinan la existencia de psicosis anancástica	151
Tipos de obsesivos	151
Síntomas presentes en todos los subgrupos TOC	151
Factores clínicos nucleares de todos los subgrupos TOC	152
Mecanismo de desarrollo del TOC de una personalidad sensitivo anancástica	152
Trastorno obsesivo-compulsivo y su desarrollo hacia una psicosis anancástica	154
Tratamiento	156
Conclusiones	
1	5
Caso clínico	157

Alberto Monchablon Espinoza

Director

Médico Psiquiatra, Universidad de Buenos Aires (UBA).

Doctor en Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA).

Médico Legista, Universidad Católica de Salta.

Jefe del Departamento de Docencia e Investigación, “.

Director de la Carrera de Especialistas en Psiquiatría de Adultos, Unidad Moyano, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA).

Profesor Regular Adjunto, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA), a cargo de la Unidad Docente Moyano.

Ex director de Hospital “Braulio Moyano.

Vicepresidente de la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP).

Ex Vicepresidente de la International Wernicke-Kleist-Leonhard Society.

María Norma Claudia Derito

Coordinadora

Médica psiquiatra.

Médica legista.

Docente de clínica psiquiátrica en la maestría de psiconeurofarmacología – fundación Barcelo.

Docente adscripta de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

Vice directora del curso superior de médicos psiquiatras - Unidad Académica Moyano – UBA.

Subdirectora a cargo de la Dirección del Hospital “Braulio Moyano”.

Autores

Carlos Aranovich

Médico Psiquiatra.

Médico Legista.

Médico del Servicio de Guardia del Hospital “Braulio Moyano”.

Docente Autorizado de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA). Departamento de Psiquiatría.

Director del curso “Emergencias en Salud Mental” del Hospital “Braulio Moyano”.

Titular de la materia “Emergencias Psiquiátricas” – Curso Superior de Psiquiatría (UBA).

Ricardo Ezequiel Cortese

Médico especialista en Psiquiatría.

Ex residente psiquiatra, Hospital “Braulio Moyano”.

Médico psiquiatra de guardia, Hospital “Braulio Moyano”.

Docente Adscripto de la facultad de medicina. Ayudante en la materia salud mental 2, Facultad de medicina, UBA, unidad académica: Moyano.

Director del curso de posgrado: “Paradigmas en psiquiatría: historia de las ideas en psiquiatría y psicopatología”; Facultad de medicina, UBA.

Profesor a cargo de la materia epistemología, Carrera de médicos especialistas en psiquiatría; Unidad académica Braulio Moyano, UBA.

Profesor interino, materia Psiquiatría, Carrera de terapia ocupacional, UNQUI.

Integrante del comité de ética e investigación, Hospital “Braulio Moyano”.

María Laura Pérez Roldán

Médica especialista en Psiquiatría y Medicina Legal.

Médica de planta, Servicio Magnan, Hospital “Braulio Moyano”.

Jefa de Trabajos Prácticos, III Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA).

Federico Rebok

Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal.

Médico de planta, Servicio de Guardia, Hospital “Braulio Moyano”.

Profesor Titular, Cátedra de «Urgencias Psiquiátricas», Carrera de especialización en Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador.

Jefe de Trabajos Prácticos, III Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA).

Prólogo

Esta obra, la primera de una serie más completa, pretende presentar la problemática de la urgencia psiquiátrica. Si bien, la actual psicofarmacología sedativa, resuelve por lo general, todos los cuadros donde existe predominio de la excitación psicomotriz, debe de saberse que son muchas las psicopatologías en donde se manifiesta la excitación psicomotriz y obliga necesariamente a un diagnóstico diferencial.

La crítica es hacia esta última cuestión. Tiene que estar presente la clínica diferencial y esto no se presenta en la capacitación de manera uniforme, ya que son diferentes las fallas en nuestra formación.

Los autores de este primer libro están altamente capacitados y son conocedores de este tema. Obviamente la clínica siempre será soberana. Desde ya los tratamientos de la urgencia deberán ser, de última, interdisciplinarios.

Prof. Dr. Alberto Monchablon Espinoza

Descripción de la obra

Introducción

Capítulo 1 - Carlos Aranovich

El capítulo del libro aborda temas de emergencias psiquiátricas como una disciplina de crisis, en la que se debe resolver el caso sin dejar de lado aspectos profesionales, éticos y legales del ejercicio profesional. Se desarrolla el concepto de riesgo, el abordaje del paciente con patología aguda y los criterios de internación psiquiátrica. Se incluyen ítems como el espectro sintomático del paciente psiquiátrico en emergencia, la seguridad del equipo de salud y el modelo de triaje en la patología psiquiátrica aguda.

Trastornos de ansiedad

Capítulo 2 - Laura Pérez Roldán

La ansiedad es una emoción normal que funciona a manera de un sistema de alarma, y puede tornarse patológica cuando aparece sin motivo o en forma intensa o prolongada en el tiempo. Este síntoma puede presentarse en diversas patologías: las psiquiátricas (en donde destacan los trastornos de ansiedad), y las no psiquiátricas (donde constituye un epifenómeno de un proceso orgánico subyacente). El presente capítulo desarrolla una clínica y terapéutica racional para el abordaje de la ansiedad en la urgencia.

Síndrome de Ganser

Capítulo 3 - María Norma Claudia Derito

Hoy, aceptando la denominación de trastornos de ansiedad para aquellos padecimientos que asientan en personalidades fóbicas, histriónicas, obsesivas, también debemos aceptar que de ellos se derivan otros cuadros, que por cambios cuantitativos de los síntomas llegan a un punto sin regreso en que la voluntad pierde el dominio de la personalidad que se escinde. El individuo pierde la libertad y la conciencia de enfermedad. Ingresa a un cuadro psicótico. Se trata de personalidades histriónicas, que escapan de la realidad yendo hacia un cuadro pseudoconfusional y psicótico que es el Síndrome de Ganser.

Síntomas somáticos y desórdenes relacionados (DSM V)

(DSM IV: trastornos somatomorfos)

Capítulo 4 - Ezequiel Cortese

Los trastornos por síntomas somáticos y desórdenes relacionados son condiciones psiquiátricas reunidas por presentar síntomas o quejas somáticas asociadas a malestares y a interpretaciones disfuncionales, que terminan por generar una discapacidad mientras estén presentes. El abordaje de urgencia exige considerar múltiples diagnósticos diferenciales, ya sean patologías clínicas, como otros desórdenes psiquiátricos y funcionales. Finalizado este paso se debe proceder a instaurar una terapia inicial tendiente a generar una óptima alianza terapéutica para posteriormente continuar con un tratamiento prolongado y específico.

Trastornos de personalidad: generalidades para su evaluación y abordaje inicial en la urgencia

Capítulo 5 - Federico Rebok

Los trastornos de la personalidad constituyen patrones inflexibles de conducta que se apartan acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En el presente capítulo se procura categorizarlos desde la perspectiva de una disfunción yoica: -disfunción del Yo «más interno», el Yo mismo (sí mismo); -disfunción del Yo «más externo», el Yo social o comunitario.

Trastornos disociativos (DSM-IV, DSM-V)

Capítulo 6 - Ezequiel Cortese

Los trastornos disociativos son condiciones psiquiátricas conjuntadas por presentar una perturbación en la integración funcional de la conciencia, determinando que sus contenidos irruman desconectados, y por ende, no reconocidos como propios o familiares, o se vea dificultado el acceso consciente de estos. Estas condiciones se caracterizan por manifestaciones disociativas y postraumáticas, que obligan a considerar múltiples diagnósticos diferenciales, paso necesario para poder establecer un abordaje terapéutico inicial tendiente a la estabilización, para luego continuar con un tratamiento prolongado.

TOC Psicosis anancástica

Capítulo 7 - María Norma Claudia Derito

Existen puntos de quiebre en estos padecimientos que constituyen una urgencia en psiquiatría. Cuando el trastorno obsesivo-compulsivo llega al punto de perder contacto con el contexto, preso de su mundo de compulsiones y rituales corre riesgo de vida, porque el descuido personal al punto de dejar de alimentarse o bañarse durante varias horas expone a su físico a pruebas de resistencia. En el caso de las psicosis anancásticas la gravedad es mayor, porque el individuo se pone al servicio de su obsesión y muchas veces encuentran en el suicidio la única forma de escapar de su tormento.

Introducción

Carlos Aranovich

Concepto de emergencia

La literatura anglosajona se refiere de manera generalizada bajo la denominación de emergencia (*emergency*) a toda el área relacionada con la atención sanitaria que cumple con dos características: súbita aparición y apremio en la resolución. En la lengua castellana se suele incurrir en dos términos que coloquialmente se toman como sinónimos pese a no serlo: urgencia y emergencia.

Indagando en la definición de los términos es posible establecer una clara diferencia, pese a la íntima relación entre ambos conceptos: la urgencia hace referencia a la necesidad imperiosa de pronta resolución, al tiempo que la emergencia alude a la súbita aparición de una eventualidad inesperada. Expresado en otros términos, la urgencia posee relación con el tiempo de resolución, mientras que la emergencia se refiere al curso de desarrollo del evento. De todos modos, la práctica asistencial cotidiana demuestra que ambos conceptos se hallan íntimamente relacionados, lo que explica la sinonimia corrientemente utilizada, debido a que ambas contingencias suelen solaparse, pese a la diferenciación semántica.

La emergencia psiquiátrica como disciplina crítica

Por definición axiomática, *la emergencia*

psiquiátrica es una disciplina de intervención en crisis, por lo que, ante la aparición súbita e inesperada de un cuadro agudo, el ejercicio profesional resulta clave en favorecer la evolución hacia el polo favorable. Expresado en otras palabras: disminuir el porcentaje de cercanía ante una amenaza real se erige como el objetivo horizonte del psiquiatra de emergencias.

En este contexto la emergencia psiquiátrica cuenta con características comunes a todas las ramas de la emergentología, al tiempo que se desenvuelve con algunas particularidades que la definen como una entidad propia. Enumerando esto, podemos afirmar que suelen darse ciertas condiciones en las que el ejercicio profesional del equipo de salud mental debe desenvolverse de manera diferente al de otras ramas de la salud.

Riesgo de sufrir agresión física

Fenómenos como la productividad psicotica, la disforia, la agitación y la excitación psicomotriz –objeto indelegable de la atención en emergencias en salud mental– suelen incurrir en agresividad hacia terceros como un integrante más del síndrome. El equipo profesional no se encuentra exento de exponerse a tal agresión física. De todos modos, es menester hacer mención que los profesionales del equipo de emergen-

cias no se encuentran bajo hipótesis de riesgo, por lo que la contención del paciente violento es responsabilidad de las fuerzas de seguridad correspondientes. Antes de efectuar cualquier intervención terapéutica se debe resguardar la seguridad del equipo como medida prioritaria, no hacerlo equivale a actuar con un exceso de temeridad ajeno a la disciplina.

Probable oposición del paciente a ser asistido

Un grupo de patologías mentales agudas cursan con ausencia de conciencia de enfermedad y de síntoma, lo que determina que la atención es demandada por personas allegadas al paciente o bien por instituciones del estado (policía, poder judicial, etc.). Esta situación determina que adicionalmente al escollo que significa para el psiquiatra la resolución clínica del caso, debe sortear la oposición del paciente a colaborar con la anamnesis, la toma voluntaria de la medicación indicada y el seguimiento de las indicaciones impartidas. Esto contrasta con la regla de la atención médica, donde el paciente es quien recurre a ejercer la demanda. En este sentido es probable que nos encontremos con la eventual necesidad de actuar contra su voluntad. No es innecesario remarcar que todo paciente con compromiso de la capacidad judicial no se encuentra en condiciones de consentir ni de rechazar las indicaciones profesionales.

Posibilidad de ejercer en sitios no convencionales

El curso de los cuadros psiquiátricos

agudos, pese a tener pródromos que el ojo selectivo puede avizorar, pueden desencadenarse en cualquier medio en el que se encuentre el paciente. Las crisis de pánico con agorafobia son un claro ejemplo de ello, que conjuntamente a los episodios de agitación en la vía pública, los cuadros de excitación relacionados con sustancias o síndromes psicóticos agudos representan situaciones que pueden exigirle al equipo ejercer en sitios ajenos a los centros asistenciales convencionales. El *cliché* tan utilizado en las películas de ficción en las que el psiquiatra asiste al suicida parado en la cornisa no es ajeno a la práctica profesional real como la asistencia a víctimas de catástrofes en el lugar de los hechos. Todo ello configura un marco de posibilidades múltiples a los que el equipo de emergencias en salud mental deberá adecuarse a fin de mejorar la situación del paciente. Siempre se debe procurar atender en sitios seguros, que permitan lograr el confort y ganar la confianza del paciente.

Exposición a presiones de familiares, sociales, profesionales, etc.

El accionar dentro de la ética profesional, la deontología y guiarse mediante indicaciones consensuadas científicamente, no solo presenta la piedra angular de la buena práctica profesional sino que representa la mejor forma de prevenir dificultades judiciales futuras. Pese a ello, no deben obviarse las presiones a las que puede verse sometido el equipo actuante: los integrantes familiares que pueden llegar a abogar tanto como para que se interne como para dene-

gar el ingreso de un paciente, los profesionales de otras especialidades que poseen premura para acotar los síntomas del paciente mental, entre otras. En todos los casos, siempre debe recordarse que la clínica es soberana y las indicaciones se deben condecir con el cuadro, sin que interfieran cuestiones ajenas al ámbito profesional.

Tiempo acotado para evaluación y resolución

Tal como fuera definido en los párrafos precedentes la emergencia consiste en una situación basada en la aparición brusca de un espectro de síntomas variables e impredecibles que requieren una pronta resolución. Frente a esto, el profesional de emergencias cuenta con la posibilidad de ejercer su disciplina de manera ordenada, debiendo encontrarse en condiciones de caratular los hallazgos de manera escalonada desde los más grave (apremiante y comprometer para la integridad física del paciente), hasta los accesorios (posibilidad de dilatar su resolución).

Concepto de riesgo en psiquiatría

Si bien los eslabones que componen la cadena de los avances en medicina son innumerables, pocos de ellos se erigen como hitos trascendentes que modifican el curso de los acontecimientos de manera decisiva. Esta situación se vio representada en la segunda mitad del siglo XX con el estudio de Framingham. Adicionalmente a los hallazgos propiamente emergidos del estudio que relacionó la patología cardiovascular con ciertos factores que resultan

determinantes –en mayor o menor medida– en el incremento de la posibilidad de que un evento determinado ocurra, el estudio de Framingham abrió la puerta para que el concepto de riesgo haga su ingreso en la medicina, con un perfil estadístico y analítico. La psiquiatría no estuvo ajena a ello e incorporó –aunque más tardíamente que otras especialidades médicas– el concepto de riesgo.

Definir el término riesgo como *el porcentaje de eventualidad que ocurra un episodio en la totalidad de los casos posibles* aborda al concepto con un perfil estadístico y analítico, de innegable valor epidemiológico. Sin embargo, para el ejercicio de la práctica cotidiana elegimos *definir riesgo como el porcentaje de cercanía ante una amenaza real*. Esta delimitación del concepto permite su aplicación ya se trate del riesgo para la integridad física del paciente y/o de terceros, o bien del grado de posibilidades que el cuadro sintomático ensombrezca su pronóstico. Resulta menester mencionar que el concepto de riesgo discurre en una escala indiscreta comprendida entre la seguridad absoluta en un extremo, y la inminencia del compromiso para la integridad física del paciente y/o de terceros en el opuesto, con infinitos matices intermedios. Esto desaloja el concepto de riesgo de la concepción dentro de una escala binaria ausencia – presencia, adoptando un modelo más dinámico y variable. Concebir el riesgo en la condición psiquiátrica del paciente como una variable continua y expuesta a modificaciones en su valor dependiendo de factores tanto internos

como externos al individuo, resulta más adecuada a la práctica profesional por corresponderse con la naturaleza propia de los cuadros mentales agudos.

Ejemplificando lo expresado en el párrafo anterior, los episodios de descompensación psicótica de cuadros crónicos suelen comenzar con insomnio pertinaz que evoluciona hacia la ansiedad psicótica con fenómenos interpretativos, inquietud psicomotriz y hostilidad. Librado a su suerte, el complejo sintomático progresa hasta la explosión del síndrome regido por los síntomas de primer orden de K. Schneider (2) constituyendo el episodio psicótico agudo que corona la evolución. Esta secuencia revela diferentes estadios de riesgo creciente para la integridad física del paciente en relación directa con la manifestación sintomática. Cada uno de ellos es plausible de ser abordado de manera pertinente al grado de cercanía al compromiso de daño físico potencial del paciente.

Objetivo en la psiquiatría de emergencias: disminuir la condición de riesgo

En pos de alcanzar este objetivo, el desempeño del psiquiatra de emergencias cuenta con características disciplinarias que operan como hitos que no deben descuidarse en el accionar profesional:

Asistir al paciente con medidas de precaución

Como en cualquier especialidad que se desarrolle en relación con la emergentología, la primera medida a considerar de manera insalvable es la seguridad del equipo actuante. Cualquier situación que resulte en daño a los profesionales incrementará el número de pacientes a atender y disminuirá el número de agentes disponibles. No debe obviarse que el psiquiatra puede verse obligado a asistir a pacientes potencialmente violentos y, en muchas ocasiones, personas que se niegan a ser asistidos pese a necesitarlo desde el punto de vista sanitario. Todo ello conspira en la generación de situaciones posiblemente hostiles a las que los profesionales se puedan enfren-

Recomendaciones en la seguridad frente al paciente psiquiátrico en emergencias

- Mantener siempre distancia de seguridad con el paciente.
- Asistir al paciente en un lugar amplio y libre de objetos potencialmente peligrosos.
- Evitar la atención en pasillos, rincones o lugares apartados.
- Reducir al mínimo los estímulos ambientales.
- Movilizar al paciente hacia lugares de mayor seguridad, donde pueda controlar la situación.
- Tanto el paciente como el profesional deben tener acceso a la puerta de salida.
- En caso de persistencia de los síntomas no dudar en recurrir a la contención física.
- Ante la presencia de un paciente armado interrumpir la entrevista y dar intervención al personal de seguridad.

tar. Cuando un integrante del equipo sufre alguna agresión física por parte de un paciente, es innegable que algo ha hecho de manera incorrecta.

Actuar con rigor ético-profesional

Las situaciones de riesgo suelen demandar en el profesional la capacidad de adaptarse al dinamismo del cuadro, que suele ser por definición fluctuante en su manifestación clínica. Pese a ello, nunca se debe incurrir en faltas a la ética profesional como establecer falsas promesas ni mentirle al paciente con el objetivo de encaminar el tratamiento indicado hacia el destino deseado. El psiquiatra debe dirigirse al paciente de manera afable, tranquila y realizando preguntas sencillas y directas en voz baja, pero firme. No debe olvidarse que ganar la confianza del paciente facilitará el acceso al diagnóstico.

Establecer un patrón escalonado de síntomas a asistir

Como en cualquier situación de emergencia el buen accionar profesional debe basarse en establecer un patrón escalonado de síntomas a atender considerando la relevancia en función del riesgo que representan para el paciente y su entorno. Si bien los síntomas crónicos resultan impor-

tantes como antecedentes que contribuyen al diagnóstico, la prioridad la tienen los fenómenos agudos, y dentro de ellos los que repercuten en la conducta con potencialidad lesiva para la integridad física del paciente o la de terceros. La clasificación de síntomas según su gravedad y el grado de urgencia debe ser considerada tanto de manera individual como colectiva. Al referirnos a lo individual hablamos de abordar al paciente desde la problemática que más lo acerca a situaciones de riesgo o resultan ser una mayor amenaza para su autonomía personal.

No resulta inconveniente aplacar el concepto de triaje a la psiquiatría de emergencias, con mayor sentido aun cuando la atención suele incluir la demanda solapada de distintos pacientes de manera simultánea. Existen diferentes esquemas donde se estandarizan los tiempos de atención en relación a la severidad de los síntomas. Tomamos como paradigma el triaje del modelo australiano (*Australasian Triage Scale*).

Espectro sintomático

El ejercicio de la psiquiatría de emergencias conlleva características derivadas de la naturaleza de los cuadros que motivan la intervención. En todos los casos, el denominador común de la práctica profesional

Recomendaciones en el desempeño ético profesional

El equipo debe permanecer en calma: dirigirse al paciente con voz baja, aunque firme.
Nunca mentirle al paciente, ni establecer falsas promesas.
Mencionar el derecho del paciente al secreto profesional.
Tratar de establecer un contacto amigable y libre de tensión.
Acceder a su confianza allanará el camino para conocer la etiología del cuadro.

Australasian Triage Scale	Tiempo estimado de atención
Nivel I Desorden severo del comportamiento con amenaza de violencia extrema	Tiempo 0
Nivel II Violento con riesgo para sí o para terceros Requerimiento de contención física o farmacológica	Atención en 10'
Nivel III Síntomas depresivos graves – riesgo de autolesión – productividad psicótica – violencia potencial	Atención en 30'
Nivel IV Síntomas psiquiátricos sin riesgo evidente para su integridad física ni la de terceros	Atención en 60'
Nivel V Paciente con síntomas crónicos – Problemáticas sociales – sin síntomas agudos	Atención en 120'

se basa en mejorar la condición del paciente disminuyendo su situación de riesgo. Para ello, resulta imprescindible para el psiquiatra el conocimiento del espectro sintomático que motiva la atención profesional. A continuación enumeramos el espectro de los síntomas pasibles de atención psiquiátrica en emergencia, en concordancia con lo expresado en los párrafos anteriores al referirnos al triaje en la psiquiatría en emergencias.

Insomnio

Definido como una disminución en la capacidad de dormir a consecuencia de factores biológicos, psicológicos o ambientales es motivo de atención en emergencias como entidad en sí misma por causar un malestar clínico significativo que obstaculiza el normal desenvolvimiento del sujeto en

sus actividades cotidianas. Los trastornos de ansiedad y la depresión con patrón melancólico incluyen a la dificultad en conciliar o mantener el sueño como integrante sintomático. Adicionalmente, cobra especial relevancia como *síntoma centinela* de cuadros de pronóstico severo. La disminución en la necesidad de dormir suele anunciar la declaración de un episodio maníaco o hipomaníaco. También se destaca como síntoma inicial en los cuadros de descompensación psicótica, precediendo a las alucinaciones y los fenómenos delusivos que definen el síndrome. De cualquier modo, la dificultad para conciliar o mantener el sueño representa un motivo de atención que -lejos de ser desestimado- debe ser abordado de manera resolutiva, sin eludir la ubicación etiológica del síntoma dentro de un complejo sintomático definido.

Ansiedad y angustia

Clásicamente incluidas como integrante cardinal de las neurosis, se define a la ansiedad como un estado psíquico displacerocentado de temor que puede ser una respuesta normal o exagerada en factores externos, aunque también puede ser una respuesta patológica causada por diversas enfermedades médicas o psiquiátricas. Aunque suele incurrirse en el uso sinónimo de ambos términos, la angustia hace referencia a la repercusión somática de la ansiedad como evento psíquico. Algunos cuadros psicóticos, en especial las hebefrenias suelen incurrir en crisis distímicas con ansiedad, tal como lo describe Leonhard (4), llegando a ser la causa de su internación cuando evoluciona hacia la excitación. En la esfera de la patología reactiva, las víctimas de violencia o de catástrofes suelen presentar síntomas de ansiedad por estrés agudo que requieren la atención psiquiátrica debido al malestar padecido, adicionalmente a ejercer la profilaxis del trastorno por estrés postraumático. En cualquier caso, el malestar tanto psíquico como somático que produce la ansiedad en el paciente amerita una intervención profesional que mejore su condición, o que evite una escalada sintomática que culmine en la agitación psicomotriz.

Crisis de pánico

El inicio súbito y la intensidad de los síntomas de angustia constituyen la piedra angular de la crisis de pánico. El temor a la muerte inminente, respaldada por la repercusión visceral que padece el paciente,

junto a la sensación de perder la razón lo inmoviliza en una situación de intenso displacer durante no menos de 10 a 20 minutos. El abordaje del episodio junto a una intervención orientada a tranquilizar al paciente informándole de su padecimiento y de las opciones terapéuticas disponibles suelen brindar el alivio esperado.

Síntomas depresivos

Según estimaciones de la OMS existen en el mundo 100 millones de personas afectadas por síntomas depresivos. La anhedonia, la tristeza y la disminución de la actividad social, laboral, académica u ocupacional. La tarea a la que se enfrenta el psiquiatra de emergencias resulta en discriminar los factores de riesgo que pudieran agravar el trastorno, simultáneamente a la detección de síntomas larvados que ensombrezcan el pronóstico del cuadro. En tal sentido, las ideas de ruina, desesperanza y autodesvalorización suelen inscribirse en la misma esfera que la ideación autolítica encriptada.

Ideación suicida

La ideación autolítica, lejos de erigirse como patrimonio exclusivo de los trastornos afectivos, debe considerarse como un integrante crucial de diversos síndromes que recorren la nosología psiquiátrica desde los trastornos de la personalidad, la tristeza vital, la depresión reactiva, los trastornos afectivos graves hasta el mundo psicótico. En tal sentido, la idea de la muerte autoprovocada ha sido eje de intensos debates desde Durkheim hasta nuestros

días, incluyendo rasgos sociales, ambientales y neurobiológicos en pugna. La afectación de la esfera vital con compromiso de los valores sentimentales y biotónicos recorre el espectro angustia, tristeza vital, ideas de ruina, ideación suicida, en el cual la tentativa autolítica corona la gravedad del fenómeno.

Indagar con cautela, descubriendo indicios subyacentes dentro de la temática le permitirá al profesional anticiparse a la escalada sintomática que sitúe al paciente en situación de riesgo para su integridad física. Establecer un vínculo cordial, ganando su confianza abrirá el acceso al despliegue de una idea que suele cobijarse en la omisión por parte del paciente. No debe olvidarse que la ideación suicida, encriptada o manifiesta, se inscribe dentro de un espectro que debe ser detectado de manera precoz. Obviar su indagación cautelosa pero certera, constituye una mala práctica semiológica.

Autoinjuria

El daño corporal autoinfringido se inscribe como la manifestación sintomática de diversas patologías, originándose en la sensación del vacío y el desborde emocional del trastorno límite de la personalidad, el fallido intento autolítico y los fenómenos psicóticos con repercusión conductual como las cenestopatías, los delirios por dermatozoos y las alucinaciones imperativas de temática autoinjurante. Cualquiera sea la etiología, los actos autolesivos, pese a no tratarse de una tentativa suicida, deben ser abordados contextualizando la

situación del paciente en el sentido más amplio posible: abuso de sustancias, dificultades en su medio ambiental cotidiano, patología concomitante, etcétera. Resulta menester mencionar que descartar el acto de autoinjuria como tentativa suicida, no excluye la indicación de internación.

Como toda situación que exponga al paciente a situaciones que amenacen su integridad física, debe considerarse la posibilidad del ingreso del paciente a un centro de salud mental, no necesariamente para la atención del síntoma mismo, sino para tratar la patología subyacente, del cual la autoinjuria es solamente un emergente.

Productividad psicótica

Los fenómenos alucinatorios y delirantes, junto con elementos satelitales como interpretaciones y percepciones delusivas ingresan en el campo de la emergencia psiquiátrica cuando la repercusión conductual o afectiva implican la exposición a situaciones de amenaza para la integridad física propia o la de terceros. Expresado en otros términos, solo la patología productiva aguda es objeto de la atención en emergencias, siendo pasible la internación psiquiátrica. La esquizofrenia, las psicosis reactivas, los episodios maníacos y los cuadros de origen tóxico manifiestan su acmé mediante síntomas psicóticos agudos. El abordaje multidisciplinario descartando causas orgánicas, metabólicas o tóxicas se impone de manera ineludible, dado que este grupo de síntomas se sitúa lejos de ser patrimonio exclusivo de la psiquiatría.

Tentativa suicida

Sobrepasando el plano de la ideación, la acción autodestructiva puede revestir diversas facetas, desde el acto impulsivo hasta las reacciones suicidas de los esquizofrénicos, sin desmerecer los cuadros melancólicos y los estados confusionales. En todos los casos, la intervención psiquiátrica debe ejercerse sin dubitaciones, evitando los excesos de temeridad: todo intento de suicidio debe ser tomado seriamente y extremar las medidas tendientes a preservar la integridad física del paciente. El ingreso del paciente a un centro de salud con observación permanente resulta ser una indicación que se impone frente a la tentativa suicida. La resolución etiológica y el tratamiento pertinente se reserva a un segundo plano, cuando contemos con la contención requerida para la severidad del cuadro.

Agresividad

La timia displacentera se manifiesta en el paciente psiquiátrico con cuadros agudos recorriendo una escala continua originada en diversos síntomas primarios: ideación paranoide, desconfianza, fenómenos alucinatorios imperativos o injuriantes, etc. Los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (cocaína, anfetaminas, alcohol y otros) suelen ser los motivos de ingreso a los servicios de salud tanto generales como mentales. Cualquiera sea su etiología, el abordaje terapéutico del paciente violento requiere, previamente a cualquier intervención, que se tomen las medidas de seguridad para el equipo actuante evitando actuar como individual-

mente, lo que representaría un acto excesivo de temeridad. No debe eludirse ni mostrar renuencia a convocar al personal de seguridad de manera preventiva.

Adicionalmente, se deben observar las precauciones propias del caso: fácil y rápido acceso a las vías de salida, tomar una distancia prudente y asistir al paciente en lugares seguros y confortables que, junto a mejorar nuestra situación frente al entrevistado, favorezca la intimidad del paciente y la empatía frente a los profesionales.

El paciente agresivo no debe ser asistido individualmente: es preciso reunir al equipo disponible y considerar que de ser necesario tomar medidas para contener al paciente, es recomendable que el peso de la responsabilidad de decisiones complejas descansen en el colectivo del *staff* profesional. Recordar que si el paciente se encuentra armado, se debe interrumpir la entrevista y dar intervención a las fuerzas de seguridad.

Excitación psicomotriz

El comportamiento motor o verbal desmedido (descontextuado) que suele progresar hacia la agresividad, representa el punto más alto en el espectro de las entidades nosológicas pertenecientes al campo de la emergencia en salud mental. Pese a ello no debe obviarse que los cuadros de excitación psicomotriz pertenecen al campo de la emergentología con la que la psiquiatría de emergencias se articula.

Los episodios de agitación suelen ser el emergente de diversas entidades de orden metabólico, infeccioso, tóxico, neurológico,

además de psiquiátrico. Cualquiera sea su origen, se debe proceder con diligencia, estableciendo medidas orientadas a la prevención de la escalada sintomática. El abordaje de los cuadros de excitación psicomotriz debe concebirse de manera escalonada priorizando la seguridad del paciente, el control de los síntomas y el esclarecimiento etiológico. Los episodios psicóticos agudos, los cuadros maníacos y la depresión agitada incluyen a la excitación como componente cardinal, constituyendo en todos los casos la apoteosis en la manifestación del síndrome. Como se desprende de lo anterior, la excitación psicomotriz se erige como el cuadro de mayor compromiso en el área de la emergencia psiquiátrica, por lo que requiere un abordaje expeditivo y firme. Todas las acciones del equipo profesional actuante deben estar orientadas a la disminución del riesgo en la situación del paciente excitado.

Internación psiquiátrica: condiciones e indicaciones

La promulgación (5) y la reglamentación de la ley Nacional de Salud Mental han sido objeto de discusiones y controversias de las que aún resuenan los últimos estertores. En lo que respecta a la instancia de internación psiquiátrica, la mencionada legislación no ha hecho más que poner en papel el modo en el cual los profesionales solíamos ejercer de manera tácita: internar a un paciente solo en casos de que su integridad física estuviera en riesgo de manera cierta e inminente. Sin estar exenta de imprecisiones e inexactitudes, la ley nacional de

salud mental de la Argentina pretende restringir las internaciones injustificadas –en tiempo y forma– lo que no es algo para desdenar, dado que el fin último de las disciplinas de salud es el restablecimiento de la autonomía individual.

Por otra parte, y en consonancia con lo expresado en la ley, merece ser destacada la situación en la cual la permanencia del paciente en su medio representa un potencial agravamiento en su condición mental. Es el caso de los comportamientos compulsivos relacionados con el consumo de sustancias, los trastornos de personalidad en el contexto de familias disfuncionales, y las situaciones en las que resulte irregular la adherencia a las indicaciones impartidas.

A continuación, presentamos los cuadros que implican por definición una situación de riesgo para la integridad física del paciente o la de terceros, lo que equivale a decir en otros términos, que cumplen con criterios de indicación de internación psiquiátrica:

Síndrome de excitación psicomotriz
Síndrome alucinatorio
Síndrome delirante
Síndrome maníaco/hipomaníaco
Síndromes de inhibición psicomotriz
Síndrome depresivo con ideación suicida
Tentativa suicida
Trastornos de la personalidad con síntomas agudos
Trastornos de la conducta alimentaria

Si bien es menester destacar la heterogeneidad de los síndromes que son motivos

de atención en emergencia en salud mental, el eje común que los rige se yergue sobre la sintomatología aguda, el grado de cercanía a una amenaza para la integridad física y la imposibilidad de implementar dispositivos terapéuticos ambulatorios efectivos y seguros para el paciente. Los factores que contribuyen a esta situación pueden enumerarse del siguiente modo:

- Ausencia de conciencia de enfermedad.
- Ausencia de conciencia de gravedad.
- Escasa capacidad de *insight*.
- Negativa a recibir atención aun con riesgo para su vida.
- Pobre adherencia a las pautas terapéuticas.
- Medio social predisponente a la aparición de factores de riesgo.
- Imposibilidad de manejar las conductas impulsivas o compulsivas.

Una vez más, convergen en este punto dos variables de importancia en la emergencia psiquiátrica: el curso en el que se desarrolla el cuadro y el margen de tiempo con que se nos permite actuar a los profesionales. Los síndromes de aparición brusca y que ameritan una intervención profesional inmediata representan la justifica-

ción de la existencia de una disciplina en salud mental de emergencias.

Internación psiquiátrica: aspectos legales

Al abordar la temática de la internación en salud mental, surge como punto controversial la involuntariedad del paciente en cumplir con la indicación. Previamente a la entrada en vigencia de la ley nacional de salud mental 26.657, la internación del paciente mental se regía mediante el artículo 482 (7) del código civil, que establecía cuatro instancias posibles para el ingreso del paciente a una institución mental: la autointernación, la autorización de un familiar responsable, la internación policial y la intervención judicial. Actualmente, las únicas instancias que considera la legislación argentina resultan ser la autointernación y la internación con la autorización de un familiar responsable en caso de riesgo cierto e inminente.

El dilema se plantea cuando el paciente transcurre una situación en la que su integridad física se encuentra expuesta a situaciones de riesgo concomitantemente a la negativa a ser asistido. La pregunta clave

Ley 26657 - Art. 14

La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social

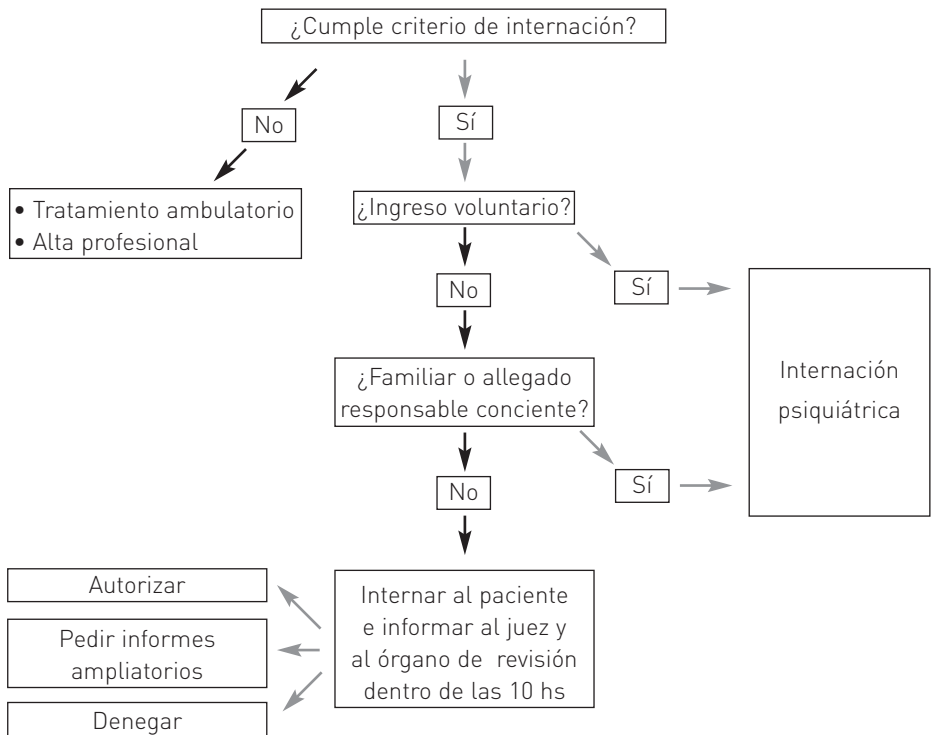
Modificación del Art. 482 CC según Ley 26657 – Art. 43

No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

para el profesional es si el sujeto se encuentra en condiciones de decidir su ingreso a un centro de salud. La capacidad de comprender, de diferenciar entre lo imaginario y lo real, y el estado de las funciones atencional, mnésica y sensorio-perceptiva nos dará la respuesta. Un paciente con compromiso de la capacidad judicial no puede decidir su internación, ni puede sostener la negativa a ello, recayendo tal decisión en personas adultas responsables de su entorno (familiares, allegados, parejas, etc.) o en el juez competente conjuntamente con el órgano de revisión, en caso de no contar con su voluntad ni con la autorización de un adulto responsable. Esto

encuentra su respaldo en la misma ley citada en los párrafos anteriores: el inciso k) del artículo 7 reza: *la persona con padecimiento mental (...) tiene derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.*

En términos generales podemos afirmar que la voluntariedad para ingresar a un centro de salud mental se halla restringida al grupo de pacientes que mantienen su capacidad judicial conservada, al tiempo que ante la negativa a ser internados la responsabilidad recae en personas de su entorno. Existiendo la posibilidad de que el paciente se encuentre en situación de ries-



go para su integridad física o la de terceros, y no contemos con la anuencia de un familiar o de un allegado, el equipo profesional cuenta con la posibilidad de recurrir a la justicia civil notificando al juez de turno

competente y al órgano de revisión en el plazo de 10 horas hábiles las condiciones psicofísicas que determinan el ingreso del paciente a un centro de salud mental.

Bibliografía

- García Ballester L. "Los moriscos y la medicina" Barcelona: Labor Universitaria (1984).
 - Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* 2002; 1: 84-90.
 - Schneider K. "Psicopatología clínica".
 - Leonhard K. "Diagnóstico diferencial de las psicosis endógenas".
 - Considine J, Ung L, Thomas S. Triage nurses' decisions using the National Triage Scale for Australian emergency departments. *Acc Emerg Nurs* 2000; 8: 201-209.
 - Durkheim E. "El suicidio" Ed. Libertador pp 7-10.
 - Ley Nacional de Salud Mental 26.657.
 - Código Civil de la República Argentina.
 - Germain A. Alteraciones del sueño como rasgo distintivo del TEPT: ¿cuál es la situación actual? *Am Journal of Psychiatry Junio* 2013 Vol 4 Nro 2 pp 38- 47.
 - Sanchez Planell L. "Riesgo en psiquiatría" *Ars Médica* pp 3-14.
-

Trastornos de ansiedad

María Laura Pérez Roldán

Introducción

La ansiedad es una emoción normal que funciona a manera de un sistema de alarma que se dispara ante cualquier peligro, conflicto o pérdida que amenace la integridad física o psíquica del individuo. Puede tornarse patológica cuando aparece sin motivo o se vuelve exageradamente intensa o prolongada en el tiempo. Constituye un síntoma que se presenta en diversas patologías, sean estas: (i) psiquiátricas: en donde adquiere un cariz transnosológico, pudiendo a su vez, presentarse como síntoma fundamental (trastornos de ansiedad) o accesorio (trastorno bipolar, esquizofrenia, etc.); (ii) no psiquiátricas: actuando como un síntoma-señal de una enfermedad clínica subyacente, es decir, como un epifenómeno de un proceso orgánico en desarrollo.

En todos los casos, la ansiedad suele acompañarse de un incremento en la activación adrenérgica, no obstante, se pueden diferenciar dos tipos de ansiedades: -la paroxística: aquella que cursa con síntomas acusados de activación adrenérgica (ej. crisis de angustia o ataque de pánico); y -la crónica: que se acompaña de síntomas constantes, tales como la preocupación, la tensión muscular, la irritabilidad y el aturdimiento, las fallas en la memoria y la concentración y el insomnio, entre otros.

En países como el nuestro, en donde se habla el castellano, aún se realiza una dis-

tinción entre los vocablos «ansiedad» y «angustia»; mientras el primero hace referencia al componente psíquico, el segundo designa al componente somático.

En este capítulo, sin embargo, el término ansiedad englobará ambos conceptos, siguiendo la literatura actualmente imperante en el tema. En la tabla 1 se enumeran los síntomas psíquicos y somáticos de la ansiedad.

A los síntomas psíquicos y somáticos hay que agregarles el síntoma conductual por excelencia: la evitación.

Durante la evaluación de la ansiedad en la urgencia, es indispensable tener en consideración cuatro elementos fundamentales:

- a. Descartar patología orgánica que justifique la sintomatología ansiosa
- b. Descartar otra patología psiquiátrica de la cual la ansiedad solo constituya un síntoma accesorio
- c. Realizar el diagnóstico positivo de un trastorno de ansiedad
- d. Descartar comorbilidad con trastornos de la personalidad

Descartar patología orgánica que justifique la sintomatología ansiosa: *primum non nocere*

Como ya hemos bosquejado en la introducción del capítulo, son numerosas las enfermedades clínicas que pueden ocasionar cuadros de ansiedad, y algunas de estas pueden ser graves y potencialmente

Tabla 1

Síntomas psíquicos y somáticos de la ansiedad

Síntomas psíquicos o mentales	Síntomas somáticos o corporales	
	Cardíacos	Respiratorios
Miedo a perder el control	Taquicardia o palpitaciones	Disnea o sensación de ahogo
Miedo a volverse loco	Molestias precordiales	Sofocación
Miedo a morir (o sensación de muerte inminente)	Digestivos	Neurológicos
Despersonalización	Sequedad de boca	Temblores o sacudidas
Desrealización	Náuseas	Mareo/vértigo o sensación de inestabilidad
Irritabilidad	Vómitos	Sensación de desmayo
Intranquilidad	Molestias abdominales	Visión borrosa
Aturdimiento	Diarrea	Zumbidos
Falta de concentración		Parestesias o sensación de hormigueo en extremidades
Fallas en la memoria		Sudoración o hiperhidrosis
		Oleadas de frío o calor (escalofríos, ruborización)
		Cefaleas
	Otros	
	Tensión muscular	
	Inquietud motora	
	Frecuencia urinaria	

Nota: los síntomas cardíacos y respiratorios suelen presentarse en forma conjunta, dando lugar a las crisis cardiorespiratorias. Las crisis digestivas, por su parte, suelen ser de más difícil manejo.

mortales. Entre las que se presentan de manera de crisis aguda de ansiedad destacan las enfermedades cardíacas y respiratorias, aunque cualquier enfermedad de repercusión sistémica puede traducirse en signo-sintomatología ansiosa. Los factores que sugieren la presencia de una enfermedad clínica subyacente son: el inicio de la ansiedad a edades tardías, la ausencia de factor precipitante, la ausencia de evitación o miedo, la ausencia de antecedentes infantiles o familiares y una respuesta pobre a la medicación antipanicosa o anti-depresiva.

En la tabla 2 se enumeran algunas de las enfermedades clínicas asociadas a síntomas de la esfera ansiosa. No pretende ser una tabla completa; solo se enumeran algunas patologías que por su frecuencia o gravedad sirven de ejemplos para desarro-

llar el hábito de pensar que la ansiedad puede ser un epifenómeno de una patología orgánica subyacente.

Descartar otra patología psiquiátrica de la cual la ansiedad solo constituya un síntoma accesorio

Aquí se deben tomar en consideración los cuadros de causa tóxica y los cuadros psiquiátricos “no primariamente ansiosos” que pueden generar síntomas ansiosos. Dicha ansiedad resuelve con el tratamiento de la intoxicación o patología de base.

Causas tóxicas

Podemos dividir las a su vez, en dos grandes grupos:

- *Uso, abuso o abstinencia a sustancias psicoactivas:* se incluye al alcohol, anfetaminas, cocaína y simpaticomiméticos relacionados, marihuana, paco y alucinógenos.

Tabla 2

Enfermedades clínicas asociadas a síntomas de la esfera ansiosa	
Cardiovasculares	Respiratorias
Angina de pecho	Hiperventilación
Infarto agudo de miocardio	Asma
Arritmias	EPOC
Prolapso de la válvula mitral	Tromboembolismo pulmonar
Insuficiencia cardíaca congestiva	Neumotórax
Hipertensión arterial	Edema agudo de pulmón
Neurológicas	Endocrinológicas/metabólicas
Traumatismos craneoencefálicos	Hipertiroidismo / hiperparatiroidismo
Accidentes cerebrovasculares	Hipoglucemia / hiponatremia / hipocalcemia
Epilepsia del lóbulo temporal	Menopausia
Migraña	Síndrome de Cushing
Temblor esencial	Insuficiencia suprarrenal
Acatisia	Feocromocitoma
Otras	
Anemia	Disfunciones vestibulares
Porfiria	Úlcera péptica
Enfermedades inflamatorias (lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, etcétera)	Síndrome del intestino irritable

- Intoxicaciones: por cafeína (y medicamentos que la incluyan; también genera síntomas por abstinencia), antigripales, abuso de nicotina, antibióticos (penicilina y sulfas), arsénio, mercurio, organofosforados, benceno, intolerancia a la aspirina.

Causas psiquiátricas no primariamente ansiosas

Como ya habíamos adelantado, existen múltiples trastornos psiquiátricos que cursan con sintomatología de la esfera ansiosa. Entre ellos, destacan la depresión ansiosa, la manía, la esquizofrenia, los trastornos adaptativos, el trastorno por somatización, el deterioro cognitivo leve y las formas iniciales de la demencia.

Realizar el diagnóstico positivo de un trastorno de ansiedad

Trastorno de pánico

En general, el paciente no realiza una

primera consulta al psiquiatra, sino que acude a una guardia clínica, preocupado por la sintomatología cardiorrespiratoria y temiendo una muerte inminente (en general, en nuestro medio, miedo a “morir de un ataque al corazón”). Una vez descartada la causa orgánica (por ej. mediante un electrocardiograma), el clínico suele referir el cuadro como producto de los nervios, enfatizando su naturaleza emocional o psicológica.

Es así que es el psiquiatra quien realiza el diagnóstico de “trastorno de pánico”, caracterizado éste por la presencia de crisis de angustia (ataques de pánico *-panic attacks-*) recurrentes. Una crisis de angustia o ataque de pánico se define como un episodio breve de intensa ansiedad que aparece en forma súbita (incluso promediando la noche), alcanza rápidamente la máxima intensidad (con frecuencia en los primeros 10 minutos) e incluye síntomas de

la esfera psíquica y síntomas de la esfera somática (ver tabla 1). En este trastorno de ansiedad, estas crisis tienen tres características fundamentales, a saber: -son espontáneas; -son inesperadas; y -son impredecibles. Sin embargo, algunas veces la primera crisis se produce después de algún trauma psíquico o tras grandes esfuerzos físicos. El paciente suele conservar un recuerdo preciso y detallado de esta primera crisis.

Entre los ataques de pánico (paroxismos de ansiedad) el paciente desarrolla un cuadro más estable de ansiedad, a la que se denomina ansiedad anticipatoria. Este “miedo al miedo” se origina por el temor a las consecuencias del ataque o a la posibilidad de sufrir uno nuevo. Siempre que la ansiedad intercrítica sea pronunciada, habrá que realizar diagnóstico diferencial con el trastorno de ansiedad generalizada.

La consecuencia conductual de un trastorno de pánico no tratado es la aparición del fenómeno de evitación. Tres cuartas partes de los pacientes que padecen de un trastorno de pánico (generalmente mujeres) presentan asociados síntomas de agorafobia. Esta se define por el temor a encontrarse en lugares o situaciones de donde escapar puede resultar difícil o embarazoso o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada, puede no disponerse de ayuda. Dichas situaciones generan la aparición de ataques de pánico y ansiedad anticipatoria. Finalmente, los pacientes desarrollan conductas evitativas. Como ejemplos de agorafobia tenemos el miedo a viajar en trans-

portes públicos o a estar en espacios abiertos o concurridos.

Trastorno de ansiedad generalizada

A diferencia de lo que ocurre en el trastorno de pánico, aquí predomina la ansiedad crónica; esta entidad se caracteriza por la presencia de preocupación y tensión crónicas asociadas a un pensamiento catastrófico. La preocupación es persistente, excesiva y difícil de controlar, aún cuando nada parece provocarla. Sumido en su pensamiento catastrófico, el paciente anticipa desastres, y se preocupa excesivamente por el trabajo, la familia, la salud o el dinero. La ansiedad libre flotante también caracteriza el cuadro: una ansiedad generalizada y persistente que no está asociada a ninguna vivencia o situación en particular. Se acompaña, fundamentalmente de síntomas ansiosos crónicos, tales como:

- Tensión motora: temblor, inquietud, contracturas musculares (sobre todo de los músculos antigravitatorios -ej. cervicales-), cefaleas, fatiga.
- Hipervigilancia y alerta: irritabilidad, insomnio, reacciones de sobresalto.

Fobia específica

Una fobia se define como un miedo irracional e inapropiado que produce la evitación consciente del objeto, actividad o situación temida. El paciente mantiene su *insight* y reconoce que su reacción es excesiva.

En el caso de la fobia específica -otrora denominada “simple”- el temor se circunscribe a un objeto, situación o actividad específica. En la Tabla 3 se enumeran los

Tabla 3

Clasificación de las fobias específicas

Tipo	
Animal	➔ Arañas, víboras, roedores
Ambiental	➔ Tormentas, alturas, medios acuáticos
Sangre-inyecciones-lesiones	➔ Extracción de sangre, vacunación, heridas sangrantes
Situacional	➔ Aviones, ascensores, manejar autos
Otros tipos	➔ A atragantarse, a las enfermedades

principales tipos de fobias específicas.

La exposición al estímulo fóbigeno genera una respuesta inmediata de ansiedad que puede configurar un ataque de pánico situacional. Es por esto, que la respuesta conductual del paciente es la evitación del objeto en cuestión.

Mientras la mayoría de las fobias específicas generan una respuesta autonómica de activación adrenérgica, la fobia a la "sangre-inyecciones-lesiones" genera una respuesta vagotónica (bradicardia, mareo e hipotensión) que puede llevar al desmayo; además, este tipo de fobia tiene un fuerte componente genético y se suele recabar el antecedente de idénticas fobias en los familiares de estos pacientes.

Fobia social (trastorno de ansiedad social)

Se define como un temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el paciente se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar, o a la evaluación por parte de los demás. El individuo tiene miedo al ridículo, a la humillación, o al mismo hecho de exhibir sus síntomas de ansiedad. En definitiva existe un intenso temor a la evaluación negativa. Esto genera ataques de pánico situacionales. Como ejemplos de situaciones en las que se

puede traslucir la fobia social tenemos las reuniones sociales (en ambientes no laborales), los contactos interpersonales en el trabajo y el trato con autoridades (superiores, jefes).

La ansiedad anticipatoria invade al paciente antes de enfrentar la situación temida, motivo por el cual éste registra su propia activación autonómica y ésta hace que el paciente piense que el ambiente lo está evaluando en forma negativa al poder el auditorio registrar sus síntomas de ansiedad.

Por lo general, se registra un antecedente temprano (en la niñez o adolescencia) de un síndrome de inhibición comportamental.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Los pacientes presentan obsesiones o compulsiones recurrentes lo suficientemente graves como para consumir tiempo o causar un malestar marcado (sobre todo una intensa angustia) o un deterioro significativo en las esferas académicas, laborales o sociales.

Las obsesiones se definen como pensamientos, ideas, imágenes o impulsos de carácter recurrente y perturbador que el sujeto considera como intrusivos. Entre las ideas obsesivas de mayor presentación destacan las ideas de contaminación, duda patológica, necesidad de orden y simetría,

somáticas, agresivas y sexuales.

Las compulsiones constituyen actos mentales o motores conscientes de carácter repetitivo y recurrente que casi siempre aparecen en respuesta a obsesiones con el propósito de neutralizar la ansiedad. Existen compulsiones que guardan relación estrecha con la obsesión (ej. lavarse las manos por presentar una idea obsesiva de contaminación) pero existen otras que no guardan relación con fenómenos obsesivos (ej. contar para evitar que ocurra un acontecimiento negativo). Entre las compulsiones más frecuentes destacan la compulsión de lavado o limpieza, la comprobación, la necesidad de preguntar o hacer confesiones, los actos de simetría/precisión y la acumulación. Entre las compulsiones mentales figura el acto mental de rezar, contar o repetir palabras en silencio.

Mientras que las obsesiones incrementan los niveles de ansiedad, llevar a cabo las compulsiones los disminuyen; y la resistencia a la realización de la compulsión los incrementa.

El paciente con TOC vive su trastorno de manera egodistónica (con *insight*). Esto

significa que reconoce el carácter irracional o desproporcionado de su reacción: “sé que suena ridículo, pero no lo puedo evitar”, y asume que las obsesiones y compulsiones provienen de él mismo (a diferencia de lo que sucede en las psicosis que cursan con un síndrome de influencia externo).

Existen cuatro complejos sintomáticos principales, que se muestran en la Tabla 4.

El *insight* puede encontrarse disminuido en niños, en algunos pacientes crónicos o en pacientes que presentan ideas sobrevaloradas. La falta de conciencia de enfermedad obliga a realizar el diagnóstico diferencial con la sintomatología obsesivoide o compulsivoide que se presenta en algunas formas de psicosis.

Trastorno por estrés postraumático

El paciente sufrió, fue testigo o le comunicaron un acontecimiento traumático (en realidad, traumatogénico) de gran intensidad, frente al cual reaccionó con miedo u horror. Es agobiado por la reexperimentación del evento traumático en pesadillas, recuerdos y *flashbacks* (estados disociativos) que generan un incremento de la acti-

Tabla 4

Principales complejos sintomáticos del trastorno obsesivo-compulsivo

Complejo sintomático	Observaciones
Contaminación	Es el más frecuente. Se acompaña de lavados frecuentes o de la evitación del objeto contaminado.
Duda	Es el segundo en frecuencia. Se acompaña de comprobaciones o chequeos constantes (ej. olvidar cerrar el gas o la puerta). Suele acompañarse de ideas de culpa respecto de lo que podría ocurrir en caso de olvidar el chequeo.
Pensamientos intrusos	Son obsesiones intrusivas que se acompañan de compulsiones internas (ej. pensamientos sexuales o agresivos que el paciente considera reprobables y que se acompañan de compulsiones mentales de rezos).
Lentitud obsesiva primaria	Estos pacientes se caracterizan por presentar una extrema lentitud que no es secundaria a los rituales. Destacan las obsesiones en relación al paso y control del tiempo.

vacación adrenérgica (hipervigilancia y reacciones de sobresalto, insomnio e irritabilidad). El paciente suele evitar personas, lugares o situaciones que se puedan relacionar con el trauma. Se vuelve un sujeto emocionalmente embotado: existe una pérdida del interés por las actividades diarias, una disminución de la reactividad emocional con desapego del entorno y una sensación de futuro desolador.

Para aquellos pacientes cuyos síntomas aparecen en el primer mes postrauma, el diagnóstico apropiado es el de “trastorno por estrés agudo”.

El trastorno por estrés postraumático fue inicialmente relacionado a traumas de guerra y accidentes de ferrocarril, pero también se lo describe como asociado a catástrofes naturales (terremotos, inundaciones) o humanas (atentados, torturas), accidentes automovilísticos, violaciones, asaltos, etc.

Las víctimas de un trauma reciente pueden presentarse en la guardia con un ataque de pánico y agitación. Hasta el 90 % de los pacientes presentan un ataque de pánico en el momento mismo del trauma, y la mitad de ellos reportan ataques recurrentes después del trauma.

Descartar comorbilidad con trastornos de la personalidad

Se ha reportado una comorbilidad de hasta el 65 % entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad, especialmente el trastorno límite de la personalidad. No es infrecuente que una paciente con TLP se presente en la guardia

psiquiátrica con un cuadro agudo de ansiedad. Como norma general, diremos que la presencia de “pánico crónico” habla en favor de la presencia de patología del eje II. También se ha encontrado una apreciable correlación entre el TLP y el trastorno por estrés postraumático.

Abordaje psicofarmacológico y psicoterapéutico de la ansiedad en la urgencia

El paciente suele consultar por la presentación de un ataque de pánico o por la exacerbación de la sintomatología de su cuadro ansioso de base.

Teniendo esto presente, solo el trastorno de pánico cursa con ataques de pánico espontáneos; el resto de los trastornos de ansiedad pueden presentar ataques de pánico situacionales.

- El TOC suele presentarlos frente a su ideación obsesiva o al incumplimiento del ritual.
- Los pacientes con estrés postraumático, frente a la reexperimentación del trauma.
- Los fóbicos sociales, frente a la exposición pública.
- Los aquejados por fobias específicas, frente a la exposición al objeto o situación fóbica.

Resulta más raro que el trastorno de ansiedad generalizada consulte por ataques de pánico, pero estos enfermos sí pueden consultar por un incremento de su ansiedad libre flotante.

Tratamiento psicofarmacológico agudo

Las benzodiazepinas son los psicofármacos más utilizados en la urgencia. Se los utiliza en los cuadros ansiosos que cursan con niveles elevados de *discomfort* o dura-

ción excesiva de la sintomatología ansiosa. El empleo estrictamente acotado a la emergencia resulta eficiente y seguro, aunque el uso de este grupo de fármacos puede asociarse a un alto riesgo de dependencia o abstinencia a largo plazo. Sin embargo, en muchos pacientes se desarrolla una conducta de reaseguro, por la cual la benzodiazepina se convierte en una medida de seguridad que no hace más que incrementar la evitación ansiosa. De esta manera, estos pacientes pueden convertirse en frecuentadores de las guardias psiquiátricas; y esto, a su vez, los aleja de otras posibilidades terapéuticas para lidiar con su sintomatología ansiosa.

La mayoría de los protocolos de atención de la ansiedad en la urgencia incluyen a las siguientes benzodiazepinas (ver tabla 5).

Entre los efectos adversos que generan este grupo de fármacos se incluyen: hang over o efecto resaca, somnolencia diurna, fatiga, alteraciones motoras (incoordinación, ataxia, disartria), alteraciones cognitivas (amnesia anterógrada, desorientación, confusión) y sequedad de boca.

En poblaciones especiales (niños, geron-

tes, trastornos cerebrales orgánicos y algunos trastornos de la personalidad) pueden producir un efecto paradójal con un incremento de la ansiedad que puede llegar a la agitación psicomotriz.

Las benzodiazepinas son fármacos que entran en la categoría “D” de la clasificación de la FDA (*Food and Drug Administration*) para los fármacos según el riesgo fetal asociado a su empleo durante el embarazo. Esto quiere decir que existe evidencia cierta de que su empleo durante el embarazo entraña riesgo para el feto. Concretamente, se ha visto que estos compuestos aumentan el riesgo de presentación de paladar hendido al ser administrados antes de la décima semana de embarazo, por lo cual se deberá evitar su empleo antes de esta semana y, en caso de ser necesarias, deberán ser indicadas en dosis bajas y por tiempo limitado.

Constituyen contraindicaciones absolutas para el uso de benzodiazepinas: la *miastenia gravis*, la apnea del sueño y la hipersensibilidad al fármaco. Entre las contraindicaciones relativas, que vuelven cauteloso su uso, se encuentran: la enfer-

Tabla 5
Benzodiazepinas más utilizadas en el tratamiento farmacológico agudo de la ansiedad

Fármaco (dosis)	Vía de administración	Inicio de acción (dosis única V.O.)	Vida media (horas)	Dosis equivalente (mg)
Clonazepam (0,5 - 2 MG)	Vía oral/sublingual	Intermedio	18-50	0,25
Alprazolam (0,25 - 1 MG)	Vía oral/sublingual	Intermedio	6-20	0,50
Lorazepam (0,5 - 2 MG)	Vía oral/sublingual Vía intramuscular	Intermedio	10-20	1
Diazepam (2 - 10 MG)	Vía oral Vía intramuscular*	Rápido	30-100	5

* La administración intramuscular de benzodiazepinas presenta una absorción errática e impredecible, excepto el lorazepam, cuya absorción es adecuada.

medad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la insuficiencia hepática, los antecedentes de alcoholismo o abuso de sustancias, el glaucoma de ángulo estrecho, la porfiria y los trastornos orgánicos cerebrales.

Tratamiento psicofarmacológico a largo plazo

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos de primera elección para el tratamiento a largo plazo de la sintomatología ansiosa. Se los suele asociar durante 2 a 3 semanas a una benzodiazepina (aunque lo ideal sería no hacerlo, para que ésta no actúe como medida de seguridad), la cual luego se retira de manera paulatina.

Los ISRS no serán descriptos, ya que no constituyen fármacos adecuados para la resolución de los estados agudos de ansiedad en la urgencia.

Psicoeducación y derivación a tratamiento ambulatorio

Es altamente improbable y desaconsejable que un paciente ansioso resulte hospitalizado.

Luego de haber descartado la presencia de compromiso orgánico (especialmente el cardiorrespiratorio, mediante ECG y radiografía de tórax), la psicoeducación acerca del trastorno de ansiedad, acerca de la medicación y acerca de las terapias psicológicas basadas en la evidencia (terapia cognitivo-conductual) disponibles para el tratamiento de la afección, constituye una parte esencial del tratamiento agudo de pacientes con crisis ansiosas. El paciente

debe recibir el reaseguro de que las crisis de ansiedad no constituyen una amenaza para su vida pero que, de no ser tratadas, pueden generar consecuencias a largo plazo (ej. el desarrollo de cuadros depresivos). Además, el paciente debe ser derivado a un tratamiento psiquiátrico/psicológico ambulatorio. La combinación de los tratamientos psicofarmacológico y cognitivo-conductual es la que ha mostrado los mayores niveles de eficacia.

Se le debe desaconsejar el consumo de productos que contengan cafeína (café, té, mate, bebidas cola) y medicamentos de venta libre que contienen fármacos estimulantes (ej. antigripales).

Como adelantáramos, es infrecuente la necesidad de internación de estos pacientes. Sin embargo, ésta quedará reservada para aquellos pacientes que presenten signo-sintomatología grave y que no hayan respondido a las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Será importante valorar el riesgo suicida ya que se ha visto que los trastornos de ansiedad aumentan el riesgo de sufrir una depresión mayor e incrementan el riesgo de suicidio. Entre los trastornos con mayor riesgo suicida figuran el trastorno de pánico y la fobia social. También presentan un riesgo elevado el TOC, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizada.

La presencia de trastornos afectivos, psicóticos y por abuso de sustancias incrementa el riesgo de internación de este tipo de pacientes.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition, text revision (TR). Washington, American Psychiatric Press, 2000.
 - Bolton EE, Mueser KT & Rosenberg SD. Symptoms correlations of posttraumatic stress disorder in clients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 357-361.
 - Bryant RA & Panasetis P. Panic symptoms during trauma and acute stress disorder. *Behav Res Ther* 2001; 39: 961-966.
 - Chinchilla A, et al. Manual de urgencias psiquiátricas. 2ª ed. Barcelona, Elsevier, 2010.
 - Chinchilla A, et al. Breviario de urgencias psiquiátricas. Barcelona, Elsevier, 2011.
 - Fleet RP, Dupuis G, et al. Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, comorbidity, suicide ideations, and physician recognition. *Am J Med* 1996; 101: 371-380.
 - Gastó Ferrer C & Vallejo Ruiloba J. Manual de diagnóstico diferencial y tratamiento en psiquiatría. 2ª ed. Barcelona, Masson, 2001.
 - Glick RL, et al. Emergency Psychiatry: Principles and Practice. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
 - Jufe G. Psicofarmacología práctica. 3a ed. Buenos Aires, Polemos, 2012.
 - Katerndahl DA & Realini JP. Where do panic attack sufferers seek care? *J Fam Pract* 1995; 40: 237-243.
 - Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, Meditor, 1992.
 - Puri BK & Treasaden IH. Emergencies in Psychiatry. Oxford, Oxford University Press, 2008.
 - Rosenbaum JF. The drug treatment of anxiety. *N Eng J Med* 1982; 306: 401.
 - Rosenbaum JF. Ataques de ansiedad y pánico. En: Hyman SE (ed.). Manual de urgencias psiquiátricas. 2ª ed. Barcelona: Salvat; 1990. p. 111-120.
 - Salazar Vallejo M, Peralta RC & Pastor Ruiz J. Manual de psicofarmacología. Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2005.
-

Síndrome de Ganser

María Norma Claudia Derito

Introducción

Quizá no se trate de una entidad de presentación frecuente en la actualidad, sin embargo, aún se lo puede ver. Muchos años en servicios de urgencia nos dieron la oportunidad de observar este cuadro y su capacidad de mimetizarse con un complejo sintomático perteneciente al episodio agudo de una enfermedad mental, pero el conjunto de síntomas nunca se adecúan a ningún cuadro agudo conocido. Más bien, su característica sobresaliente parece ser, justamente, una mala imitación de un síndrome confusional. El paciente parece un actor poco convincente “haciéndose el loco”. Sin embargo, no debemos dudar de que en ese momento, está cursando realmente un episodio psicótico. El síndrome de Ganser, ingresa con el nombre de quien la describió, al conjunto de psicosis histéricas.

Hay dificultad en la aceptación de la existencia de entidades, que se desencadenan sobre un trastorno histriónico de la personalidad, y que al alterar transitoriamente el juicio de realidad, se convierten en psicosis. En la actualidad se da una visión dimensional al agruparlos en el conjunto de los trastornos disociativos, quitándole el valor de entidad independiente a cada uno de estos cuadros, que por otra parte, tienen complejos sintomáticos diferentes (17).

Nosotros preferimos llamarlos psicosis histéricas, teniendo cada una su forma

particular de presentación. El síndrome de Ganser es una de ellas.

Sabemos de la capacidad de los trastornos histriónicos, para disociar la personalidad e ingresar en formas de psicosis que conocemos como: fuga histérica, amnesia histérica, trastorno de identidad disociativo (personalidades múltiples), trastorno de despersonalización, y el síndrome que sería denominado por Ganser: estado particular de histeria crepuscular, todos estos estados tienen en común utilizar como mecanismo esencial de producción del síntoma, el mecanismo disociativo (13).

La conversión histérica se encontraría dentro de los trastornos somatomorfos, que utilizarían la conversión como el mecanismo fundamental de producción del síntoma.

Antecedentes históricos

Sigbert Josef María Ganser estudió y trabajó en Wurzburg y en Munich, donde se destacó por su tratamiento para alcohólicos y en el ensayo de internaciones domiciliarias. Fue alumno de von Gudden y colaborador de A. Forel, F. Nissl, C. von Monakow y E. Kraepelin.

En 1893 publica un artículo cuya traducción sería “A propósito de ciertos síntomas de la histeria y de la relación entre histeria y alcoholismo”. Este da origen a dos conferencias; la primera llamada *Über einen eigenartigen hysterischer Dämmerzustand*

[*A propósito de un caso particular de histeria crepuscular*] fue dictada en 1897 y publicada luego en el *Archive für Psychiatrie*; la segunda Beitrag zur Theorie des hysterisch en crepuscular Staates [*Contribución a la teoría del estado crepuscular histérico*] (3).

El síndrome histérico ya había sido descrito en 1608 por el demonólogo Francesco Guazzo. En el ambiente carcelario había sido observado por Moeli en 1888.

La publicación de Ganser suscita variadas reacciones. Bleuler no le reconoce su independencia ni su origen histérico, lo incluye en las formas de esquizofrenia simple. A pesar de ello, describe la existencia de un estado crepuscular histérico (4).

A esta apreciación de Bleuler se le suman otras opiniones de psiquiatras, que reconocen la existencia del cuadro, pero le atribuyen distintos orígenes. Nissl decía que era un negativismo anunciador de una catatonía; Ziehen lo entendía como una simulación patológica. Kraepelin no lo considera como parte de la histeria, pero tampoco de la demencia precoz, finalmente lo acepta como más cercano a la primera y lo observa en alienados recluidos en prisión (1).

La confusión se crea alrededor de síntomas como las pararrespuestas o respuestas de lado, que se dan en el síndrome de Ganser y que pueden ser interpretadas como desvíos lógicos de la esquizofrenia (1).

Henry Ey lo consideraba un estado crepuscular histérico, con estrechamiento del campo de la conciencia o conciencia hipnoide (9).

En el Tratado de Psiquiatría de Freedman,

Kaplan y Saddock (1982) se lo considera “un trastorno psiquiátrico funcional que ocupa un lugar intermedio entre las neurosis y las psicosis, y entre la enfermedad y la simulación”, para luego incluirlo en el grupo de los estados crepusculares histéricos (Kaplan. Tratado de psiquiatría T.II. pp. 1218) (12).

Cuadro clínico descrito por Ganser

En la conferencia, Ganser dice haber observado un grupo de pacientes que llamaron su atención, que tenían rasgos en común. Éstos eran lo suficientemente específicos como para poder armar con ellos un complejo sintomático, que correspondería a una nueva entidad nosológica. Partió de cuatro casos que tenían en común esos rasgos y el hecho de que se trataba de individuos encarcelados por haber cometido un delito, y que por presentar síntomas psiquiátricos de comienzo agudo, eran derivados al hospital, bajo su atención. Para Ganser, el síntoma fundamental consistía en “su incapacidad de responder correctamente a las preguntas más sencillas, aun así, sus respuestas nos muestran que han comprendido bastante bien el sentido de la pregunta”. Las respuestas demuestran ignorancia supina en ciertos temas, de los que se tiene la absoluta seguridad que antes conocían. A continuación, Ganser describe las entrevistas con estos pacientes, quienes se muestran con negativismo pasivo ante el cuestionario, o bien se obtienen respuestas por las que dan señales de haber comprendido la pregunta, pero responden con una para-

respuesta o respuesta de lado. Estas contestaciones dan la sensación al investigador experimentado de que el paciente se está burlando de la situación, o está tratando de simular locura, ya que su actitud no condice con la del paciente con un verdadero brote esquizofrénico o cualquier otra psicosis aguda.

Ganser pone por ejemplo un caso en el que se le efectúan al paciente las siguientes preguntas y se obtienen las siguientes respuestas:

P- ¿Cuántas narices tiene usted?

R- No sé.

P- ¿Tiene una nariz?

R- No sé si tengo una nariz.

P- ¿Tiene ojos?

R- No tengo ojos.

P- ¿Cuántos dedos tiene?

R- Once.

P- ¿Cuántas orejas?

R- (Se toca las orejas) Dos

P- ¿Cuántas patas tiene un caballo?

R- Tres.

P- ¿Un elefante?

R- Cinco.

Ganser, en 1897, dice que estas respuestas “plantean el interrogante de saber si deben ser tomadas en serio o si se trata de un torpe intento de simulación; no podemos dejar de reconocer que el paciente deja de lado la respuesta correcta y elige una que es falsa” (alucinar y delirar, tomo I. pp.199) (13).

Aun así, se descarta la simulación, dado que el estado del paciente no solo compor-

ta esta particularidad en la conversación, sino que se une a un estado de conciencia específico. Según Ganser, estos pacientes, que eran convictos por estar implicados en algún crimen, presentaban durante la descompensación alucinaciones en la esfera auditiva y visual; esto parecía evidenciarse en el comportamiento reactivo a las alucinaciones y con carga afectiva ligada a ellas. Describe casos con comportamientos complejos, como si estuvieran viviendo la escena de una película. A la vez, no sabían dónde se encontraban, ni cuál era su situación real, por la que no mostraban interés cuando se la mencionaba.

En otro caso describe un paciente que permanecía en cama, distraído, mirando el techo, con los ojos abiertos. De vez en cuando se sentaba en la cama y con rostro perplejo miraba hacia los costados, con expresión tímida y angustiada. Contestaba a las preguntas con lentitud, y en la forma descrita anteriormente. Si se le hacía notar su incoherencia, se irritaba un poco. A la siguiente entrevista, negaba la existencia de la primera. No reaccionaba ante la mención de su familia o la causa de su detención. Estaba desorientado en tiempo y lugar; en un reloj no reconocía los números, pero luego sí lo hacía en unos billetes, a los que atribuía su valor correcto. Cuando se lo interrogó por su comportamiento en la cama, dijo que se debía a que veía unas formas negras que flotaban a su alrededor, que lo amenazaban, silbaban y le hacían señas. En otros interrogatorios aparecieron síntomas motores como temblores y catalepsia; sus brazos y dedos mantenían una

postura extravagante durante varios minutos seguidos. Mantenía una pierna en el aire durante varios minutos, sin el menor esfuerzo, una vez que estaba en una posición adecuada [13].

Un tercer caso que expone Ganser se refiere a un hombre con pararrespuestas, con perfecta claridad de conciencia, que manifestaba alucinaciones visuales complejas y afirmaba que habían entrado en su celda hombres negros que lo atacaban con fusiles; este hombre exigía que se le diera otra celda.

Ganser menciona que estos tres casos tienen la facultad de presentar distintos estados alterados de conciencia. El primer caso parece un estrechamiento del campo de la conciencia; el segundo presenta perplejidad, con leve desorganización del pensamiento; el tercero no tiene alteraciones del grado de vigilia, ni del campo.

También menciona la existencia de claros componentes histéricos en estos individuos, como alteraciones de las sensaciones de dolor, con zonas con analgesia y otras con hiperalgesia, que resultaban cambiar o alternarse en distintas zonas del cuerpo.

Lo asombroso del cuadro era que a los pocos días, una semana a lo sumo, los pacientes reaccionaban, preguntaban dónde estaban, por qué estaban allí, y no recordaban nada del tiempo en el que habían permanecido en el estado alterado.

En el período en que permanecían normales, recordaban perfectamente los pormenores de su vida y se defendían correctamente ante el juez. Luego aparecía nue-

vamente el estado de confusión, las pararrespuestas, las alucinaciones y las conductas extravagantes.

Ganser insiste en que nunca durante los interrogatorios tuvo la impresión de que los pacientes le estuvieran dando respuestas falsas a propósito, y que a su entender, se trataba de auténticos síntomas de una enfermedad [13].

Considera que la súbita transformación del cuadro clínico, la amnesia del episodio, con regreso simultáneo de la memoria al período normal anterior al evento, las fluctuaciones del estado de conciencia y los trastornos de la memoria son indicativos de la histeria aguda.

El complejo sintomático descrito por Ganser caracteriza ese estado como de "histeria crepuscular". Hace hincapié en la connotación histérica de la locura carcelaria.

Es importante hacer notar que Ganser se niega a clasificar de simuladas a una parálisis empedernida o una alteración sensorial, en tanto afirma que son síntomas que junto con otros conforman la enfermedad histérica aguda, sin negar su origen histérico. Le importa que se entienda que los síntomas de una psicosis histérica y cualquier otro síntoma de la serie histérica no son simulados, puede resultar una mala imitación del real, pero no se pone en juego la voluntad ni la intencionalidad del paciente en manifestarlo. Las psicosis carcelarias han formado los cimientos de la aceptación de la existencia de las psicosis reactivas.

Opiniones de otros autores

Wernicke expresa su idea de que la psico-

sis histérica tiene un parentesco con las psicosis epilépticas, especialmente por su tendencia a desencadenar estados crepusculares. Reconoce como válida la propuesta de autores franceses acerca de la existencia de una histeroepilepsia y las llama alopsicosis delirantes de carácter emocional [27].

Con respecto a la descripción de Ganser, dice que este autor, frente a estos enfermos, con un sensorio aparentemente claro y juicio conservado, que respondían a las preguntas incorrecta y equivocadamente y eran evidentemente histéricos, supuso con todo derecho que se encontraba ante un estado crepuscular. Wernicke no está de acuerdo en cuanto a que se trate de un estado crepuscular, porque este requiere como condición indispensable que el sensorio esté disminuido. En el cuadro descrito por Ganser, el sensorio está vigil y el síntoma esencial son “las respuestas dadas exprofeso sin sentido”. Para Wernicke existe un estrechamiento de la conciencia, como en el caso de los hipnotizados en estado de vigilia. Entiende que en los histéricos se ven casos completamente atípicos de psicosis, como el caso de un histérico que está perseguido por una única persona de la que alucina su presencia sensible, mientras mantiene su orientación alopsíquica. Llama a estos sucesos “estado segundo” (Wernicke, Tratado de Psiquiatría, pp. 457) [28].

También describe la existencia de una psicosis histérica independiente de la epilepsia, y lo hace de este modo:

“Todavía responde más a este concepto el

llamado delirio histérico, es decir, una psicosis aguda que se presenta de manera autónoma acompañada de una hiperactividad motriz condicionada sensorialmente y de una desorientación alopsíquica total, sin que coexista con ella una determinada situación afectiva dominante. Tanto como consecuencia de sus múltiples distracciones sensoriales como por hipermetamorfosis, las manifestaciones espontáneas de estos enfermos son, en gran medida, incoherentes. Solo en raras ocasiones y por cortos momentos es posible fijar su atención y conseguir que respondan a las preguntas que se les hace. El papel principal les corresponde a las alucinaciones táctiles y auditivas, con voces que se localizan con una precisión anormal. Es posible la presencia de componentes asimbólicos, debido a la resistencia de los enfermos a la ingestión de alimentos y a que se les asee” (psiquiatría.com, revista electrónica de psiquiatría, vol. 2 n° 1) [27].

En casos de mayor gravedad, los conecta con las psicosis de la motilidad [28].

Para Kretschmer, el síndrome de Ganser es en realidad una de las formas pueriles que toma el estado crepuscular histérico, considerado este último no como el resultado de una voluntad de simular, sino de una falta de voluntad para reunir las partes de una personalidad escindida en respuesta a una situación que no puede soportar.

Por lo dicho, podemos afirmar que en el momento de su descripción, Ganser lo consideró una enfermedad independiente e integrante del mundo de las psicosis.

Más tarde se lo ubicó como una de las

formas de los estados crepusculares histéricos, por lo que exigiría para su presentación contar con una personalidad histriónica de base. Por lo tanto, estaríamos aceptando que se trata de una psicosis histérica, de etiología exógena, en cuanto reacción psicótica aguda a un suceso emocionalmente insoportable en una personalidad predisponente (22) (26).

El DSM-IV (1994) no hace mención de la psicosis histérica, aunque sobre la base de los síntomas y su duración (de horas a dos semanas como máximo), sería adecuado clasificarla como trastorno psicótico breve. Pero aquí no acaba la dispersión de posibilidades diagnósticas, porque debido a que los cuadros psicóticos agudos tienen una alta prevalencia en África occidental, en la India y en las islas del Caribe, el DSM-IV-TR también los ha clasificado como síndromes ligados a la cultura. Incluso podrían clasificarse como trastornos esquizoafectivos, trastornos esquizofreniformes o trastornos del humor con síntomas psicóticos.

En el DSM-IV, los síntomas psicóticos agudos solo son reconocidos como existentes en personalidades paranoides, esquizoides o límite (*borderline*). La histeria ha desaparecido del DSM-IV, y los episodios de fugas, conversiones o hipocondríacos se interpretan como episodios en trastornos disociativos y no psicóticos (7).

En el CIE-10, la psicosis histérica tampoco tiene fácil ubicación. Por una parte, se incluye como sinónimo en el apartado de "Trastornos disociativos" (de conversión), pero por otra, teniendo en cuenta que los conceptos de *bouffée* delirante y psicosis

cicloides tuvieron enorme influencia en la formulación de los trastornos psicóticos agudos y transitorios, observamos que varios de los trastornos que incluyen son iguales o muy similares a los que, a través de la historia, se los ha relacionado con la psicosis histérica (6).

Como fue señalado por García-Valdecasas y col. (2005) (14). Ejemplos de estos son el trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia (que incluyen las *bouffées* delirantes y las psicosis cicloides) o sin ellos; los otros trastornos psicóticos agudos con predominio de ideas delirantes (que podrían incluir las reacciones paranoides y la psicosis psicógena paranoide) y el trastorno psicótico agudo y transitorio sin especificación (que incluye la psicosis reactiva breve). Por lo tanto, como concluyen García-Valdecasas y col., aunque la CIE-10 se pronuncia claramente a favor de situar las psicosis histéricas en los trastornos disociativos y no en los psicóticos, los varios subtipos de trastornos psicóticos agudos y transitorios describen cuadros que se le parecen. O sea que en esta clasificación tendríamos la opción de incluir la psicosis histérica entre los trastornos psicóticos o entre los disociativos, con la confusión que ello genera (14).

Análisis de los síntomas

Desorientación alopsíquica: es notorio en estos cuadros la desorientación en tiempo y espacio que presenta el paciente. La pérdida de la coordenada témporo-espacial sucede porque durante el episodio, el paciente vive en un mundo onírico en el que

la apreciación de tiempo cronológico y lugar se han distorsionado, los recuerdos albergados en el inconsciente están superpuestos, condensados, combinados, y surgen para atender a las necesidades emocionales primitivas. Podemos ver al sujeto vivir una escena en la que habla como un niño, confunde al enfermero con su padre y luego con otra persona, y dice encontrarse en la casa en la que vivió con su abuela cuando era adolescente. En esta huida al inconsciente, tiempo y lugar solo responden al mandato emocional alterado y a la necesidad de refugio en el espacio donde alguna vez el sujeto se sintió seguro (15).

Despersonalización: dice Jaspers (1980) que la conciencia del yo existe en todos los procesos psíquicos. En la personalización, todo fenómeno psíquico, percepciones, representaciones, recuerdos, emociones, sentimientos del cuerpo, sentimientos del yo, pensamientos, impulsos, acciones reciben ese tono especial de “lo mío”, de vivencia de pertenencia al “yo personal”. La despersonalización es un fenómeno en el que estos elementos psíquicos son realizados con una conciencia que vivencia la no pertenencia al sujeto que los efectúa. En este caso, todo fenómeno psíquico es vivido como extraño al sujeto, como si fuera automático, como si surgiera de otra parte (19).

Alonso-Fernández (1968) menciona que en los años 1959 y 1960 Roth describe un síndrome fóbico de despersonalización-ansiedad, que se caracteriza por vivencias de despersonalización acompañadas de rasgos neuróticos ansiosos y fóbicos

(Alonso Fernández, Fundamentos de la psiquiatría actual, pp. 219). Estos resultarían de un trauma psíquico agudo, que inicialmente suscita un estado fugaz de confusión mental, de la subespecie del síndrome de Ganser. Roth lo interpreta como una reacción defensiva ante las sobrecargas emocionales y los acontecimientos que son objeto de excesivo temor. Es lo que hoy llamaríamos “persona sometida a una situación de estrés agudo”, que puede obedecer a enfermedad vital grave, accidente con peligro de vida, ataques de terceros por ilícitos que ponen en peligro la vida de la persona o de sus allegados, pérdida traumática de seres queridos, etc. El síndrome de despersonalización está muy ligado a las reacciones vivenciales anormales (1).

Pararrespuestas: según Jaspers (Jaspers, Psicopatología, pp.229) (19) esta alteración del lenguaje (pararrespuesta: *vorbeiredens*) se da en el juego de las preguntas y las respuestas durante la conversación con el investigador. La diferencia que este autor establece con los enfermos afásicos es que estos emiten expresiones desfiguradas con la conciencia de un determinado sentido (parafasia).

Para dar un ejemplo nuestro, mencionaré a una paciente con afasia sensorial a quien le pregunté: para qué sirve una lapicera y me contestó sonriente “estaba haciendo los mandados”. Cuando le entregué la lapicera, comenzó a dibujar en el papel y lo señaló con una sonrisa. En el caso de las pararrespuestas, se trata de una paralogía que tiene un contenido preciso, porque la

respuesta está directamente relacionada con la pregunta, sin embargo, la respuesta dada no es exacta, no da ninguna solución correcta, aunque sabemos que el paciente posee la capacidad intelectual como para poder responder y que, de hecho, conoce la respuesta correcta. Jaspers da un ejemplo claro del caso. Se le dan al paciente problemas aritméticos y los resuelve siempre con el mismo error, sumándole “1” al resultado correcto: $3 \times 3 = 10$; $7 \times 8 = 57$; $2 + 4 = 7$. A la pregunta “¿cuántas patas tiene una vaca?” responde “cinco”; etc. Para este autor, estas respuestas no encierran ninguna clave psicológica, son la manifestación de una “pseudodemencia histérica”. También pueden corresponder a un negativismo activo, puede ser una broma tonta de un hebefrénico. (19) En el servicio tenemos una paciente hebefrénica pueril de 40 años de evolución; cuando asoma por la puerta le preguntamos: “¿Cuántos años cumplís?” “Una velita”, nos responde, y sonríe socarronamente.

Perturbación de la conciencia: El estado crepuscular histérico nacería de situaciones particulares que se presentan especialmente cuando un individuo está privado de la libertad, y por ende, de la intimidad. No solo se ha descrito en encarcelamientos, sino también en aislamientos forzados de grupos de personas, como en conventos, viajes en barcos, estadías en bases en los polos, largas temporadas en submarinos, etc., siempre actuando sobre la base de una personalidad histérica predisponente.

En los ambientes propuestos, es frecuen-

te que las emociones aumenten en intensidad, la cólera, el miedo, la desesperación. Esto conlleva una perturbación de la conciencia, motivo por el que después no se tiene recuerdo o solo una rememoración parcial del suceso. Nacen estados crepusculares con desorientación, especialmente en tiempo y espacio, conductas absurdas y percepciones engañosas. Pueden repetir en forma teatral la vivencia que dio origen a la reacción y que no tiene relación con el contexto presente.

Si a este estado de trastorno de la conciencia se agrega puerilismo y pararrespuestas, estaría configurado el síndrome de Ganser. En este estado, el paciente ha sufrido un oscurecimiento en el campo de su conciencia, con desorganización leve de sus contenidos, tanto los que llegan del mundo externo como los del mundo interno. Se podría afirmar que se encuentra en estado de perplejidad. Hay estrechamiento de los límites del campo de la conciencia, que se remiten a poder atender en forma relativa solo los elementos externos que ingresan por el foco de la conciencia, pero no puede detectar lo que acontece en los márgenes.

Escisión de la vida psíquica: dice Jaspers (Jaspers, Psicopatología, pp. 464-465) el mecanismo de la sugestión traba la voluntad y actúa contra la propia voluntad, se manifiestan de una manera abierta todos los deseos e instintos de la personalidad, que se muestran activos inadvertidamente. Eso es lo que se llama un proceso histérico. Se puede iniciar voluntariamente con el

deseo de simular una enfermedad, o de mentir para “parecer más de lo que se es” (Schneider), pero a poco de comenzar, la sugestión anula la voluntad y el inconsciente se expresa en toda su magnitud, por lo que el paciente queda a merced de la actuación de sus deseos, temores y tendencias ocultas [19].

Kretschmer (Kretschmer, Histeria, reflejo e instinto, pp. 87-88) intenta explicar el proceso, tomando el sencillo ejemplo de una posición viciosa del cuerpo. “En principio, se puede adoptar una posición alterada del cuerpo voluntariamente y con una finalidad específica (supongamos, un señor con dolor reumático de rodilla que renguea, porque le sirve de excusa para faltar al trabajo). Si se mantiene durante un tiempo, empieza a estructurarse por sí misma de un modo cada vez más seguro y fácil en su conexión. Luego se emancipa poco a poco de la voluntad y va adquiriendo una existencia independiente, primero semiautomática y luego plenamente automática. La voluntad no necesita hacer ya nada para que esa actitud se mantenga, incluso le resultará difícil y laborioso liberarse de ella. Es este un principio que se cumple en toda fisiología nerviosa normal, tanto en el terreno de la percepción y del rendimiento mental o noético como en el motórico” [22].

Para Kretschmer, este mecanismo es típico del sistema nervioso y domina la mayor parte de nuestra vida psíquica. Existen esquemas prefigurados filogenéticamente y automatismos secundarios aprendidos, que se injertan en el acervo hereditario. Otros son automatismos oca-

sionales. Si observamos atentamente nuestro accionar cotidiano, nos daremos cuenta de que la mayoría de nuestros actos, pensamientos, percepciones, representaciones se inician por voluntad, pero inmediatamente se liberan de ella y siguen su curso como un automatismo ocasional aprendido. Claro que al liberarse de la voluntad, pueden emerger con carga energética inusual los contenidos inconscientes y encaminar el acto hacia un objetivo diferente. Es como cuando me dirijo a una habitación a buscar un libro, entro, tomo la agenda y busco el teléfono de una persona, luego paro la acción y me pregunto por qué habré entrado allí, si ya no lo recuerdo, y porqué habré buscado el teléfono de esa persona, si no era ese mi objetivo; la voluntad me recuerda el fin original: regreso y tomo el libro. E. Bleuler, mencionado por Kretschmer, dice que en tanto se cumpla el objetivo, el automatismo permanece inconsciente, solo se vuelve consciente cuando falla.

Ahora volvamos al caso de Kretschmer, del señor que renguea para no ir a trabajar. Si regresar al trabajo lo expone a enfrentar un hecho traumático, porque antes de irse discutió con su jefe, se puede alterar la relación entre el automatismo ocasional y la voluntad. Dice Kretschmer: que el mecanismo funciona. Pero cuando termine el tiempo de su funcionamiento útil, no habrá nadie allí para desmontarlo. Para Kretschmer, en el proceso de escisión lo esencial es que “para posibilitar una fijación histórica, no hace falta ni siquiera un esfuerzo activo por mantener el mecanismo, sino que basta el puro y pasivo desinte-

Cuadro 1

Proceso de habituación histérica sencilla (Kretschmer)

Personalidad histérica → Establecimiento → Cristalización → Evolución → Consolidación

Se instala un mecanismo ocasional. Un objetivo con fin útil establece el mecanismo ocasional. Con el tiempo, el mecanismo ocasional trabaja cada vez más fácil. El proceso cobra vida propia e independiente y autónoma. Se produjo habituación, ahora es una función nerviosa refleja.

Intervención de la voluntad. Ya tiene cierta autonomía de la voluntad. Cada vez es más automático e independiente. Se emancipa cada vez más de la voluntad. No hay voluntad. Escisión de la personalidad.

res de la voluntad. Pues lo que necesita un nuevo acto volitivo específico no es la persistencia funcional del mecanismo, sino su suspensión”.

Esta forma de escisión de la personalidad, que se expresa más que nada en el mundo motor, es llamada por este autor escisión volitiva hipobúlica (Kretschmer, *Histeria, reflejo e instinto*, pp. 94) [22].

La perseveración del mecanismo ocasional y su progresiva independencia de la voluntad no solo son válidos como mecanismos para el área motora, también desempeña un papel innegable en fenómenos histéricos de tipo sensorial y en el terreno estrictamente psíquico.

Estado crepuscular histérico: el mecanismo de este suceso es explicado aceptablemente por Kretschmer [22], el histérico no soporta enfrentar sucesos traumáticos cara a cara, tampoco pone en práctica los mecanismos instintivos de huida y defensa, lo que hace es esconderse, ausentarse del conflicto poniendo en juego los mecanismos de escisión de la personalidad. Son paralelos al mecanismo de escisión volitiva hipobúlica ya descrito: “mecanismos mentales hiponoicos en el marco de la conciencia escindida: sueños, ataques y estados

crepusculares”. Entiende que estos estados son el resultado del uso exagerado que el histérico hace del mecanismo de represión. La vivencia originaria del conflicto o incluso el transcurrir del suceso traumático son sacados del foco de la conciencia y enviados por la represión a lugares oscuros y marginales de aquella, en tal grado que el paciente no los volverá a recordar. Es la forma que tiene el histérico de esconderse y no enfrentar los hechos. Cuando el suceso es extremadamente violento, la represión no alcanza y se llega a la escisión de la personalidad.

Con este acontecimiento quedan al descubierto las capas anímicas más profundas y primitivas, cuyos contenidos o formaciones hiponoicas son propios de estadios evolutivos anteriores. En estado normal, estas capas anímicas se expresan a través del arte, los mitos o los sueños. En el individuo enfermo, se expresan en la histeria, y para E. Bleuler también en la esquizofrenia [4].

Según describe Kretschmer, los procesos mentales hiponoicos tienen como características:

- No pueden ordenarse según categorías lógicas.
- No pueden ordenarse en una coordenada espacio-tiempo precisa.

- Se ordenan según el principio de la afectividad y emotividad, la llamada catatimia.

- Las representaciones se ordenan catatímicamente bajo la acción de deseos y temores.

- Este fenómeno sucede con mucha más frecuencia en los sueños y en los estados crepusculares que en el pensamiento de la vigilia normal.

- La estructura y construcción lógica del pensamiento queda interrumpida, y en lugar de palabras y pensamientos abstractos, se presentan imágenes sensoriales.

- Lo que en la persona normal durante el día se piensa con palabras, en el sueño se presenta en forma de series de imágenes intuitivas y pueden tener un orden normal. En los estados crepusculares sucede como en los sueños, y si la perturbación de la conciencia es profunda, las imágenes sufren una fragmentación aparentemente irregular y sin norma. La acción de la afectividad los acumula en grupos característicos a los que llamamos aglutinación de imágenes. En el sueño se funden los rostros de varias personas, se mezclan objetos de similar valor afectivo; Freud llamaba a este fenómeno condensación. A veces, el acento afectivo pasa de un grupo a un detalle, a un solo objeto, a este fenómeno se lo llama transferencia. Las transferencias y condensaciones tienen un valor simbólico: representan imágenes, ideas y sentimientos que en la vigilia se expresarían con una proposición abstracta.

- Estas formaciones hiponóicas, que en el histérico irrumpen en la vigilia ante la escisión de la personalidad, corresponden al estado crepuscular histérico.

El estado crepuscular se diferencia de los sueños por la importante tensión afectiva con la que se viven y por la expresión motriz, dice Kretschmer: "Las imágenes oníricas no son solo objeto de vivencia íntima, sino que son elaboradas teatralmente en movimientos" (Kretschmer, *Histeria, reflejo e instinto*, pp.151). El conflicto que no ha sido tolerado por la personalidad superior, cuando se escinde, se manifiesta como una vivencia periódicamente repetida. Esto se ha visto con frecuencia en el "mal de las trincheras": revivir la escena de terror una y otra vez (hoy conocemos esto como "trastorno de estrés postraumático": el momento se revive en pesadillas, pero también en la vigilia con los síntomas de *flash back*). Plantea el autor que no puede determinar si la descarga emocional que se produce en el estado crepuscular histérico tiene alguna utilidad para el sistema nervioso, o solo sucede en personas que tienen una debilidad en su constitución. En el estado crepuscular, el sujeto puede revivir una violación, un problema doméstico, una escena de guerra, etcétera. Una de las direcciones preferidas del estado crepuscular histérico son las regresiones a la infancia, en la que se imita la voz y la actitud de un niño pequeño, con puerilismo [22].

El síndrome de Ganser o el típico "hacerse el loco" es para Kretschmer un estado crepuscular histérico que se presenta

como una variante del puerilismo. Este es el resultado de la imposibilidad de esa personalidad de resolver el conflicto emocional al que se expone, “utilizando frecuentemente ocurrencias propias del mundo del cuento y la fábula infantil, donde lo abstracto se transforma en concreto, el mundo de símbolos se transforma en un mundo de imágenes. El contenido mental ya no es pensado, sino visto y oído” (Kretschmer, *Histeria, reflejo e instinto*, pp. 156-158) [22].

Alucinaciones: como ya vimos, el estado crepuscular histérico –del que el síndrome de Ganser es una de sus formas– vive su sueño. En el sueño no pensamos, vemos en una sucesión caleidoscópica imágenes que representan nuestros temores y nuestros deseos secretos. También podemos escuchar voces, palabras, frases, a veces relacionadas con las formas visuales y a veces en apariencia independientes de ellas. Como las alucinaciones están plenamente relacionadas con el conflicto y el mundo emocional del sujeto que las padece, quizá sería más correcto denominarlas alucinosis. Las formas visuales y verbales no tienen la característica de ser nítidas ni concretas, se proyectan en el espacio exterior, son en general cambiantes, pero tienen corporeidad, suceden con el enfermo carente de juicio de realidad en ese momento.

Conductas motoras: las conductas motoras durante el estado crepuscular pueden ser muy activas. El paciente puede mantenerse quieto, caer en una tormenta de

movimientos o presentar negativismo activo o pasivo. De hecho, lo importante del caso es que la actividad motora en estos pacientes, ya sea por exceso o por defecto, siempre está presente. Este dinamismo parece ser la respuesta a la hiperexcitabilidad del estado emocional que reacciona ante la alteración del mundo sensorial. Como ya dijimos, en el estado crepuscular la situación conflictiva es sentida y vivida, no puede ser pensada. El paciente actúa su drama fuera de la realidad, se ha escondido de ella. La parte superior de la personalidad, que aún vive en el mundo actual, se ha ocultado para protegerse del sufrimiento, y ha emergido la parte de la personalidad que, desestructurada en las sombras de su prisión, ha irrumpido y descargado las emociones contradictorias que conforman el conflicto, no en los sueños, sino en el mundo real. Es obvio que si representamos un sueño en el mundo real, a los que lo están presenciando les parece una conducta incomprensible y fuera de contexto, un delirium. En casos graves, la conducta puede ser desorganizada, extravagante y ya no deja entrever lo oculto inconsciente.

Caso clínico

Nos llamó la atención el ingreso a la clínica de una mujer de 62 años, recientemente viuda, acompañada de sus dos hijas de 28 y 32 años. Primera internación psiquiátrica, sin antecedentes de tratamientos psiquiátricos o de deterioro cognitivo, y según el médico interno, con un cuadro delirante-alucinatorio, con pensamiento incoherente, de instalación brusca. Nos

interesamos inmediatamente y consideramos en primera instancia la necesidad de descartar toda causa orgánica de psicosis. Nos encontramos ante una mujer que representaba la edad que tenía, adecuadamente vestida y peinada, con un desaliño que no iba más allá del apuro con el que había salido de la casa. Estaba sentada en la silla, erguida, con la mirada perdida en el vacío, sin prestar atención a lo que ocurría a su alrededor. Las hijas, paradas a su lado, lloraban y se lamentaban de lo ocurrido, y manifestaban que nunca habían visto así a su madre; las invitamos a salir del consultorio para iniciar la entrevista. La mujer continuaba con la mirada inexpresiva, sin atender a nuestros movimientos dentro del consultorio. Cuando la llamamos por su nombre, nos miró sin ningún interés. Le preguntamos sus datos filiatorios y respondió sin dificultad. La interrogamos sobre el motivo por el que había llegado a la clínica y nos respondió que la visita se debía dar por terminada, porque su esposo pasaría a buscarlas. Nos sorprendió, porque en los datos de la historia clínica decía que había enviudado hacía dos meses. Le preguntamos si sabía en qué lugar se encontraba, nos respondió que en la escuela de sus hijas, pero que se hacía tarde y su esposo las pasaría a buscar para llegar a casa. La conversación conservó este tono de parrrrespuestas, respuestas de lado, y frecuentes alusiones a hechos que probablemente pertenecían a la vida pasada de la paciente. Le preguntamos si había estado con su esposo ese día y nos respondió que antes de salir de la casa había hablado con él.

Entendimos que la paciente presentaba un cuadro confusional de algún tipo muy especial, pero hasta allí teníamos dudas de si se trataba de algo orgánico. Decidimos hablar a solas con las hijas.

Eran las únicas hijas, su padre había fallecido hacía dos meses, ambas eran casadas y tenían sus respectivos hogares. Desde la muerte del padre, su madre –que siempre había sido muy dependiente de su esposo– tenía serias dificultades para vivir sola. Llamaba por teléfono varias veces al día, manifestaba dolencias de todo tipo, que obligaban a las hijas a concurrir casi a diario a la casa de su madre para corroborar su estado. Si la invitaban a pasar unos días en la casa de alguna de ellas, se negaba diciendo que no quería ser una molestia. Pero se las arreglaba para que ellas fueran a su casa casi todos los días. Las hijas, agotadas de esta situación, habían ido a plantearle que lo más conveniente era que fuera a vivir a un geriátrico, donde estaría cuidada y acompañada. Podrían vender la casa familiar y con ese dinero, pagar la mejor institución. La reacción de la madre ante la brillante idea fue llorar a gritos y decir que sus hijas querían enterrarla en vida. Amenazó con quitarse la vida. Luego de un espasmo, comenzó a hablar sola, como si estuviera presente su esposo fallecido. No la podían hacer reaccionar, pasaban las horas y ella no dormía, deambulaba por la casa hablando con el “fantasma” de su esposo. Parecía hallarse en otro lugar y en otro tiempo. Cuando las hijas le insistían para que comiera, escupía todo lo que le daban. Ante esta situación llamaron a

urgencias y se decidió una internación psiquiátrica. A estas alturas comprendimos que se trataba de un síndrome de Ganser. En los días subsiguientes la paciente se negaba a levantarse de la cama, se tiraba al suelo y dejaba el cuerpo laxo y sin resistencia. Ante nuestros requerimientos presentaba negativismo activo, miraba hacia la pared y murmuraba con alguien que no veíamos. Se negaba terminantemente a comer, apretaba la boca cuando se le acercaba una cuchara con comida. Sin duda era una psicosis histérica; el problema era que la negativa a alimentarse complicaba el panorama de la espera a una reacción positiva. Se veía adelgazada y había pasado una semana, el intento con benzodiazepinas intramusculares había dado escaso o ningún resultado, evaluamos la necesidad de utilizar antipsicóticos. Por vía intramuscular las opciones eran escasas en aquella época, pero dado el negativismo pensamos que recurrir al haloperidol era lo adecuado.

Comenzamos con gotas sublinguales tres veces al día y tioridazina gotas una vez en la noche. Al segundo día de iniciado el tratamiento, comenzó a alimentarse con ayuda de enfermería. Luego comenzó a confiar sus problemas a las enfermeras, pasó un tiempo hasta que decidió confiar en los médicos, pero finalmente lo hizo. Decía no recordar nada de lo ocurrido en los últimos siete días. Solo una discusión con sus hijas por la venta de la casa. Volvió a caminar y recibió a sus hijas en buen estado de ánimo, pero se negaba a hablar sobre el futuro. Las hijas temían el resultado de una nueva propuesta. Por último, y terapeuta mediante, se llegó a un acuerdo respecto de vender la casa y comprar una vivienda más pequeña, a cuerdas de las casas de sus hijas. De alguna manera, la paciente había negociado una buena salida a su necesidad de seguir siendo atendida permanentemente por ellas.

Bibliografía

- Alonso Fernandez, Francisco "Fundamentos de la Psiquiatría Actual" – Editorial Paz Montalvo – año 1968.
- Barcia, Demetrio; "Las psicosis histéricas. Pérdidas de conciencia histéricas. El delirio histérico"; Magnan V, Sèrieux, P. Delirios sistematizados de los degenerados. Psiquiatría.COM [revista electrónica] 1998 Marzo. [citado: 16 Marzo 2008].

- Bercherie, Paul; "Los Fundamentos de la Clínica". Editorial Manantial. Buenos Aires. Año 1986. pp. 99.
- Bleuler, Eugen. "Tratado de Psiquiatría" Editorial Espasa-Calpe S.A.; España. Año 1967.
- Bleichmar, E.D. "Las histerias. En: El feminismo espontáneo de la histérica". Ed. Adotraf. 1985. pp. 151-180.
- CIE 10, "Clasificación Internacional de las enfermedades", O.M.S. Edición 10º, año1992.
- DSM IV, "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", Buenos Aires. Año 1999.
- Dupré, E. "Patología de la imaginación y de los sentimientos"; editorial Payot; París.
- Ey, Henry; Bernard G. Brisset C.; "Tratado de psiquiatría", editorial Masson; edición 8º; Barcelona 1978.
- Freud, Sigmund. "Estudios sobre la histeria"; I.S.E. 2. 1893.
- Freud, Sigmund. "Las neuropsicosis de defensa"; I.S.E. 3. 1894.
- Kaplan, Harold I.; Sadock, Benjamin J. "Tratado de Psiquiatría/VI". Editorial Intermédica. Buenos Aires. Año 1997. Vol. II. Pp.1218.
- Ganser, Sigbert (1897) "Estado particular de histeria crepuscular". Stagnaro, J.C. [comp.], Alucinar y delirar, Pólemos, Buenos Aires, 1998, p.197-204.
- García-Valdecasas, J. et al; "Encuadre nosológico de la psicosis agudas: Revisión a propósito de un caso"; Revista de la Asociación Española, Vol.XXV, Nº 95.
- Goldar, Juan Carlos; "Las psicosis confusionales endógenas"; revista Alcmeon nº 52; año XVI; vol. 13, Nº 4, marzo de 2007.
- Grinker, R. Neurosis, psicosis y estados límites. En: Tratado de Psiquiatría, Freedman, Kaplan &Sadock. Tomo I. Salvat Editores; año 1982.
- Holgado, Héctor Hueso; "Psicosis Histérica o Trastorno Disociativo Psicótico. El Problema de la Nosología Psiquiátrica"; VITAE academia biomédica digital N°34, Enero-Marzo 2008.
- Hollander, MH., Hirsch, S. Hystericalpsychosis. Am. J. Psychiatry. 1964, 120-1066
- Jaspers Karl, Psicopatología General. Editorial Beta, cuarta edición, Buenos Aires, 1980.Julio/Septiembre 2005.
- Kernberg, O. "Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico". New York, JasonAronson. Año 1975.
- Kernberg, O. "Problemas en la clasificación de los trastornos de personalidad. En: Trastornos graves de la personalidad". Ed. El manual moderno SA, 1984.
- Kretschmer, Ernst; "Histeria, reflejo e instinto"; editorial Labor; Barcelona, Madrid 1963.
- Linn, L. "Otras urgencias psiquiátricas". En: Tratado de Psiquiatría de Freedman, Kaplan &Sadock. Tomo II. Salvat Editores. 1982, 1963-1976
- Millon, Theodore; "Trastornos de la personalidad", "Más allá del DSM IV"; editorial Masson; Barcelona 2000.
- Mussa, Alexis; "Tratamiento psicofarmacológico de las descompensaciones histéricas" revista Alcmeon nº 2 ; Año XIV, vol 12, abril de 2004.
- Véjar, Raúl Riquelme; OksenbergSchorr, Alex; "Trastornos de la personalidad" "Hacia una mirada integral"; Sociedad chilena de Salud Mental; Santiago de Chile; diciembre 2003.
- Wernicke, Carl; "Las psicosis histéricas. Pérdidas de conciencia histéricas. El delirio histérico"; Psiquiatría.com; revista electrónica de psiquiatría; Vol nº 2, nº1; marzo 1998.
- Wernicke, Carl; "Tratado de Psiquiatría" Comp. Outes, Diego, Tabasso, José. Editorial Polemos. Buenos Aires. Año 1980. pp. 457.

Síntomas somáticos y desórdenes relacionados (DSM V) (DSM IV: trastornos somatomorfos)

Ezequiel Cortese

Definición

El manual diagnóstico DSM IV definía a los trastornos somatomorfos como un agrupamiento de condiciones psiquiátricas que se distinguían por presentar manifestaciones somáticas (signos y síntomas, o perturbaciones de algunas funciones corporales), o preocupaciones somáticas, que estaban influenciadas por un desorden psíquico o mental (1).

Involucraba a los trastornos detallados en el cuadro 1.

Agregaba que estos trastornos comenzaban a sospecharse cuando el profesional se topaba con la presencia de un núcleo clínico caracterizado por:

- Manifestaciones somáticas, o quejas, o preocupaciones somáticas.
- Asociadas a conflictos psicológicos en su inicio, exacerbación o mantención.

Y se confirmaban cuando las manifestaciones somáticas no obtenían una justificación etiológica clínica, luego de los exáme-

nes pertinentes (1).

Sin embargo, el DSMV centra su atención en otros aspectos que determinan una reorganización significativa de los tipos de trastornos existentes, agrupados bajo la rúbrica de síntomas somáticos y desórdenes relacionados (cuadro 2) (2).

Por un lado, intenta incrementar la operatividad de la clasificación en el ámbito práctico mejorando su utilidad en el nivel de cuidados primarios al proporcionar una guía eficiente para el diagnóstico positivo y diferencial efectuado por el médico clínico o de familia quien, por lo general, afronta el primer contacto que realizan estos pacientes con el sistema de salud.

Por otro lado, se modifica el núcleo de la definición de los anteriores trastornos somatomorfos, dejando a un lado el énfasis puesto en la carencia de explicación médica de los síntomas somáticos (aunque este criterio continua siendo necesario para el diagnóstico de trastorno conversivo), con-

Cuadro 1

Trastornos somatomorfos DSM IV

Con predominancia de signos y síntomas corporales	Con predominancia de preocupaciones referidas al cuerpo
Trastorno de somatización	Trastorno hipocondríaco
Trastorno somatomorfo indiferenciado	Trastorno dismórfico corporal
Trastorno conversivo	
Trastorno por dolor	

centrándose en los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales que el síntoma somático genera, es decir, la manera en que estos son interpretados y presentados por el paciente.

La anterior postura es propugnada por el DSMV, dada la imposibilidad, la mayoría de las veces de efectuar una disección clara y precisa con los medios clínicos y estudios complementarios a disposición en la actualidad, entre síntoma psicógeno y síntoma orgánico. Se le debe sumar la mayor frecuencia de síntomas “funcionales” o “psicógenos” entre los pacientes con enfermedades orgánicas reconocidas en oposición al resto de la población.

Se encuentran razones adicionales para consumir el destierro de la noción de síntoma somático sin explicación clínica en el sesgo que representa al abogar por una concepción dualista entre mente y cerebro,

objetable desde el conocimiento actual que entiende a estos fenómenos como una unidad monolítica, y porque también implica un rótulo que contribuye y ha contribuido a la estigmatización de estos pacientes como farsantes y simuladores.

Sin embargo, es un criterio capital que se conserva para el trastorno conversivo y la pseudociesis, en donde es posible demostrar con certeza la incompatibilidad entre sus manifestaciones y la ausencia de perturbación patofisiología [2].

Por lo tanto, el diagnóstico de los cuadros que forman este apartado se sospecha ante la presencia de:

- Síntomas somáticos prominentes asociados a una carga significativa de angustia, malestar e incapacidad en el desempeño de la vida diaria.
- Cogniciones, sentimientos y conductas (de preocupación y excesivas) anormales en

Cuadro 2
Correspondencia en los trastornos somatomorfos del DSM IV y los trastornos por síntomas somáticos y sus desórdenes relacionados del DSM V

Síntomas somáticos y desórdenes relacionados (DSM V)	Trastornos somatomorfos (DSM IV)
Trastorno de síntomas somáticos	Trastorno de somatización Trastorno somatomorfo indiferenciado Trastorno hipocondríaco (el 75 % de los trastornos hipocondríacos del DSMIV, aproximadamente) Trastorno por dolor
Trastorno de ansiedad a las enfermedades	Trastorno hipocondríaco (el 25 % restante de los trastornos hipocondríacos del DSM-IV que no se acompañaban de somatizaciones)
Trastorno conversivo	Trastorno conversivo
Factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas	
Trastornos facticios	Trastornos facticios (antes formaban parte de otro apartado)
Otros síntomas somáticos y desórdenes relacionados especificados	
Síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados	Trastorno somatomorfos no especificados

respuesta a las manifestaciones somáticas.

- Manifestaciones clínicas inexplicables desde un punto de vista médico; criterio que solo debe cumplirse para el diagnóstico de trastorno conversivo y pseudociesis.

Una de las consecuencias de este cambio de perspectiva es la tolerancia a la posibilidad de comorbilidad entre enfermedad médica y trastornos relacionados con síntomas somáticos, no siendo mutuamente excluyentes.

El DSM-V intenta perfeccionar el modelo biopsicosocial de los procesos de salud y enfermedad, aseverando la pluralidad factorial en la contribución de la configuración de los trastornos con síntomas somáticos, arribando a una visión de los trastornos con síntomas somáticos como la expresión de un sufrimiento personal inserto en una cultura y contexto social determinado [cuadro 3].

Historia

Parece contradictorio incluir un apartado de esta tópica en el seno de un libro sobre manejo en la urgencia, sin embargo, me

excuso subrayando que el conocimiento invaluable de los clásicos nos permite estar precavidos de una plétora de constelaciones signo-sintomatológicas que las modernas clasificaciones obvian, y que son de un valor orientativo en la práctica diagnóstica, adquiriendo ahí su importancia y lugar en el proceder exigente, eficiente y perentorio que demanda la situación de urgencia.

Si no podemos plantear diagnósticos positivos y diferenciales, el abordaje terapéutico subsiguiente adolecerá de capacidad resolutive. En definitiva, volver a los clásicos para cubrir las falencias de los manuales diagnósticos imperantes, es lo que justifica este espacio del capítulo, y que los casos clínicos que se presentarán no harán más que ratificar este sendero.

Es a partir del siglo XIX que comienzan las descripciones de los trastornos histéricos que sirven de antecedentes a la concepción actual de los trastornos somatomorfos y disociativos. Briquet fue quien impulsó un estudio de la histeria enarbola-

Cuadro 3

Modelo biopsicosocial de los trastornos psiquiátricos

Nivel biológico: vulnerabilidad genética y biológica	Un incremento en la sensibilidad al dolor.
Nivel psicológico: experiencias vividas y patrones de aprendizaje	Experiencias de violencia, abuso, etc. Aprendizaje de patrones de respuesta, como por ejemplo, obtención de atención a partir de la enfermedad, carencia de refuerzos que validen expresiones no somáticas de angustia y malestar.
Nivel social: las normas culturales y sociales que legitiman un canal de expresión de malestar	El sistema de creencias en una cultura acerca de cómo categorizar las experiencias corporales, percibir los procesos de salud y enfermedad y modos de brindarle tratamiento, afectan la presentación, identificación y manejo de las manifestaciones corporales, existiendo culturas que estigmatizan e invalidan el sufrimiento psicológico obligándolo a ser canalizado como sufrimiento físico.

do en las premisas de la ciencia positiva, en donde se debía partir de la observación clínica desprejuiciada y luego inducir leyes generales que expliquen el comportamiento de los hechos, relegándose la especulación teórica y etiológica a un estadio posterior. Fue así como aisló un conjunto de manifestaciones variadas, pero circunscritas, y no tan inconstantes como se creía, que afectaban diversos sistemas funcionales del organismo. De esta descripción se deriva el denominado síndrome de Briquet, sostén de la categoría de trastorno de somatización pergeñada por Perley (1962), Guze (1967) y Woodruff (1968), (3).

Charcot, heredero intelectual de su maestro Briquet, perfeccionó el estudio de

la histeria, hallando las supuestas leyes que la gobernaban, en especial las de las manifestaciones episódicas o ataques. Partidario de una concepción organicista de los fenómenos histéricos, describe la histeria concebida según el modelo de enfermedad, en donde una predisposición degenerativa hereditaria se haya en el trasfondo etiológico y patogénico del cual dimanen los ataques histero-epilépticos episódicos, en los cuales es posible distinguir una clínica característica y una evolución en fases, además de la existencia de otras manifestaciones permanentes.

Los ataques histéricos son descriptos por Charcot según el cuadro 4 (4) (22).

Por otro lado, se describían una gran pro-

Cuadro 4

Clínica del ataque histérico de Charcot

Gran crisis histérica
Periodo premonitorio: pródromos y aura histérica (manifestaciones variadas en el campo psíquico, la motilidad, las funciones orgánicas, la sensibilidad, alucinaciones, etc.).
1º Periodo (epileptoide): fase de comienzo con movimientos involuntarios, pero con conservación de la conciencia, la cual declina hasta enturbiarse por completo con el advenimiento de la fase tónica, seguida de la fase clónica, y por último, la fase de resolución con relajación muscular.
2º Periodo (contorsiones y movimientos exagerados, payasesco o <i>clownismo</i>): se trata de posturas sin finalidad en la cual sobresale el arco histérico en opistótonos o en emprostótonos, o lateral.
3º Periodo (posturas pasionales o poses expresivas): se trata de un estado crepuscular onírico, o sea, con manifestaciones delirantes y alucinatorias en donde se suceden posturas y expresiones de fuerte contenido emocional. Poses de crucifixión, de defensa, de amenaza, de éxtasis, eróticas, infantiles, etc. El paciente luego puede recordar lo experimentado.
4º Periodo (periodo de delirio): el paciente comienza a estar más conectado con el medio y en vez de protagonizar el delirio, lo relata, tornándose más aisladas las alucinaciones, cambiando gradualmente a ilusiones antes de recobrar el contacto habitual con la realidad. La temática es variada y ciertos residuos neurológicos de los estados previos perduran tenuemente, como contracturas, paresias, parestesias, etc.
FORMAS MENORES: se trata de ataques incompletos, en donde la sucesión reglada de fases como en la histeria mayor no se cumple, pasándose rápidamente de una fase a otra, o puede no existir alguna de estas, etc.
FORMAS ATÍPICAS: involucra una serie de ataques aislados, los que representan aproximadamente una fase de la histeria mayor o algún componente de estas. Son ejemplos: el síncope histérico, los ataques de espasmos, epileptoide, demoniaco, pasional, de posturas ilógicas, de delirio, de contractura, de sueño y de catalepsia.

fusión de manifestaciones por fuera de los ataques, permanentes en cuanto a su presencia en general, aunque volubles en particular. Ordenados en la monografía sobre la Histeria de 1899 de Grasset, se mencionan aquellas manifestaciones de la motilidad, sensibilidad, vasomotoras y de las funciones psíquicas (ver cuadro 5) (4). Estos accidentes clínicos se hallan en continua sucesión, siendo cada uno inconstante en cuanto a duración, localización y cualidad.

Sobre esta descripción de síntomas episódicos y permanentes se apoya gran parte de la definición de los trastornos somatomorfos del DSM IV, con sus manifestaciones clínicas, variadas, inconstantes, e inconsistentes, y aquellas otras neurológicas predominantes en los trastornos conversivos y que incluyen a las crisis pseudo-convulsivas.

Babinsky, alumno de Charcot, estaquea la concepción somaticista de su maestro al

reducir el fenómeno histérico a un producto de la autosugestión (22).

Freud, continua la línea de Babinsky al defender la causalidad psíquica detrás de la clínica histérica, concibiendo a la signo-sintomatología de esta condición como la expresión simbólica padecida en el cuerpo, de un conflicto de tendencias del psiquismo, transacción entre un deseo inconsciente prohibido, de tinte sexual, y su represión de acuerdo con las normas de comportamiento que exige la cultura. Con este enfoque económico Freud condensa la proteiforme expresión clínica en una fórmula lógica del funcionamiento del psiquismo, donde la prevalencia del mecanismo conversivo luego del accionar de la represión explica, en el marco de una teoría psicopatológica, la característica formación de síntomas de la histeria.

Es en la figura de Janet donde se hallan

Cuadro 5

Clínica permanente de la histeria según Grasset

Síntomas motores (Consta de contracciones, relajaciones y la sucesión de ambos estados, afectando diversos sistemas funcionales del organismo)	Bolo esofágico o sensación de constricción u opresión del tubo digestivo superior; vómitos; dispepsia; cólicos; meteorismo; contracción laríngea y grito; hipo; estornudos y bostezos incoercibles; tos; palpitaciones; incontinencia urinaria; vaginismo; temblor; paresias; calambres; entumecimientos, etc.
Síntomas sensitivos	Anestesias; parestesias; hiperestesias; dolores de todo tipo en cualquier localización. Anosmia; acromatopsia; ceguera; sordera, etc.
Síntomas vasomotores	Oscilación entre rubor y palidez en la cara; sensación de frío o calor en las extremidades; alteraciones menstruales; hemorragia; crisis de sudoración; equimosis; dermatografismos; reacciones urticarias; fiebre, etc.
Síntomas psíquicos	Variables en cuanto a su intensidad y duración. Pueden presentarse delirios, alucinaciones, alteraciones del estado de conciencia. También se describen los rasgos del carácter histérico centrados en la búsqueda de atención y la volubilidad de los pensamientos y afectos.

las bases que delimitan con mayor claridad los fenómenos disociativos histéricos (5), circunscribiendo la problemática a la especial susceptibilidad de la conciencia del histérico, con una debilidad de la tensión psíquica aglutinante e integradora, determinando una propensión a estados de desintegración de su ordenamiento jerárquico y subsiguiente reemplazo por los automatismos mentales y motores más primitivos que se muestran a la vanguardia en los estados disociativos.

Las representaciones imaginarias se vivencian con intensidad al punto tal de ejercer un efecto hipnótico y cobrar autonomía al realizarse como alucinación o acto motor automático desconectado de la unidad del psiquismo, que termina por perderse. Janet describe los estados segundos, antecedente del trastorno de identidad múltiple, y proporciona valiosas consideraciones a la locura histérica, en donde se aprecia una ponderable productividad alucinatoria y delirante en el terreno de una conciencia disgregada y crepuscular.

Kretchmer irrumpe con una visión pluri-dimensional, en donde lo psicogenético se articula con lo organogénico, en la construcción de un modelo estratiforme del psiquismo. Menciona que ciertas constituciones tienen una mayor probabilidad de desencadenar las denominadas reacciones primitivas, en donde incluye a las manifestaciones histéricas. Articula así, rasgos permanentes de ser con una susceptibilidad a desarrollar manifestaciones somáticas y neurológicas permanentes (utilizando el recurso que le brinda el estu-

dio de los reflejos de habituación/sensibilización y los condicionados), además de la tendencia a la disgregación de la conciencia, entendida como estado crepuscular histérico. Marco en el cual el nivel de procesamiento de la información superior, racional y teleológico, es opacado por la irrupción del nivel automático del psiquismo, que en el plano de las representaciones del pensamiento le imprime un orden irracional denominado hiponico, y en el plano motor, se tornan hegemónicos los automatismos motores con fuerte impronta afectiva, conocidos como demonio hipobúlico (6) (7).

Kretchmer logra hilvanar una discontinuidad de constelaciones clínicas imputadas a la histeria, en el punto de partida de una constitución hereditaria característica, siendo la personalidad histérica con sus rasgos de búsqueda de atención desmesurado y las manifestaciones clínico neurológicas persistentes, compatibles con una susceptibilidad incrementada a desplegar ataques hipobúlicos del estilo histero-epiléptico, o reacciones crepusculares disociativas, a veces con atributos oniroides, dentro de las cuales se halla una parte de las antiguas descripciones de la locura histérica.

Así, estas reacciones o ataques histéricos se pueden dar en otros terrenos constitucionales y también de acuerdo con determinadas contingencias, abonando por una teoría que entiende a la histeria como una reacción preconfigurada filogenéticamente, entendida como una respuesta primitiva por la supervivencia y la reproducción.

Podemos aventurarnos a colegir que desdibujadas en la clasificación de los trastornos somatomorfos y disociativos del DSM IV, se encuentra una serie de desórdenes herederos de las concepciones clásicas de la histeria (ver cuadro 6), por supuesto, desprovistos de toda especulación teórica.

Clasificación de los trastornos con síntomas somáticos y desórdenes relacionados (DSM V) (2)

Trastorno de síntomas somáticos

Se trata de un trastorno que se estructura en tres pilares clínicos y evolutivos:

- La presencia de múltiples síntomas somáticos que generan malestar e interferencia significativa en el desempeño de las actividades cotidianas (CRITERIO A).
- Presencia de cogniciones, sentimientos

y conductas desmesuradas en respuesta a la signo-sintomatología somática, o la existencia de preocupaciones concernientes a la conservación de la salud (CRITERIO B). Lo consignado se expresa según uno o más de los siguientes ejemplos:

- Cogniciones persistentes y desproporcionadas acerca de la severidad de los síntomas somáticos. Estos son indicios de una enfermedad importante, experimentándolos como amenazantes y perjudiciales además de molestos.
- Los pacientes ostentan un nivel persistente de ansiedad en relación a su estado de salud o sus síntomas.
- El paciente le dedica un tiempo excesivo y una atención desmesurada a las preocupaciones acerca de la salud o a los síntomas somáticos. Esto conlleva una conducta de utilización incrementada de los servicios

Cuadro 6

Correlación aproximada entre la noción de histeria clásica y los trastornos somatomorfos y disociativos del DSM IV

Histeria clásica	DSM-IV- TR
Manifestaciones permanentes de la histeria Síndrome de Briquet	Trastorno de somatización. Trastorno somatomorfo indiferenciado. Trastorno por dolor. Trastorno conversivo.
Ataque histero-epiléptico	Pseudocrisis del trastorno conversivo. Sonambulismo (formas atípicas de la crisis histero-epiléptica). Narcolepsia (forma atípica de la crisis histero-epiléptica).
Personalidad histérica	Trastorno histriónico de la personalidad (eje II).
Locura histérica	
Estados segundos	Trastorno de identidad múltiple.
Estados agudos, delirantes y alucinatorios, con conciencia crepuscular. Fenómenos de trance y posesión (Algunos consideraban que se trataba de una fase aislada de la crisis histero-epiléptica)	Trastorno psicótico breve con conciencia alterada. Trastorno esquizofreniformes. Trastorno disociativo de trance y posesión.
Con desarrollo de demencia posterior (deterioro)	Esquizofrenia.

de salud, sin una resolución taxativa de sus demandas, y en casos severos, estas preocupaciones pasan a ocupar un rol central en la vida del enfermo, convirtiéndose en un lugar de identificación y desde el cual entabla relaciones interpersonales.

- Persistencia del estado sintomático (típicamente mayor a 6 meses de duración), a pesar de que los síntomas somáticos no se hallan continuamente presentes, pudiendo variar en intensidad, cualidad y existencia (CRITERIO C).

Por otro lado, se incluyen rasgos cognitivos y conductuales que pueden ayudar al diagnóstico. Dentro de los primeros se puede mencionar a la atribución errónea de enfermedad física a sensaciones fisiológicas del organismo al punto de configurar las interpretaciones catastróficas, la preocupación persistente acerca de las enfermedades, o el temor a realizar actividad física en tanto sea considerada deletérea para la salud. Entre las segundas se aprecia un chequeo repetitivo de anormalidades en las sensaciones corporales, consultas médicas frecuentes, y evitación de la actividad física.

Otro rasgo característico es el alivio transitorio o la franca reacción terapéutica negativa ante las explicaciones médicas que niegan enfermedad significativa. En la vereda de enfrente, las reacciones de frustración, intolerancia y evitación por parte del clínico son hallazgos contra-transferenciales frecuentes.

Se describen como especificadores, la prevalencia de dolor (antes trastorno por dolor), y la persistencia de las manifesta-

ciones somáticas acompañadas de deterioro social, laboral o de las relaciones interpersonales, por más de 6 meses.

A diferencia del DSM IV, no se explicitan las manifestaciones somáticas, ni el número de síntomas que se deben cumplir o las áreas implicadas.

Trastorno de ansiedad a enfermedades

Se trata de un cuadro que reúne como características principales:

- Una preocupación por padecer o adquirir una enfermedad grave, habitualmente apoyada en sensaciones fisiológicas o signos físicos no patológicos. El intenso malestar o angustia que comporta la preocupación por el estado de salud es secundario a la interpretación que realiza el paciente acerca del significado y la causa de los presuntos indicios de enfermedad que padece y no de las sensaciones en sí mismas que acusa.

- Ausencia de síntomas somáticos identificables, o de estar presentes, son leves, no predominantes y no capitalizan la atención.

Sin embargo, cabe mencionar que no es obligatorio descartar una condición médica o la presencia de un riesgo alto a desarrollarla, sino por el contrario, pueden darse a menudo, solo que en este caso la preocupación generada es francamente excesiva, desmedida y sin relación de correspondencia con la severidad implicada.

La constelación de manifestaciones anteriores se acompañan de una hipersensibilidad frente a temas de salud, sobresaltándose el paciente con facilidad ante noticias de epidemias, conocidos que enferman, etc.

También aparecen conductas de control y testeo del estado de salud. A menudo es un chequeo continuo de los signos corporales evaluando modificaciones cuantitativas y cualitativas, lo que insume tiempo. También en la misma línea, se aprecia una búsqueda excesiva de conocimiento acerca de la enfermedad en cuestión. Por ejemplo a través de internet, y una igualmente repetitiva tendencia a buscar seguridad y apoyo en familiares, amigos y médicos. También se presentan conductas evitativas.

La preocupación por su salud no se mitiga con el juicio esclarecedor del clínico, el curso benigno o los estudios complementarios con resultados normales. Así, la posible enfermedad y preocupación que la acompaña, pasan a ser lugares de identificación con los que se definen a sí mismos, y desde donde entablan intercambios interpersonales.

Habitualmente, como todos los trastornos del apartado, su curso tiene periodos de remisión y de exacerbación, sensibles a motivos estresantes, siendo necesario para efectuar el diagnóstico cumplimentar un plazo de 6 o más meses, en los cuales se genera un deterioro en el desempeño de las tareas cotidianas y un déficit en los rendimientos socio-laborales, además de tensar las relaciones interpersonales al generar frustración en sus allegados con las insaciables quejas que estos pacientes despliegan.

Se describen dos tipos de conducta en relación a la búsqueda de cuidados o no, denominados tipo evitativo de cuidado y tipo buscador de cuidado. En el primer

caso, los pacientes pueden evitar tajantemente visitar domicilios de allegados enfermos o a realizar actividad física, etc.

Trastorno conversivo

Cuadro que se soporta en los siguientes pilares diagnósticos:

- Presencia de uno, o más síntomas en los sistemas motor voluntario o sensitivo / sensorial.
 - Hallazgos clínicos que proveen evidencia de incompatibilidad entre las manifestaciones sintomáticas y las distintas condiciones o enfermedades neurológicas y clínicas, explicitándose como ausencia de correspondencia con el normal funcionamiento anatómico y fisiológico del organismo. Es menester demostrar dicha incompatibilidad, sin arribar a dicha conclusión de manera precipitada por el carácter estrafalario de las manifestaciones, o porque un resultado aislado del examen clínico o de laboratorio es normal. Se debe demostrar que un determinado signo físico hecho presente a través de un método de evaluación deja de serlo si es examinado con otro.
 - Las manifestaciones signo-sintomáticas no se explican mejor por otros trastornos médicos o mentales.
 - Los déficits y síntomas causan un malestar clínicamente significativo, deterioro en el desempeño socio-laboral y en otras áreas importantes del funcionamiento, o justifican una junta médica.
- Este cuadro se acompaña de otros rasgos adicionales:
- Historia de múltiples síntomas somáti-

cos similares.

- Comienzo asociado a situación de estrés o traumática, de naturaleza psíquica o física; en donde es posible establecer una relación temporal entre el cuadro clínico y los anteriores.

- Con mucha frecuencia asociado a síntomas disociativos, como la amnesia disociativa, despersonalización y desrealización.

- Es frecuente la comorbilidad con trastornos depresivos, de ansiedad, trastornos disociativos y trastornos de personalidad.

- Es frecuente la historia de abuso físico y sexual infantil, y negligencia por parte de los progenitores. También los antecedentes de haber experimentado eventos traumáticos y estresantes.

- Los trastornos conversivos a menudo coexisten con enfermedades clínicas y neurológicas, considerándose un factor de riesgo para el desarrollo de desorden conversivo la presencia de enfermedades neurológicas que en su haber contienen síntomas similares.

Por otro lado, el fenómeno de *belle indifference*, tan emparentado con la antigua definición de histeria, y la ganancia secundaria son frecuentes en los trastornos conversivos, pero inespecíficos.

La expresión clínico-neurológica de este trastorno es proteiforme, pudiendo ser transitoria y permanente. El cuadro 7 recoge las principales expresiones clínicas.

Factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas

Los rasgos esenciales de este trastorno se circunscriben a la presencia de factores psicológicos o conductuales que afectan negativamente una condición médica, incrementando el riesgo de padecimiento, muerte, o discapacidad. Estos factores intervienen modificando adversamente:

- El curso, apreciándose una íntima conexión entre los factores psicológicos y el desarrollo, exacerbación o retraso en la recuperación de la condición médica en cuestión.

- El tratamiento de la patología médica de base, por ejemplo, interfiriendo con la adherencia al tratamiento.

- El pronóstico, en tanto se constituyen como factores de riesgo independiente para la salud.

- La fisiopatología subyacente, influenciando el desencadenamiento y exacerbación de los síntomas, o favoreciendo la necesidad de atención médica.

Estos factores psicológicos o conductua-

Cuadro 7

Principales manifestaciones del trastorno conversivo

Sistema motor	Paresias, parálisis, alteraciones de la marcha (incoordinación, ataxia, adiadococinesia, etc.), distonías, disquinesias, mioclonias, disfagia, pseudo-convulsiones, disfonía, disartria, mutismo, diplopía, etc.
Sistema sensorial	Parestesias, anestias, ceguera psíquica, sordera psíquica, etc.
Sistema visceral	Vómito psicógeno, el bolo hístico, náuseas, diarrea/constipación, retención urinaria, manifestaciones vasomotoras, sofocos/escalofríos, síncope hístico.

les incluyen al malestar psicológico, determinados patrones de interacción interpersonal, estilos de afrontamiento de situaciones estresantes, y comportamiento desadaptativo en el ámbito de la salud, como son ejemplos, la negación de las manifestaciones y la pobre adherencia a las recomendaciones médicas. También el empeoramiento de las crisis asmáticas por la acción de la ansiedad, o la manipulación del uso de insulina en pacientes diabéticos con el objeto de perder peso, ilustran como se da en la práctica esta condición.

Trastornos facticios

Cuadro caracterizado por la falsificación de signos y síntomas físicos o psicológicos, o por la inducción de un daño o enfermedad, en correspondencia con la identificación de su condición de engaño. Con este cuadro se intenta buscar o demandar una atención médica o tratamiento.

Existen dos subtipos de desorden facticio, en donde o es la propia persona la que se presenta frente a los otros como enferma, dañada, o herida, o se presenta a otro individuo, habitualmente un familiar al cui-

dado de quien padece este trastorno, como enfermo, herido o dañado.

Este comportamiento falaz requiere ser demostrado a través de la puesta en evidencia de una conducta que simula, distorsiona o causa signos y síntomas de una enfermedad o herida, en ausencia de una ganancia material o recompensa externa identificable, a diferencia de los trastornos de simulación. Para el diagnóstico además es necesario descartar trastornos psicóticos.

Dentro de la metodología utilizada para generar este efecto, se puede mencionar a la exageración de manifestaciones presentes, la simulación y fabricación, o la inducción de estas.

Los tipos de manifestaciones son múltiples y variadas, incluyéndose en el cuadro 8 las más frecuentes.

Otros trastornos con síntomas somáticos y desórdenes relacionados especificados

Se trata de una categoría diagnóstica que aglutina aquellas presentaciones en las cuales no se cumplen los criterios necesarios para establecer alguno de los trastornos antes mencionados, aunque se produ-

Cuadro 8

Características del trastorno facticio

Ánimo depresivo e ideación suicida secundaria a episodios traumáticos no experimentados. Por ejemplo, el paciente puede acusar el fallecimiento de un familiar como invención.
Reporte de clínica neurológica: mareos y vértigo, convulsiones, pérdida del conocimiento.
Manipulación de variables de laboratorio. Por ejemplo, adicionar sangre a un examen de orina).
Adulterar la historia clínica.
Ingerir sustancias para inducir resultados anómalos de laboratorio o enfermedad (por ejemplo, utilizar sobredosis de anticoagulantes orales, o de insulina).
Auto-infligirse lesiones o causárselas a otros, o inducir enfermedades (por ejemplo, ingerir elementos de metal, o propinarse golpes, o inyectar materia fecal para generar abscesos y sepsis, etc.).

ce un malestar clínico significativo con deterioro socio-laboral y de otras áreas importantes de la actividad del paciente.

Son ejemplos:

Trastorno de síntomas somáticos breve: en donde no se cumple el criterio de duración de 6 o más meses.

Trastorno de ansiedad a las enfermedades breve: en donde las manifestaciones tienen una duración menor a 6 meses.

Trastorno de ansiedad a las enfermedades, sin conductas desmesuradas relacionadas al cuidado de la salud, en donde el criterio D no se cumple.

Pseudocinesis: se trata de la creencia falsa de estar embarazada, asociada a signos físicos objetivos y síntomas de embarazo.

Trastornos con síntomas somáticos y desórdenes relacionados no especificados

Esta etiqueta diagnóstica solo se debe utilizar frente a situaciones inusuales en donde se requiere más información para realizar un diagnóstico compatible con alguno de los trastornos antes enumerados.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de síntomas somáticos en la población adulta se encuentra dentro del 5 %-7 %, con una proporción de mujeres significativamente mayor que de hombres. En el caso de trastorno de ansiedad a las enfermedades, en tanto heredero del trastorno hipocondríaco, se estima entre el 3 %-8 %, sin preferencias por sexo. Para el trastorno de conversión se maneja una prevalencia del 5 % aproximadamente, con predominio en

mujeres. Mientras que la prevalencia en el ámbito hospitalario de los trastornos facticios se encuentran dentro del 1 %.

Manejo en la urgencia: abordaje diagnóstico y abordaje terapéutico inicial

Abordaje diagnóstico

En la práctica, los pacientes que padecen algún trastorno de los incluidos en el apartado de síntomas somáticos y trastornos relacionados, no se presentan bajo este rotulo. Están incluidos en el basto conjunto de los pacientes con somatizaciones, definidas antiguamente como síntomas o quejas físicas, para las cuales no existía una explicación médica evidente, entendiendo que el individuo de manera inconsciente traducía su malestar emocional en estas manifestaciones somáticas.

Lipowski, propuso una definición de las somatizaciones que se despojaba de todo residuo psicologista, plasmándola como aquella tendencia a experimentar y comunicar síntomas somáticos que no se explican por hallazgos patológicos atribuibles a enfermedades físicas, acompañados de solicitud de ayuda médica [8].

A la luz de lo sentenciado en el DSM-V para este conjunto de trastornos, el foco de interés se modifica y pasa a reposar en las creencias que se establecen a partir de las manifestaciones somáticas, no siendo necesaria la constatación de ausencia de hallazgos clínicos patológicos y de pruebas complementarias igualmente anormales, por lo menos para los trastornos de síntomas somáticos y de ansiedad a enfermedades, aunque si para los conversivos.

De todas formas, el rasgo común de todos los trastornos que conforman este apartado son los síntomas o quejas somáticas asociadas a malestares que generan una discapacidad mientras estén presentes. Por lo tanto, es correcto considerar el abordaje de estos pacientes como incluidos en el grupo de las somatizaciones, no centrandó su definición en la ausencia de etiología médica, sino más bien en el malestar y las interpretaciones disfuncionales que despiertan. En tanto, esto último, tiene un valor pragmático más significativo.

Los anteriores estudios sobre los síntomas y quejas somáticas sin base orgánica reconocible, informaban sobre su notable frecuencia en la consulta médica de atención primaria. En un estudio realizado en EE.UU., el 80 % de las consultas en atención primaria por vértigo, precordialgia o fatiga, no arrojaron resultados confirmatorios de patología orgánica ostensible (9). Por otro lado, se calcula que los gastos que le insume al sistema de salud cada paciente con algún trastorno de somatización es nueve veces mayor que el generado por el promedio de pacientes con enfermedad clínica (9). Razones justas para considerar seriamente la problemática que representan y la forma de abordarla.

Además, la principal vía de entrada al sistema de salud de las personas con el diagnóstico del DSM IV de trastornos de somatización no son los servicios de psiquiatría sino los de clínica médica y de guardia.

Las anteriores son razones suficientes para esbozar una ruta diagnóstica inquisiti-

va, que ha de partir del paciente con somatizaciones, entendidas con independencia de la identificación o no de una enfermedad médica, plantear diagnósticos diferenciales que permitan encaminar la solicitud de estudios adecuados para descartar otras patologías o desórdenes funcionales. Y por último, arribar al posible diagnóstico de los trastornos de este apartado, lo cual requerirá captar la constelación de indicios que permiten sospechar su presencia, sabiendo que no es incompatible la comorbilidad con enfermedades médicas capaces de generar síntomas similares, sabiendo de la excepción del trastorno conversivo y la pseudociesis, que ameritan un abordaje distinto.

En definitiva, se puede afirmar que el establecimiento del diagnóstico concluyente será una tarea que demandará tiempo, sin que esto signifique una demora en la aplicación de ciertas medidas terapéuticas generales que desde el comienzo se pueden utilizar cuando la sospecha de estos trastornos es prematura y existen factores psicosociales a los cuales abordar. De hecho, está contraindicado esperar los resultados de pruebas complementarias para descartar enfermedad médica identificable cuando se da esta última situación (10).

De lo expuesto, ante la presencia de un paciente con somatizaciones, se puede coleccionar una ruta por la cual hacer transitar el inquirir diagnóstico, la cual se debe apoyar en una anamnesis profunda que indague antecedentes personales y familiares en simultáneo a un fino análisis de la situación actual, incluyendo la búsqueda de

estresores psicosociales, detallando la dinámica familiar, las interrelaciones que mantiene el paciente con sus congéneres, y su desempeño laboral, entre otros.

Es decir, enmarcarse en una perspectiva biopsicosocial que no se restrinja a la mera recolección de datos objetivos. Con esta dirección se puede ordenar la labor del profesional de acuerdo con los siguientes

pasos enumerados en el cuadro 9.

Manifestaciones somáticas funcionales:

Si bien las manifestaciones somáticas no son enunciadas como en el DSM-IV, es útil considerar las más frecuentes (Cuadros 10 y 11).

El DSM IV consideraba a muchas de estas manifestaciones como posibles de hallarse

Cuadro 9

Pasos a considerar en la búsqueda diagnóstica de los trastornos de síntomas somáticos y otros desórdenes relacionados

1) Considerar las manifestaciones somáticas funcionales más frecuentes.
2) Exclusión de las diferentes enfermedades médicas.
3) Evaluar la existencia de trastornos psiquiátricos que se acompañan de signo-sintomatología física, y también de comorbilidad.
4) Búsqueda activa de indicios clínicos de los trastornos del apartado síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Cuadro 10

Manifestaciones somáticas funcionales gastrointestinales, pseudoneurológicas y dolorosas

Gastrointestinales	Pseudoneurológicos	Síntomas dolorosos
Vómitos	Dificultad en la micción	Dolor difuso
Dolor abdominal	Amnesia	Dolor en extremidades
Náuseas	Dificultad para tragar	Dolor de espalda
Flatulencia	Pérdida de voz	Dolor articular
Hinchazón	Sordera	Dolor al orinar
Diarrea	Ceguera	Cefaleas
Intolerancias alimentarias	Visión borrosa	
	Debilidad muscular	
	Pseudoconvulsión	

Adaptado de David Servan Schreiber, n. Randall Kolb, y Gary Tabas. Am FamPhysician 2000;61:10738.

Cuadro 11

Manifestaciones somáticas funcionales del aparato reproductor, cardiopulmonares y síndromes funcionales

Aparato reproductor	Cardiopulmonares	Síndromes
Irregularidad ciclos menstruales	Dificultad respiratoria en reposo	Alergias alimentarias extrañas
Hipermenorrea	Mareo	Síndrome de fatiga crónica
Vómitos a lo largo del embarazo	Palpitaciones	Síndrome articulación temporomandibular
Sensaciones quemantes en los órganos sexuales	Dolor torácico	Fibromialgia
Dispareunia		Sensibilidad medicamentosa múltiple
Dismenorrea		

Adaptado de David Servan Schreiber, n. Randall Kolb, y Gary Tabas. Am Fam Physician 2000;61:10738.

en los trastornos de somatización y somatomorfo indiferenciado, absorbidos en el DSM V como trastornos de síntomas somáticos, aduciendo que estas se caracterizaban por su gran cantidad e inconstancia (1):

- Temporal: su expresión en diferentes áreas funcionales cambia en el transcurso del tiempo.

- Espacial: las manifestaciones migran de un área funcional a otra.

- Cualitativa: las características de las manifestaciones son igualmente inconstantes, pudiendo tratarse en un determinado momento y en una misma zona de un pinchazo, y luego una sensación de quemazón, o de dolor sordo.

Exclusión de enfermedades clínicas

Entre las más destacada podemos hacer mención de (1), (24):

- Esclerosis múltiple.
- Porfiria aguda.
- Lúes cerebral (neurosífilis).
- Tumores.
- Miastenia gravis.
- Lupus cerebral.
- Hipertiroidismo e hipotiroidismo.
- SIDA.
- Etc.

La solicitud de análisis se debe efectuar considerando una explicación transparente al paciente de los motivos y los posibles resultados, previniendo el desarrollo de actitudes catastrofistas que terminen por aumentar el nivel de ansiedad de estos pacientes (10).

No se debe olvidar la posibilidad de coexistencia entre enfermedades médicas,

incluyendo a las anteriormente mencionadas, y los trastornos de síntomas somáticos y de ansiedad a las enfermedades, no siendo mutuamente excluyentes. Sin embargo, es necesario recalcar que a pesar de existir preocupación por la presencia de un síntoma somático, es prioridad determinar si no es secundario a una etiología médica conocida, prevaleciendo esta conducta, más allá de si es juzgada dicha preocupación como disfuncional y desmedida. Representa un mal mayor el desmedro de una enfermedad clínica con potencial riesgo de vida, que una postura que haga mayor hincapié en el aspecto psicológico desadaptativo.

Es importante un meticuloso registro de los síntomas somáticos, incluyendo su número, localización, naturaleza, frecuencia, duración e intensidad. El número de manifestaciones somáticas resulta ser un importante predictor para el diagnóstico de trastornos somáticos funcionales y de un curso desfavorable (10).

Un particular desafío en el diagnóstico diferencial, involucra al trastorno conversivo con sus manifestaciones pseudoneurológicas, entendiendo que en este caso es obligatoria la demostración de incompatibilidad entre las expresiones clínicas y la etiología médica específica:

- Se debe tener en consideración en el examen neurológico que muchas de las manifestaciones son inexactas e incompatibles con los hallazgos propios de las enfermedades neurológicas u otras que cursan con sintomatología de este estilo, por ejemplo:

- Presencia de debilidad y parálisis que no respetan los límites propios de las zonas de inervación, con reflejos segmentarios conservados.

- Alteraciones sensitivas, como anestias o parestesias que no respetan áreas de inervación de los nervios correspondientes (dermatomas).

- Ceguera con reflejo fotomotor y consensuado conservado, con potenciales evocados visuales que dan cuenta de normalidad en la respectiva área cortical, y evidencias de que el paciente observa (ejemplo, mientras deambula no se tropieza con ningún objeto, etc.). Lo mismo para la sordera psicógena.

- Presencia de afonía y mutismo en pacientes que pueden toser y sin alteraciones anatómicas evidenciabiles en las cuerdas vocales.

• Las Pseudo-convulsiones merecen un trato aparte, a razón del retraso diagnóstico de 7 años en promedio que demandan y

Cuadro 12

La presencia de dos EEG normales, con una frecuencia de crisis de 2 por semana, con el antecedente de resistencia al tratamiento con dos esquemas de medicación antiepiléptica, tienen un valor predictivo positivo para el diagnóstico de crisis psicógenas no epilépticas del 85 % (regla de las dos S) (12)

Diagnóstico pseudocrisis
Semiología
Resistencia al tratamiento con fármacos antiepilépticos
EEG común
Video electroencefalograma (vEEG): es el método <i>goldstandar</i> para efectuar el diagnóstico

la disminución en la calidad de vida que suponen. Estas se acompañan de altas tasas de utilización de intervenciones médicas, la mayoría innecesarias, y que implican un riesgo para la salud del paciente, como lo son las internaciones por sospecha de status epiléptico o el uso crónico de antiepilépticos, lo que resulta en un costo considerable para la persona y el sistema de salud (11).

El establecimiento del diagnóstico positivo y diferencial debe considerar una serie de pasos (Cuadro 12).

Los datos semiológicos que pueden servir a la hora de orientar crisis psicógenas no epilépticas y descartar crisis epilépticas, se enumeran en el cuadro 13.

Las crisis epilépticas tónico clónicas generalizadas y las parciales complejas frontales, son las que mayor componente motor ostentan. En las primeras se pueden apreciar movimientos rítmicos en fase, con contracción de los 4 miembros (fase tónica) seguida de sacudidas (fase clónica). Las segundas se caracterizan por movimientos bruscos y complejos (giro del tronco, movimientos de lado a lado, etc.). Ambas crisis se deberán diferenciar de las pseudocrisis con predominio motor, en las cuales pueden aparecer movimientos de lucha, rodar de lado a lado en el piso, llanto, grito, movimientos arrítmicos fuera de fase (sin diferenciación de fase tónica/clónica), asincrónicos y asimétricos (13).

También se debe plantear diagnóstico diferencial con las crisis de ausencia, caracterizadas por pérdida breve de con-

Cuadro 13

Diferencias entre crisis epilépticas y pseudocrisis

Características	Pseudocrisis	Crisis epiléptica
Personalidad	Mayor frecuencia de rasgos histriónicos	Sin rasgos histriónicos. Impulsividad, viscosidad (personalidad epileptoide)
Factores estresantes desencadenantes	Presentes	Ausentes
Patrón de crisis	Variable. Con diferente expresión clínica a lo largo del tiempo	Constante
Auras aparatosas	Posibles	Excepcionales
Inicio	Progresivo, con adopción de medidas de seguridad, por ejemplo para evitar golpes, etc.	Brusco. Sin medidas de seguridad
Finalización	Progresiva. Sin amnesia poscrisis, conservando conciencia y memoria del episodio. Llantos frecuentes	Brusca. Con amnesia poscrisis. Presencia de cefaleas y malestar general
Presencia de otras personas	Sí	Sí/no
Presentación nocturna	No	Posible
Pérdida de conciencia	Parcial	Total
Convulsiones	Anárquicas. Intencionales	Simétricas y organizadas. No intencionales
Síntomas motores	Movimientos asincrónicos, fuera de fase y asimétricos.	Movimientos en fase, sincrónicos y simétricos.
Vocalización	Llantos y gritos durante la crisis. Posible habla durante la crisis	Gritos al inicio de la crisis. No se presenta nunca habla durante la crisis
Relajación de esfínteres	Excepcional	Frecuente
Mordedura de lengua	Nunca	Frecuente
Daño físico	Pequeñas lesiones o ausencias de esta	Frecuentes traumatismos por caídas
Respuestas a maniobras sugestivas	Positivas	Nulas
Respuesta a estímulos dolorosos	Positivas	Negativas
Duración	Minutos/horas. Por lo general, mayor a 5 minutos. Fluctuante, con mejoría y empeoramiento sintomático en el tiempo. Por las anteriores dos razones, es frecuente que se confundan con los status epilépticos	Minutos. Por lo general, menor a 3 minutos. Sin fluctuaciones
Recuperación	Rápida	Progresiva
Frecuencia	Varias diarias	Rara vez, más de una diaria
Intención de la crisis	Movilizar al ambiente y acaparar la atención	Ausente
Cianosis	No	Sí
Prolactinemia	Normal	Elevada
Respuesta plantar en extensión	Ausente	Presente
Video EEG	Normal	Patológico
Sexo	Predominio femenino (mayor al 80 %)	Sin diferenciación para hombres y mujeres
Edad	Entre 15 y 35 años	Más frecuentes en niños y adolescentes

Modificado de Vallejo Ruloba, 2006, y de D'aleccio y Kochen, 2003.

ciencia con ruptura de contacto, fijación de la mirada, parpadeo, retroversión ocular, automatismos simples, recuperación inmediata sin confusión posictal. Existen pseudocrisis que pueden adoptar una forma similar, con inmovilidad, pérdida de contacto con el medio y manifestaciones disociativas [13].

Otros trastornos psiquiátricos que habitualmente se acompañan de quejas y síntomas somáticos

Antes de comenzar es obligatorio aclarar que la presencia de otros trastornos psiquiátricos no invalida la coexistencia de algún trastorno de síntomas somáticos, siendo la comorbilidad más bien la regla.

Los episodios depresivos endógenos pueden acompañarse de dolor en las articulaciones, espalda y extremidades, también de problemas gastrointestinales (como dispepsia, constipación, epigastralgia, náuseas, etc.), fatiga, alteración del ritmo circadiano con somnolencia diurna o insomnio, modificaciones en el ciclo sexual femenino, cambios en la actividad psicomotora y del apetito, cefaleas, etc. Es sumamente significativo considerar este diagnóstico diferencial, puesto que en atención primaria un porcentaje mayoritario de los pacientes depresivos se presentan con síntomas somáticos prevalentes. Un estudio realizado por Simon y colaboradores, multicéntrico, y a gran escala, con una muestra de 1.146 pacientes provenientes de 14 países, registró una prevalencia abultada de síntomas somáticos en la presentación de las depresiones, donde el 69 % infor-

mó solo síntomas somáticos como la principal razón de su visita al médico[14] [15].

Por otro lado, los trastornos de ansiedad se acompañan de múltiples manifestaciones físicas yuxtapuestas con el grupo de trastornos de síntomas somáticos, siendo también la comorbilidad elevada.

Es menester plantear el diagnóstico diferencial con las quejas de padecimiento de enfermedades que se pueden apreciar en algunos trastornos psicóticos, y también con las propias de los trastornos hipocondríacos y dismórfico corporal, tema que se abordará más adelante.

Asimismo, se debe considerar el diagnóstico de trastorno de simulación, y los trastornos funcionales. Estos últimos se caracterizan por una clínica circunscripta y bien discernible, a diferencia de la multiplicidad de síntomas, su variabilidad y las preocupaciones ansiosas, de los trastornos psiquiátricos de síntomas somáticos y otros desórdenes relacionados. Dentro de este grupo de trastornos funcionales se encuentran la fibromialgia, caracterizada por una clínica limitada a la presencia de dolor muscular y zonas gatillos que lo despiertan, el síndrome de fatiga crónica (ver cuadro 14), y el síndrome de colon irritable (ver cuadro 15).

Como se puede apreciar en el cuadro 16, el diagnóstico diferencial con el grupo de los trastornos de síntomas somáticos se basa fundamentalmente en dos criterios.

Algoritmo diagnóstico de los trastornos psiquiátricos que se acompañan de síntomas somáticos

Cuadro 14

Criterios diagnósticos del síndrome de fatiga crónica

Síndrome de fatiga crónica
Queja clínica de fatiga crónica persistente o recurrente, inexplicable, con debut definido, duración de más de 6 meses, no debida a ejercicio, no se alivia con el reposo, limita sustancialmente la vida diaria del paciente.
4 o más de los siguientes síntomas:
- Deterioro de la memoria o de la capacidad de concentración.
- Dolor de garganta.
- Nódulos cervicales o axilares dolorosos.
- Dolor muscular.
- Dolor multi-articular.
- Distensión o hinchazón.
- Cefalea.
- Sueño poco reparador.
- Malestar posejercicio (que se prolonga por más de 6 horas).

Cuadro 15

Criterios diagnósticos del síndrome de colon irritable

Síndrome de colon irritable
Se requiere la presencia continua o recurrente por lo menos durante 3 meses de dolor abdominal o incomodidad que se alivia con la defecación y se asocia a cambios en la frecuencia o consistencia de las heces con un patrón irregular de defecación.
Además, se manifiesta por la presencia de 3 o más de los siguientes síntomas:
- Frecuencia de defecación alterada
- Heces duras, escasas o líquidas
- Tensión urgencia o sensación de defecación incompleta
- Periodo de heces mucosas
- Hinchazón o sensación de distensión abdominal

Cuadro 16

Diagnóstico diferencial entre síndromes funcionales y el grupo de los trastornos de síntomas somáticos

Criterios a considerar en el diagnóstico diferencial	Síndromes funcionales	Trastornos de síntomas somáticos y desórdenes relacionados
Ansiedad y preocupaciones, intensas y desadaptativas, por el significado de los síntomas somáticos o el estado de salud	Ausente	Presente
Clínica	Estable y circunscrita	Variable y variada

Cuadro 17

Manifestaciones	TSS	TAE	TC	PFAMC	TF
Síntomas somáticos	Sí	No, o muy leves	Sí	Sí	Sí
Preocupación excesiva relacionada con los síntomas, o temas de salud	Sí	Sí (Preocupación por padecer una enfermedad)	No, por lo general hay una postura indiferente	No necesariamente presente	No
Tipo de síntomas y signos predominantes	Variables	Variables, cuando están presentes	Solo neurológicos: motor, sensitivo, sensorial, autonómico	Los propios de la enfermedad médica de base	Variables
Evidencia de incompatibilidad con enfermedad orgánica	No necesariamente	No necesariamente	Sí, obligatoriamente	No	No necesariamente
Enfermedad orgánica	Puede estar presente	Puede estar presente	No puede ser la causa de las manifestaciones del trastorno	Sí	Puede generarla el paciente
Factores psíquicos que empeoran enfermedad médica	No	No	No	Sí	Puede el paciente agravar una condición médica de base
Engaño o falsificación de síntomas	No	No	No	No	Sí

TSS: Trastorno de síntomas somáticos; TAE: Trastorno de ansiedad a las enfermedades; TC: Trastorno conversivo; PFAMC: Factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas; TF: Trastornos facticios.

La diferenciación entre los distintos trastornos del apartado se sustenta en la presencia de síntomas somáticos, el halo de preocupación sobre la condición de salud o enfermedad que despiertan, el tipo de síntomas predominantes, la evidencia de incompatibilidad con enfermedad orgánica, la injerencia negativa de las manifestaciones anímicas en el curso clínico de una enfermedad medica identificada y la detección de signo-sintomatología falseada o provocada con fines de engaño. En el cuadro 17 se muestran como los anteriores atributos se distribuyen entre los diferentes trastornos.

Queda claro que la mayoría de estos desórdenes se caracterizan por la presencia de una preocupación intensa, desproporcionada y que se presenta en un trasfondo de ansiedad marcada, y que por lo tanto, se superponen con otras condiciones psiquiátricas en donde la expectación ansiosa es un rasgo nuclear. El cuadro 18 muestra el contenido diferente de las preocupaciones

a tener en consideración para el diagnóstico diferencial.

El trastorno por síntomas somáticos presenta preocupaciones focalizadas en sus síntomas somáticos y sus repercusiones en su estado de salud, pudiendo ser de carácter intrusivo. En cambio, en el TOC las preocupaciones obsesivas no están en relación a la presencia de síntomas somáticos, sino que denuncian el posible contagio de una enfermedad, son mucho más intrusivas y se acompañan, por lo general, de otras obsesiones y de conductas compulsivas para reducir el nivel de ansiedad.

El diagnóstico diferencial puede tornarse dificultoso frente a un trastorno de ansiedad a las enfermedades cuando este se acompaña de síntomas somáticos; en este caso, los síntomas somáticos son leves y están relegados a un rol secundario en este cuadro, siendo el foco de interés la posibilidad de padecer una enfermedad. En todos los casos no se debe obviar la posibilidad de comorbilidad cuando los criterios de

Cuadro 18

Trastornos psiquiátricos y sus tipos de preocupaciones prevalentes	
Trastorno de ansiedad a las enfermedades	Las preocupaciones versan sobre la posibilidad de tener una enfermedad, pero no sobre los síntomas somáticos.
Trastorno de síntomas somáticos	Las preocupaciones orbitan en torno a los síntomas somáticos y su correspondencia con alguna enfermedad.
Trastorno obsesivo compulsivo	Las preocupaciones se acercan más a la posibilidad de contraer una enfermedad, o de poder contagiar a otros, que de tenerla. Acompañada de compulsiones.
Trastorno de pánico	Las preocupaciones versan sobre la posibilidad de contraer una enfermedad en relación al ataque de pánico, y no de estar padeciéndola.
Trastorno dismórfico corporal	Las preocupaciones se centran en el aspecto físico y no en padecer una enfermedad grave.
Trastorno de ansiedad generalizada	Las preocupaciones versan sobre múltiples eventos, situaciones o actividades cotidianas, una de la cuales puede referirse a las salud.

estos trastornos se cumplen (2).

El trastorno de ansiedad a las enfermedades merece ser tratado de manera preferencial, dada la dificultad diagnóstica que plantea en referencia al tipo de preocupación que ostenta. Estas últimas se limitan a la sospecha de estar padeciendo una enfermedad significativa, son persistentes y se condicen con una duración mayor a seis meses. Mientras que las preocupaciones similares de los trastornos de pánico son episódicas y en relación a las crisis de angustia, las de ansiedad generalizada versan sobre otros tópicos adicionales que hacen a la cotidianeidad. En el caso del trastorno obsesivo compulsivo se constituyen en torno a la posibilidad de contraer una enfermedad y no de poseerla.

Sin embargo, el desafío no se extingue con las anteriores precisiones, ya que por ejemplo, el trastorno de ansiedad a las

enfermedades puede llegar a tener episodios de ataques de pánico en relación a su tema de preocupación, además de ostentar cogniciones ansiosas de carácter intrusivo y comportamientos compulsivos, aunque menos intensos que en el TOC, tales como el chequeo de indicios corporales o las recurrentes visitas médicas, sin embargo, esta conducta se circunscribe a estos temas y no es más amplia e intensa (2).

En ocasiones, enfrentarnos a un trastorno de ansiedad a las enfermedades nos obliga a descartar desórdenes psicóticos y anímicos como puede ser un trastorno por ideas delirantes cuya temática central se circunscriba al padecimiento de una enfermedad, pródromos esquizofrénicos, o una fase depresiva con síntomas psicóticos.

El cuadro 19 muestra algunos atributos diferenciales útiles para orientar el diagnóstico.

Cuadro 19

Diagnóstico diferencial de las preocupaciones ansiosas del trastorno de ansiedad a las enfermedades (TAE), de aquellas otras de talante delirante

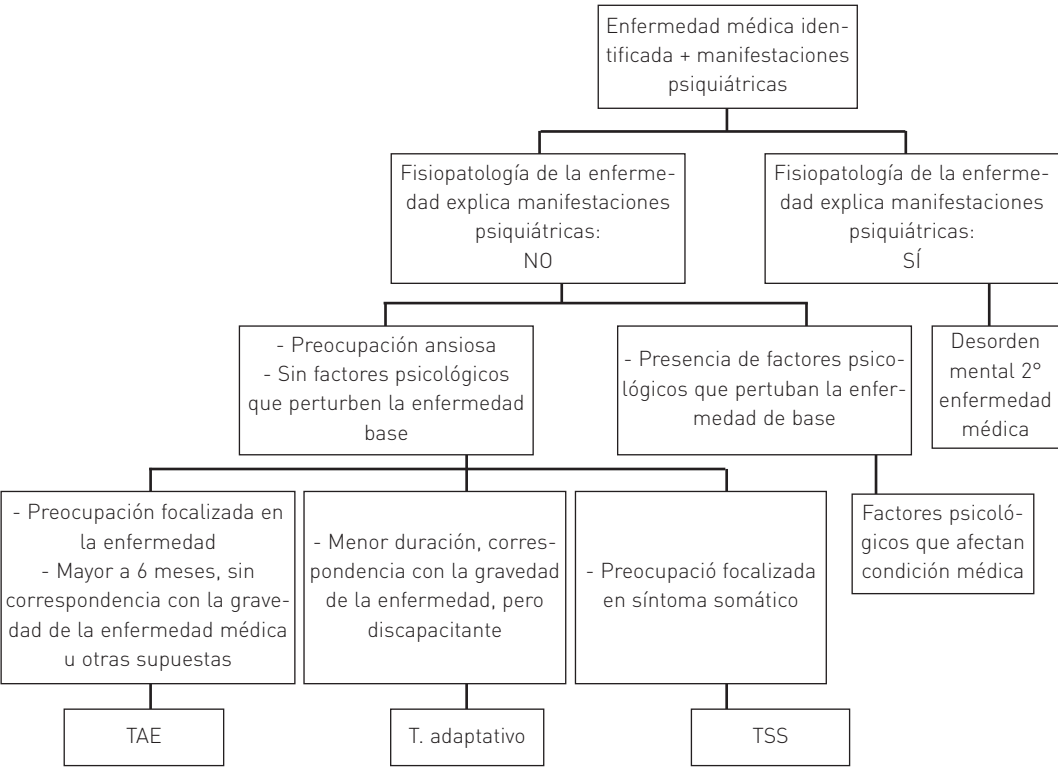
Preocupaciones por enfermedades somáticas	
Trastornos psicóticos	Trastorno de ansiedad a las enfermedades
Intensas	Menos intensas
Rígiditas, afirmadas con certeza inquebrantable	Son ideas sobrevaloradas, pudiendo concebir la posibilidad de que estas sean erróneas
Imposibilidad de contenido: fantásticas, bizarras, ilógicas	Su contenido es factible
Presencia de otros síntomas psicóticos o relación con fase anímica depresiva	Ausencia de otros síntomas psicóticos. Si aparece ánimo depresivo es posterior
Sentimiento de perplejidad, xenopatía y angustia psicótica	Sentimiento de angustia concordante con la creencia sobrevalorada, comprensible y que se acompaña de asociaciones significativas. Ausencia de sentimiento xenopático y de perplejidad
Mala respuesta a la psicoterapia. Buena respuesta a fármacos antipsicóticos	Buena respuesta a la psicoterapia y psicofármacos ansiolíticos y antidepresivos

También el trastorno por ansiedad a las enfermedades (TAE) plantea la dificultad de su diagnóstico cuando se gesta en el terreno de una enfermedad médica identificada. La ansiedad y la preocupación en referencia a una condición médica es una reacción normal, solo si su intensidad genera un malestar clínico significativo y altera el funcionamiento en las áreas socio-laborales, debe diagnosticarse como trastorno adaptativo con ánimo ansioso.

Cuando el periodo de malestar es persistente, desproporcionado y se prolonga por más de 6 meses, debe diagnosticarse el trastorno por ansiedad a las enfermeda-

des. En este último hay que agregar que la preocupación no se condice con la gravedad de la condición médica padecida. Por otro lado, también un trastorno de síntomas somáticos puede desarrollarse en el contexto de una enfermedad médica reconocida, radicando la diferencia con el TAE en el foco de interés puesto en el síntoma somático y no tanto en la idea de enfermedad. No hay que olvidar el caso de que los factores psicológicos pueden afectar el curso, incrementar el riesgo, influenciar negativamente la fisiopatología y alterar el cumplimiento del tratamiento de una condición médica reconocida, ubicándose en

Cuadro 20
Diagnóstico diferencial entre condiciones psiquiátricas vinculadas a enfermedad médica



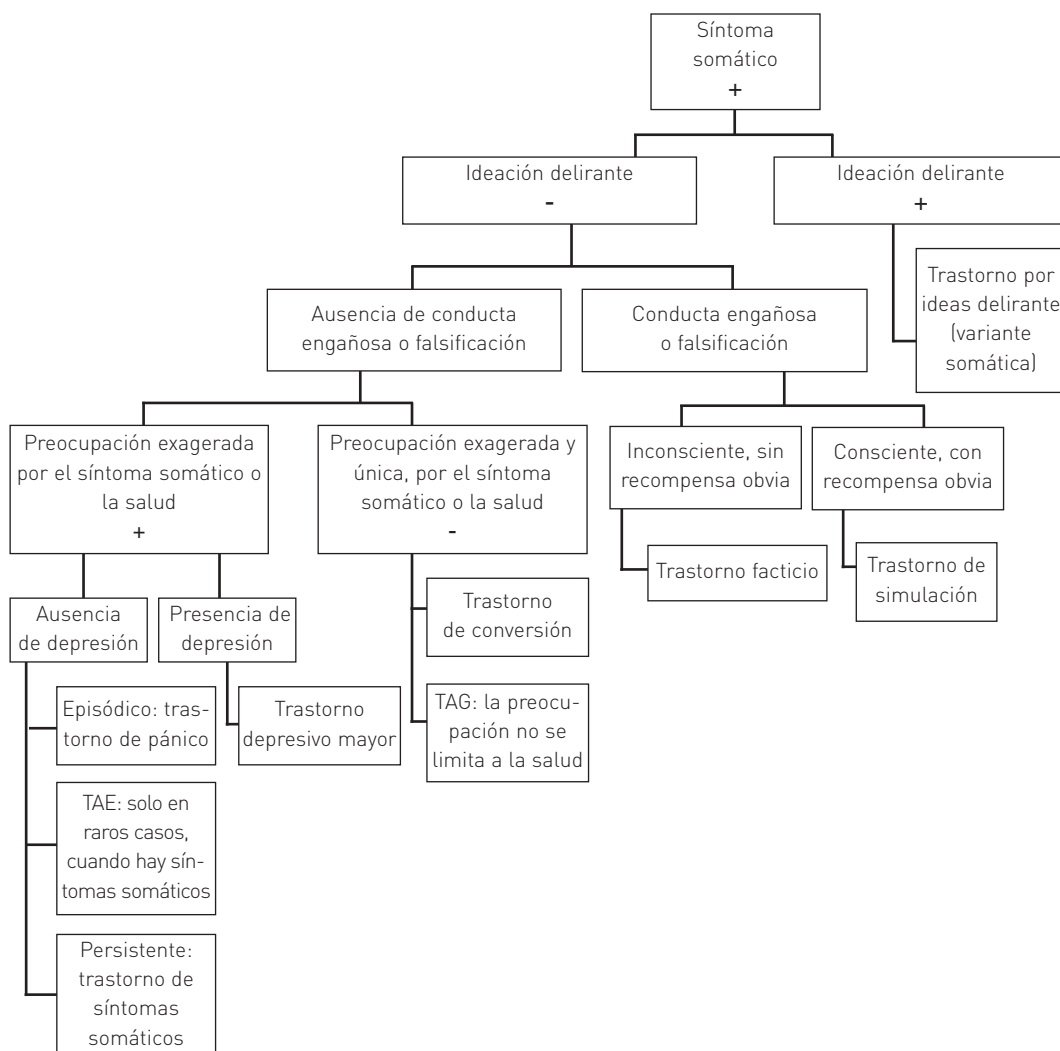
TAE: trastorno de ansiedad a enfermedades; TSS: trastorno de síntomas somáticos

oposición al TAE, en donde el foco está puesto en las repercusiones psicológicas que genera una supuesta o reconocida enfermedad y no en como esta es perjudicada por los primeros. El cuadro 20 es un algoritmo diagnóstico que intenta ordenar estas confusas y arbitrarias diferenciaciones que establece el DSMV.

En relación al trastorno conversivo es necesario descartar los otros trastornos del apartado. Como el cuadro 16 muestra, además de enfermedades neurológicas y clínicas que ya fueron tratadas más arriba, también otros trastornos psiquiátricos deben considerarse, como los disociativos que muy a menudo se dan en comorbilidad,

Cuadro 21

Algoritmo diagnóstico de las condiciones psiquiátricas que se presentan con síntomas somáticos



y algunos trastornos de ansiedad, como el trastorno de angustia, en donde pueden aparecer manifestaciones neurológicas (temblor, parestesias, etc.) sin causa médica evidente, solo en el marco de las crisis de pánico.

Como corolario podemos aventurarnos a esbozar un algoritmo diagnóstico de los principales trastornos psiquiátricos que pueden acompañarse de síntomas somáticos en su presentación, y que es necesario tener presente cuando se ha descartado enfermedad médica, a sabiendas que también se pueden dar en ese terreno (ver cuadro 21).

Abordaje terapéutico inicial

Existen una serie de parámetros para orientar una buena práctica terapéutica, general e inespecífica en cuanto a la especialidad del profesional actuante. Cabe aclarar que la atención en urgencia no tiene por objeto la curación, sino fundamentalmente evitar que el paciente continúe su peregrinar sin norte por los servicios de guardia, y por otro lado, promover la confianza en el paciente necesaria para que prosiga un tratamiento a largo plazo [23].

Sin lugar a dudas se debe propiciar la construcción de una alianza terapéutica como primera medida, para la cual es insoslayable el reconocimiento del padecimiento del paciente como verdadero y la adopción de una actitud comprometida e interesada, dejando a un lado los prejuicios extendidos sobre el carácter exagerado o la condición de simulación de estas manifestaciones. También el conocimiento fehaciente sobre los hábitos de estos pacientes

a sobredimensionar las sensaciones físicas fisiológicas otorgándoles una connotación patológica, o la propensión a identificarse en el rol de enfermo, no deben ser obstáculos para la recepción de la demanda y su aceptación como legítima, ni tampoco debe entorpecer la escucha activa e interesada.

Además de la actitud conveniente al vínculo médico-paciente, es necesario también saber comunicar los pasos a seguir, evaluando las dudas que se vayan suscitando.

Cuando el paciente lo solicita, se debe pergeñar una estrategia que comunique al paciente su condición, de manera tal que no la minimice o desconsidere. Para ello, se debe evitar utilizar rúbricas de designación estigmatizadoras, tales como "historia", "no médico, sino psicológico", "nervioso", etc., siendo preferible otras sin tanta carga negativa como "funcional", "malestar corporal", acompañadas de una explicación simple de la relación psicofisiológica de las manifestaciones. Como una psicoeducación, dando cuenta de los mecanismos de amplificación de las sensaciones corporales, tratando de concatenarlo con las creencias subjetivas de la enfermedad que el paciente tiene. Por supuesto que lo denunciado en las líneas anteriores, son tan solo un boceto orientativo, debiendo el profesional actuante, de acuerdo con su experiencia y características del caso, ajustar los contenidos y los tiempos de esta intervención.

Por otro lado, en todo caso se debe transmitir el mensaje tranquilizador de que no se padece una enfermedad grave aunque se trate de un padecimiento crónico, recalando su frecuencia en la práctica y la

ausencia de un único tratamiento curativo, aunque sí de múltiples intervenciones terapéuticas que pueden colaborar a mitigar y afrontar el padecimiento.

En toda ocasión que así lo permita, se debe insinuar sutilmente la relación entre las quejas somáticas y los factores estresantes, facilitando el trabajo necesario que debe hacer el paciente, con la salvedad de nunca confrontarlos abiertamente.

Algunas guías consideran que no es perentoria la derivación a tratamiento psiquiátrico y psicológico ambulatorio, promoviendo un seguimiento por el médico de cabecera en casos leves, sin comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, con entorno continente y aceptación expresa de avenirse a las indicaciones médicas y realizar el tratamiento (10), (19), (20). En estos casos se debe pautar una serie de visitas regulares y breves, a pesar de que no haya una etiología precisa e impere una incertidumbre diagnóstica, con el objeto de contener la necesidad de atención de estos pacientes y así sofocar el desarrollo de nuevos síntomas con la finalidad de continuar recibiendo cuidados.

Cabe resaltar que estas visitas no se deben amoldar a la demanda del paciente o a sus quejas de recrudecimiento sintomático, sino que deben estar sólidamente encuadradas y preestablecidas, impidiendo de esta manera el reforzamiento de la conducta enferma. Se deben apoyar las actitudes del paciente que afronten sus síntomas, y no plantear metas inaccesibles puesto que es improbable que las manifestaciones remitan por completo. Tampoco se

debe incentivar a que el paciente adquiera una actitud despreocupada para sus síntomas, en tanto así se fomenta la aparición de otros para mantener el statu quo de enfermo.

Uno de los objetivos adicionales de estas consultas regulares con el médico de cabecera radica en tratar de revertir el ciclo de visitas a la guardia de emergencias, en donde el abordaje inicial por parte de un médico que desconoce los antecedentes del paciente determina un sometimiento a nuevos estudios complementarios innecesarios y técnicas invasivas que implican un riesgo innecesario. A menudo este tipo de visitas son un motivo adicional para alarmar al proporcionar indicios de gravedad, ya que el paciente debe experimentar otro catálogo de diagnósticos clínicos que se le puede imputar, lo que sumado a la ausencia de resultados patológicos en los nuevos estudios realizados, terminan por reforzar las cogniciones, sentimientos y conductas desadaptativas.

Se puede ensayar una terapia de grupos, si está a disposición, en las cuales se puede entrenar al paciente en técnicas de manejo de estrés, solución de problemas y habilidades sociales, con resultados favorables según la bibliografía (10) (16).

Las recomendaciones en torno al estilo de vida involucran una serie de medidas psicoeducativas en donde se fomenta la realización de actividades con efecto anti-estresante, como la actividad física, yoga, recreación, meditación, Tai chi, musicoterapia, *biofeedback*, entre otras (10) (12). Por otro lado, estas actividades también involu-

cran un mayor contacto social, factor independiente que mejora la evolución de estos pacientes [19].

Progresivamente se puede reducir la frecuencia de visitas conforme el paciente vaya asumiendo su condición.

El cuadro 22, recoge las recomendaciones antes esgrimidas.

En nuestro medio se podría adoptar el

anterior enfoque frente a casos leves si el clínico de cabecera así lo prefiere, o directamente derivar a tratamiento ambulatorio con profesionales especialistas en salud mental, una vez establecido el diagnóstico, siendo válidas también las recomendaciones mencionadas para el psicólogo y el psiquiatra tratante.

El trastorno facticio merece unos párra-

Cuadro 22
Las normas de buena práctica clínica en el abordaje terapéutico inicial de los pacientes con somatizaciones

Normas de buena práctica clínica
Proporcionar un solo médico al paciente
Planificar citas regulares según se estime conveniente durante el primer año
Consultas breves
Evitar procedimientos innecesarios y peligrosos
Exponer los resultados de la exploración
Evitar diagnósticos espurios y tratamientos innecesarios
Tranquilizar, entregar explicaciones simples pero completas, proporcionar si es posible una explicación etiológica de los trastornos. Aprovechar especialmente la visita en la que recibimos pruebas negativas que descartan organicidad
Subrayar la realidad de los síntomas, ser sincero con la información
Evitar explicaciones dicotómicas del tipo "mental / físico"
Evitar sentencias del tipo: "lo suyo es de los nervios", "usted no tiene nada"
Es difícil que el paciente comprenda el proceso de la somatización, por lo que se debe transmitir un mensaje que contenga estas tres ideas fundamentales: <ul style="list-style-type: none">- No padece una enfermedad grave y los resultados son buenos- Estamos ante un padecimiento crónico.- Es muy frecuente en la práctica, no hay un único tratamiento que lo cure pero sí algunas intervenciones terapéuticas que pueden ayudar.
Proporcionar soporte en las áreas estresantes de la vida del paciente.
Establecer objetivos prioritarios o metas.
Abordar de modo biopsicosocial y multidisciplinario.
Recomendar cambios en el estilo de vida.
Derivar adecuadamente y cuando sea necesario a los servicios especializados.
Permitir en todo momento el rol de enfermo que el paciente demanda: no tiene sentido discutir esto desde su perspectiva de sufrimiento. Sin embargo, esta actitud no debe significar reforzar esa postura, permitir no es lo mismo que legitimar.
No tratar de eliminar los síntomas sino de optimizar su afrontamiento.
Definir un tratamiento a seguir (establecer unos objetivos de tratamiento razonables, centrándose más en la funcionalidad que en los síntomas).

fos aparte. Existe una controversia en torno a su abordaje, entre quienes fomentan una confrontación con apoyo, en donde se le expresa al paciente el conocimiento que los profesionales tienen sobre su conducta, ofreciéndole atención para superar esta vía mal adaptativa de expresar el malestar. Otros defienden una postura contraria, en donde no se confronta al paciente, pues entienden que estos renunciaran a su conducta desadaptativa a medida que participan de una relación empática terapéutica. Este último enfoque evita la huida del paciente y la búsqueda de tratamiento en otros sitios, como a menudo ocurre con la anterior estrategia [21].

Tratamiento

El tratamiento que se instaura en estos pacientes y que tienen cierta evidencia, se fundamenta en el abordaje psicofarmacológico y psicoterapéutico, dentro del cual se puede mencionar a la terapia cognitivo conductual y la terapia psicodinámica.

El tratamiento psicofarmacológico se debe instaurar en casos graves, en los cuales se encuentra afectado severamente el desempeño socio-laboral del paciente, existen criterios de riesgo como ideas de muerte, o existen trastornos psiquiátricos comórbidos, lo cual resulta ser en los hechos lo más frecuente. Entre estos últimos sobresalen los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y los trastornos de personalidad, en especial el trastorno histriónico que merece un enfoque particular [22]. El abordaje psicofarmacológico debe ajustarse a los respectivos desórde-

nes coexistentes.

En un metaanálisis del 2006, sobre ensayos clínicos aleatorizados para evaluar eficacia en el tratamiento de los trastornos somatomorfos, se consideraron 24, con un número de pacientes cercano a 4000, concluyendo que la evidencia favorece a la terapia cognitivo conductual como la mejor opción terapéutica y cierta eficacia en el encuadre ejercido por los clínicos de cabecera cuando supervisan su caso con especialistas.

En relación al tratamiento farmacológico y psicodinámico, no hay resultados concluyentes requiriendo de mayor evidencia. De todas maneras, los psicofármacos que más se utilizaron fueron ansiolíticos y antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina, y los inhibidores de la recaptación de serotonina. También hay reportes de buena respuesta a la duloxetina [17].

En otro *review* que investigó la respuesta a diferentes abordajes terapéuticos, concluyó sobre la eficacia de la terapia cognitivo conductual, propiciando una reducción de los síntomas físicos y el cortejo de cogniciones y sentimientos desadaptativos, además de una reversión marcada en el nivel de discapacidad. Señala que algunos ensayos clínicos sugirieron una buena respuesta con fármacos antidepresivos, pero los datos son insuficientes. Cabe resaltar que hasta 2007 no hallaron ensayos clínicos que compararan los tratamientos farmacológicos y psicológicos [18].

Conclusiones

El manejo del paciente con los trastornos tratados indefectiblemente debe involucrar

una exhaustiva anamnesis, con detallada recolección de antecedentes personales y datos actuales, sin obviar la solicitud de colaboración de la familia en esta labor, cuando sea posible. La búsqueda de estresores psicosociales debe ser activa, lo mismo que la elucidación de los patrones de interrelación con los otros en los diferentes ámbitos en los que se desarrolla la vida del paciente. En este indagar, el ímpetu debe depositarse en la búsqueda de los hallazgos objetivos así como también en los subjetivos, hurgando en las vivencias, sentimientos, creencias e interpretaciones que el paciente ha formulado, tratando así de forjar un ambiente propicio al crecimiento de una óptima alianza terapéutica.

Partiendo del paciente con síntomas somáticos prevalentes, con preocupaciones angustiantes en referencia a estos, o acerca de su condición de salud o enfermedad, en primera instancia debe descartarse enfermedad médica general conocida, sabiendo de antemano que su presencia no excluye la posibilidad de coexistencia de los trastornos que se estudiaron. En simultáneo, ha de tenerse en consideración la constelación de signos y síntomas que con frecuencia constituyen los denominados síndromes funcionales, y así columbrar una condición psiquiátrica. La ruta inquisitiva consecuentemente debe atender la presencia de otras manifestaciones adicionales que de darse orientan el diagnóstico hacia otros trastornos psiquiátricos que no forman parte de este grupo y que poseen manifestaciones superpuestas, aunque un abordaje terapéutico diferente. Por último,

es necesario plantear el diagnóstico específico del trastorno perteneciente a algunos de los desórdenes estudiados en este capítulo.

Una vez arribado al diagnóstico con cierta seguridad, se debe implementar una serie de medidas que hacen al buen proceder y que tienden a generar el marco propicio para desplegar un tratamiento más prolongado, psiquiátrico y psicológico ambulatorio.

Casos clínicos

Caso 1

Paciente de 24 años que se presenta a la consulta derivada por otro profesional, con diagnóstico de trastorno de angustia, trastorno de abuso de sustancias y trastorno *borderline* de la personalidad.

Durante la entrevista no fija su mirada a la del interlocutor, tratando de evitar ese contacto y desviando su cabeza hacia un costado o hacia abajo. Relata con indiferencia y de manera despreocupada que fue obligada por sus padres a concurrir, y que dependiendo de si se siente cómoda, continuará el tratamiento. Presentación en la que resalta su carencia de implicación en su padecimiento y la transferencia de su responsabilidad en el otro, poniéndolo a trabajar para ella, como efectivamente lo está todo su ámbito familiar y de amistades, a excepción de su madre que suele mostrarse en peor estado que ella.

En un relato fragmentado en donde prevalece un mayor interés en la puesta en escena del mismo que en su contenido, expresa que padece crisis recurrentes que le generan malestar, desencadenándose

estas cuando enfrenta situaciones de estrés, en las que indefectiblemente existe un conflicto en sus relaciones interpersonales, principalmente con su familia. También acusa manifestaciones sintomáticas permanentes.

Las crisis habían comenzado en su adolescencia temprana, cuando en la casa de su novio, mientras miraba televisión con él, desarrolló un cuadro con contractura y parálisis a predominio de un hemicuerpo. Las que se sucedieron a *posteriori*, mostraron un carácter proteiforme distintivo, involucrando una amplia gama de manifestaciones que variaban de presentación en presentación. A menudo, se trataba de la irrupción de ansiedad y angustia con manifestaciones similares a un ataque de pánico ante situaciones en las que se aglomeraba gente, como ocurre en algunos trasportes públicos, acompañadas de despersonalización y desrealización, en el contexto de una conciencia que paulatinamente se tornaba crepuscular, de minutos de duración y con amnesia parcial del hecho. Cabe resaltar la peculiaridad de que estas manifestaciones psiquiátricas siempre se desencadenaban en el contexto de una experiencia estresante reciente y cuando estaba en compañía de personas significativas, las cuales terminaban por acudir en su ayuda. No generaban conductas evitativas claras, ni la búsqueda de objetos contrafóbicos; tampoco una expectación ansiosa a que se vuelvan a repetir, sino más bien eran tratadas con indiferencia.

La mayoría de las veces presentaba crisis cuyos síntomas “parecían” una crisis de

pánico, pero no lo eran, porque irrumpían con manifestaciones sensoriales, fosfenos o destellos de luz brillante periféricos a la fóvea, también dolor, temblor, parestesias, paresias y parálisis en las extremidades, migrantes en ocasiones, en otras fijas, asentándose con predominancia en el hemicuerpo izquierdo. Posteriormente comenzaba a contraerse la mandíbula y otros músculos del cuerpo aisladamente, tornándose borrosa la visión, momento en el que irrumpe una sensación de extrañeza y distanciamiento frente a los objetos de la realidad, ya sean personas u objetos, ralentizándose los ruidos y las voces del ambiente hasta perderse su distinción, distorsionándose además los bordes que definen a los objetos semejando una pintura impresionista. En esta situación la resistencia de sus miembros cedía y terminaba cayendo al suelo, sin haber presentado en ningún momento traumatismos, rodeada de la atención de la gente conocida que la acompañaba, y de las cuales sin embargo, no dejaba que la toquen. En estas crisis también ocurría la recuperación *ad integrum* a los minutos, por lo general más de 30 minutos, con lagunas amnésicas del episodio.

En una ocasión, la crisis revistió una mayor gravedad. Luego de una discusión con sus padres en la cual comenzó a gritar y llorar, ante el intento de su padre de calmarla a través de un abrazo, irrumpe el aura visual con fosfenos y fotofobia, también parestesias y parálisis de extremidades, estrechamiento del campo de conciencia y la vivencia de despersonalización y

desrealización, seguidas estas de un periodo en el que su cuerpo se automatizaba con contracciones globales alternadas con movimientos involuntarios inespecíficos. Su recuerdo parcial, completado con el relato de los testigos, señalan que esta secuencia de eventos se extendió más de media hora, en las que también se registraron cambios posturales en donde sus extremidades superiores se posicionaban en aducción, con antebrazo en pronación, muñeca flexionada y manos contraídas en garra adoptando la posición de partero o de *trousseau*, tronco incurvado con convexidad superior u opistótonos, el cual se había presentado cuando estuvo recostada y también parada; mandíbulas contraídas, sensación de ahogo y de retracción de su lengua, con inyección conjuntival, rubicundez facial hasta el punto de adoptar un tinte ligeramente cianótico, hipotensión arterial y espuma que emanaba de su boca. Sentía el lado izquierdo de su cuerpo más tieso, con calambres y contracturas musculares migrantes, y hasta pérdida de control de esfínteres urinario, sin traumatismos de importancia. A continuación, devuelta el llanto, los gritos y la tempestad de emocional. Sus padres también mencionaron las expresiones emocionales faciales de talante patético y exagerado. A medida que iba recuperando el dominio de su cuerpo, ganaba lucidez y el marco experiencial se ordenaba según las coordenadas habituales, quedando como remanente un estado de cansancio, parestesias y contracturas inespecíficas, siendo el corolario un sueño de varias horas de duración. A raíz de esta

crisis visitó el servicio de guardia de una clínica cercana, quedando en observación y medicada con ansiolíticos, interpretando su cuadro como una crisis nerviosa. Los estudios de laboratorio y el examen neurológico posterior no arrojaron datos patológicos.

Por otro lado, estas crisis eran solo pequeños minutos secundados por interludios en los que se desplegaban manifestaciones permanentes, entre las que sobresalían, el temblor, las parestesias y parestias, parálisis de alguna extremidad, cefaleas, embotamiento mental, tos constante, anorexia, sensación de cuerpo extraño en la garganta, asco, trastornos menstruales, dolor muscular y de ovarios sin relación con el periodo menstrual, etc., reuniendo los atributos de volubilidad, transitoriedad y el carácter inespecífico.

Los estudios complementarios de laboratorio, RMN de cerebro y EEG, repetidos en el tiempo, mostraron resultados normales. Se había indicado el Video EEG, que por inconstancia nunca se efectuó, sin embargo, las características clínicas de las crisis se ajustaban a la definición de pseudocrisis, en especial la última descrita, la cual analizada con el saber prestado de los clásicos, deja pocas dudas sobre su correspondencia con el gran ataque histérico de la Salpêtrière.

Sus rasgos de personalidad igualmente inconstantes, sumían en la desorientación a quienes la conocían y a ella misma, la cual parecía no encontrar un punto de apoyo al cual identificarse de manera estable, pareciendo su identidad una colección de fragmentos sin orden temporal. El rela-

to de sus episodios vividos y de su propia identidad estaba surcado de amnesias lacunares, pareciendo disociado y un rejunte de retazos inconexos y abigarrados. Ambivalente e inestable en sus valoraciones acerca de sí misma y sobre la gente significativa. Por momentos se mostraba infantil, desprotegida y susceptible, mientras que en otros era iracunda, tiránica y altanera. Siempre quejosa, se mostraba intolerante del apego, sintiendo asco hasta del contacto corporal con el otro, y luego cuando no lo tenía, lo demandaba y se mostraba inerte. Desplegaba una seducción sutil con los hombres, mostrándose dócil, infantil y sensible, pero fundamentalmente generándoles un enigma acerca de lo que le sucedía, es así que quien se le acercaba intentaba rescatarla y ayudarla a responder sus preguntas vitales que de esa manera dejaban de ser suyas. En lo referente a lo sexual se mostraba indiferente, no sincerándose en ningún momento de su comportamiento seductor y generándole rechazo los hombres que le mostraban un enamoramiento importante, a los que terminaba luego denigrando. Tenía muchos amigos, con los cuales mantenía relaciones tumultuosas y afectivamente inestables, pero por lo general continuaban a su lado. Con respecto a sus amigas existía un componente de identificación notable, pareciéndose todas en sus rasgos.

Inteligente e intuitiva, estudiaba una carrera artística, siendo valorada por sus producciones. Comentaba que tuvo que realizar un largometraje para una materia, los cuales siempre tenían la misma temática

de suspenso, en donde se sucedían imágenes tangencialmente ensambladas, en las que irrumpían diferentes experiencias sensoriales fragmentarias y nunca un personaje de cuerpo completo; la toma principal era un brazo que se dirigía a un objetivo, o unas piernas caminando, con una continuidad de secuencias difícil de discernir, hechas adrede tal como lo expresaba, siendo el objeto de su producción un juego con el espectador, al cual al esconderle información generaba esas brechas que impiden ubicarse u orientarse, fomentando así un estado de interrogación y enigma. Estas elaboraciones artísticas bien apreciadas por sus profesores y colegas que veían en ellas talento, parecían una metáfora de sus vivencias discontinuas, disociativas, en las cuales era ella la que se veía sumergida en la desorientación al perder los puntos de referencia temporales y espaciales en los cuales ubicar a los objetos del mundo y así misma, expresión de la desintegración de los marcos *a priori* en los que se organiza la realidad y la propia persona, extraviándose de estos y de sí, conforme irrumpía el automatismo de un cuerpo que terminaba por hegemonizar el control del movimiento.

La paciente era adoptada, sabiendo de su madre biológica y de su actitud de abandonarla. En el ámbito en el cual fue recibida, se crió con su hermano biológico, siendo sobreprotegida por su madre adoptiva, con quien aún mantiene un vínculo simbiótico y conflictivo. Su padre, una figura alicaída, es un hombre timorato y sumiso que siempre mantuvo a su familia y respondió a la demanda de su esposa. Su madre fue

adsorbente, siempre quejosa e insatisfecha, sabiendo acaparar la atención con su padecimiento constante.

La paciente no descargaba su agresión a través de comportamientos autolesivos, ni tuvo intentos de suicidio, sentimientos de vacío, abandono, e indefensión extremos con búsqueda desmesurada de compañía como el prototipo de pacientes *borderline*. Sin embargo su funcionamiento escindido era constatable. Por otro lado, era teatral, seductora y sabía cómo acaparar la mirada.

En ningún momento reunió los criterios diagnósticos para esquizofrenia, trastorno bipolar o psicosis agudas no defectuales.

El consumo era esporádico y social; no generándose una franca conducta de abuso.

Medicada con clonazepam, valproato de sodio, lamotrigina, sertralina y quetiapina, recién obtuvo una respuesta favorable con esta última a dosis bajas, permaneciendo más tranquila y menos reactiva a los conflictos interpersonales, aunque las crisis de menor intensidad prosiguieron. El tratamiento psicoanalítico que inicio tuvo resultados favorables, pasando a diván al poco tiempo, comenzando a atar cabos sueltos, pero como en el caso del tratamiento psiquiátrico, la mala adherencia y el incumplimiento socavaron lo que se había construido, abandonando a ambos.

Su diagnóstico se redefinió remarcando la comorbilidad. Se trataba de trastorno de somatización, trastorno conversivo, trastorno de despersonalización y amnesia disociativa, mientras que en eje dos, se registraban los rasgos de personalidad *borderline* e histriónica.

Esta paciente ilustra cómo su cuadro entrecruza a casi todos los trastornos de síntomas somáticos y disociativos, con una plasticidad y facilidad camaleónica. Estos determinan una burla irónica ante la postura pragmática adusta del empirismo ingenuo del DSM, que con recursos estadísticos aplicados a la superficialidad del fenómeno cree vislumbrar entidades discernibles, desoyendo las enseñanzas de algunos clásicos como Grasset, Janet, Freud, o Kretchmer. Quienes a contrapelo no despreciaban la formulación de teorías, algunas más psicológicas y otras más fisiopatológicas, como la desorganización de los niveles de conciencia y la irrupción de mecanismos hipobúlicos, o la expresión simbólica de procesos inconscientes en el cuerpo, las que fomentaron una visión estructural de dichas expresiones variadas, orientando mejor la labor diagnóstica y terapéutica del clínico y el psiquiatra, indispensables para el buen manejo en la urgencia de estos pacientes.

Caso 2

Paciente de 55 años que concurre por cuadro de preocupación y angustia por padecer una enfermedad severa, a partir de los síntomas somáticos que presentaba. Desde su adolescencia presento variados signos y síntomas corporales, con etapas de recrudescimiento y de alivio, pero que en los últimos años fueron exacerbándose hasta alcanzar la situación actual. Comenta con tono quejoso y de manera reiterativa que padece crisis de angustia en las que no tolera la soledad y que se

retroalimentan por el temor a padecer una enfermedad. A menudo, estos episodios devienen en una tormenta de gritos, irritabilidad y acusaciones a familiares, en especial a su pareja a quien acusa de no prestarle la debida atención y dejarla a un lado. Sus síntomas corporales están focalizados en su aparato digestivo, con dificultad para deglutir, hipersalivación, disfagia y una sensación de constricción ascendente que parte desde la boca del estómago y alcanza la garganta, acompañado de disnea, y ansiedad. Se suma el dolor de boca, la distensión abdominal, eructo, arcadas y náuseas. Otras manifestaciones también se hacen presentes como el tinnitus, diplopía, mareos con sensación de pérdida del equilibrio y varios episodios de desmayo. Su aspecto era exagerado y hasta estrambótico, presentándose con un pañuelo con el cual limpiaba sus secreciones continuamente, explayándose con inflexiones en el discurso que parecían teatrales al igual que su mímica y ademanes. Fijada en la posición de enferma, solicitaba la atención constante, siendo imposible que se comprometiera a encontrar un sendero descendido del sufrimiento y la enfermedad a partir del cual establecer otro lazo con sus allegados, mostrándose reacia a cualquier intento de reflexión sobre su rol, y menos a la posibilidad de cuestionarlo. Su familia y en especial su pareja se aislaban paulatinamente de ella, cumpliéndose la tan temida soledad y reforzando sus deseos de seguir enferma. A tal punto llegó el malestar en sus allegados, que evitaban visitarla y su pareja estaba por plantearle la separación definitiva.

ción definitiva.

No se registraron antecedentes de intervenciones psiquiátricas previas. Nunca realizó tratamiento psiquiátrico y psicológico ambulatorio, recibiendo solo atención neurológica por cuadro de neuralgia del trigémino.

La paciente tenía como rutina hacer las tareas mínimas de la casa y cuidar a su nieta con quien había establecido una relación simbiótica, a tal punto que era un instrumento adicional para acaparar la atención que a ella se le denegaba. En ocasiones la paciente hacía que su nieta le preguntara y hasta increpe a su pareja acerca de si era infiel, y en ocasiones llegó a acusarlo con vehemencia de ser el culpable de que su abuela sufriera. Esta niña de 12 años también mostraba comportamientos semejantes a la paciente y solía enfermarse a menudo, aunque sin gravedad.

La paciente había tenido una infancia desgraciada, en la que sufrió maltrato físico y psicológico, además de carencias económicas. Su madre era particularmente cruel con ella, culpándola de sus frustraciones y haciéndole recordar que nunca fue deseada.

Los estudios clínicos, de laboratorio, cardiológicos y neurológicos daban resultados normales, lo mismo que las RMN solicitadas, a excepción de una neuralgia del trigémino de larga data. De todas formas no se habían realizado todos los estudios pertinentes como una manometría esofágica, entre otros.

La paciente estaba polimedicada, recibiendo carbamacepina, amitriptilina, fluoxe-

tina, lorazepam y bromazepam, en dosis altas. Cuando se intentó modificar el esquema y disminuir las dosis para establecer una pauta racional de tratamiento, la paciente se opuso y abandonó el tratamiento luego de tres consultas.

Expresar un diagnóstico solo puede ser a título de sospecha, dados los pocos encuentros que se mantuvieron, pero posiblemente padecía gran parte de los trastornos incluidos en el apartado de síntomas somáticos y desórdenes relacionadas, incluyendo al trastorno de ansiedad a las enfermedades, trastorno de síntomas somáticos y trastorno conversivo. Cabe aclarar que las manifestaciones esofágicas merecían un análisis adicional para descartar acalasia, pero su similitud con la

descripción clásica del globo histérico merece ser mencionada, subrayando la utilidad de leer a los clásicos en estos tiempos de pragmatismo estadístico. También el trastorno facticio, en especial el impuesto a otros, asoma como posibilidad. El otro nivel de análisis diagnóstico son los rasgos de personalidad histriónicos y *borderline* de esta paciente.

Una vez más estamos frente a un caso que parece atravesar los diferentes muros que separan a las categorías diagnósticas de este apartado. Nos invita a reflexionar sobre la para nada despreciable utilidad de la psicopatología de los autores clásicos, la cual facilita una mirada de conjunto más clara y consistente, buen punto de apoyo para enfrentarnos al desafío del diagnóstico en la urgencia.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM IV). Text Revised. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5 tm. American Psychiatric Publishing, 2013.
3. Lina Ortiz L.; Rodrigo Erazo R.; Trastorno de Somatización: una relectura del Síndrome de Briquet. Rev. Med. Clin. Condes – Vol. 16 N°1 - Enero 2005. (25 – 29).
4. Grasset, Joseph; La histeria de fin de siglo; 1899; en la histeria antes de Freud; José María Álvarez, Fernando Colina, Ramón Esteban, Biblioteca de los alienistas de Pisuerga, Madrid, 2010.
5. Loewenstein RJ, Putnam FW; The dissociative disorders, in Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed., vol. 1; Editado por Sadock & Sadock. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2004, páginas (1844–1901).

6. Kretschmer, Ernst; Histeria, reflejo e instinto; cap. 6 y 7; 6º edición al castellano, editorial Labor 1963.
7. Kretschmer, Ernst; psicología médica, cap. 13; traducción de la 10º edición al castellano; editorial labor, 1954.
8. Díez y Sánchez Planell; capítulo 29: Otros trastornos neuróticos y psicósomáticos. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 6º edición Masson, 2006.
9. David Servan Schreiber, N. Randall Kolb, y Gary Tabas; Somatizing Patients: Part I, Practical Diagnosis; Am. Fam. Physician 2000;61:10738.
10. Schaefer R., Hausteiner-Wiehle C., Häuser W., Ronel J., Herrmann M, Henningsen P: Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional and somatoform bodily complaints. Dtsch. Arztebl. Int. 2012; 109(47): 803–13. [DOI: 10.3238/arztebl.2012.0803].
11. Gaston Baslet; Psychogenic nonepileptic seizures: a treatment review. What have we learned since the beginning of the millennium?; Neuropsychiatric Disease and Treatment 2012;8 585–598).
12. Curt LaFrance Jr, Markus Reuber, and Laura H. Goldstein; Management of psychogenic nonepileptic seizures; Epilepsia, 54(Suppl. 1):53–67, 2013).
13. D'aleissio y Kochen; Crisis no epilépticas de origen psicógeno: racionalidad en el uso de antiepilépticos. Psicofarmacología 2003; 19: 25-29.
14. Gregory E. Simon, Michael VonKorff, Marco Piccinelli, Claudio Fullerton, y Johan Ormel. An International Study of the Relation between Somatic Symptoms and Depression. N. Engl. J. Med. 1999; 341:1329-1335 October 28, 1999. [DOI: 10.1056/NEJM199910283411801].
15. Madhukar H. Trivedi, M.D. The Link Between Depression and Physical Symptoms Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2004; 6[suppl. 1]:12–16).
16. David Servan Schreiber, N. Randall Kolb, y Gary Tabas; Somatizing Patients: Part II, Practical management; Am. Fam. Physician. 2000 Mar 1. 61(5):1423-1428.
17. Kurt Kroenke. Efficacy of Treatment for Somatoform Disorders: A Review of Randomized Controlled Trials. Psychosomatic Medicine 69:881–888 [2007].
18. Athula Sumathipala. What is the Evidence for the Efficacy of Treatments for Somatoform Disorders? A Critical Review of Previous Intervention Studies. Psychosomatic Medicine 69:889–900 [2007].
19. Anja JE Dirkzwager, Peter FM Verhaak. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: characteristics and quality of care. BMC Family Practice 2007, 8:33 (doi: 10.1186/1471-2296-8-33).
20. Christina M. van der Feltz-Cornelis, Rob Hoedeman, Emile J.W. Keuter, Jan A. Swinkels. Presentation of the Multidisciplinary Guideline Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) and Somatoform Disorder in the Netherlands: Disease management according to risk profiles. Journal of Psychosomatic Research 72 (2012) 168–169.
21. Stephenson, D., Price, J. Medically unexplained physical symptoms in emergency Medicine. Emerg. Med J 2006;23:595–600. (doi: 10.1136/emj.2005.032854).
22. Vallejo Ruiloba, Julio; capítulo 27: Histeria. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 6º edición Masson, 2006.
23. Braquehais Conesa, García Resa y Largo Gómez, capítulo 16: trastornos somatomorfos; en Chinchilla, Alfonso, manual de urgencias psiquiátricas. 2º edición Masson, 2010.
24. Rangel Urrea O., Barrera Guío N., Escobar Córdoba F. Algoritmo para el diagnóstico diferencial del trastorno de somatización en cuidado médico primario. Rev. Fac. Med. 2009; 57: 334-346.

Trastornos de personalidad: generalidades para su evaluación y abordaje inicial en la urgencia

Federico Rebok

Introducción

El presente capítulo procura categorizar a los diferentes trastornos de la personalidad desde la perspectiva de una disfunción yoica. Esta función yoica no tiene nada que ver con el concepto de yo psicoanalítico, sino que pretende esquemática y estratigráficamente, describir dos niveles elementales del yo, -un nivel más interno, el yo mismo (sí mismo): aquel encargado de la adecuada integración de las funciones psíquicas; y -un nivel más externo, el yo social o comunitario: encargado de la integración y correcto funcionamiento del individuo en sociedad.

Con el término personalidad hacemos referencia a la reunión del temperamento y del carácter en una sola persona. El temperamento constituye la disposición biológica innata con la cual un determinado individuo responde a los estímulos ambientales. Está determinado genéticamente, y por lo tanto, se dice que se nace con dicha diátesis. El carácter, en cambio, es la organización dinámica de los patrones conductuales de un individuo, que no viene heredado sino que se va adquiriendo a lo largo de la vida, sobre todo en las etapas infantiles, y que hace a la identidad del yo.

Es decir, que en pocas palabras, podría-

mos decir que se nace con un determinado temperamento y se adquieren determinados rasgos de carácter; y que de la combinación de ambos, se define el estilo personal o personalidad de un individuo.

Se define al trastorno de la personalidad como un patrón inflexible de conductas que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Su inicio suele remontarse al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

Dada la prevalencia de trastornos de personalidad en la comunidad, muchos pacientes que consultan a la urgencia tienen por lo menos un trastorno de personalidad comórbido.

Cada trastorno de personalidad presenta síntomas clínicos que lo caracterizan a diferentes niveles: -cognitivo; -afectivo; -interpersonal; y -conductual.

Según el nivel yoico afectado, podremos clasificar los trastornos de la personalidad en Alteraciones del yo social y Alteraciones del yo mismo.

Alteraciones del yo social

Trastorno paranoide de la personalidad

El trastorno está ubicado en la esfera del

yo social. Ya al inicio de la edad adulta, el paciente no solo se muestra desconfiado, sino que además se torna suspicaz. Al decir de Lersch, la suspicacia representa la forma más intensa de desconfianza. Mientras la desconfianza consiste únicamente en no creer en el favor de las circunstancias y en la benevolencia del prójimo, la suspicacia va más allá y cuenta con que los sucesos o los hombres llevan consigo, oculto, algo contra él. Esto lleva al paciente a estar permanentemente “en guardia”.

Los síntomas clínicos más característicos de este trastorno se sitúan a nivel interpersonal y cognitivo. A nivel interpersonal, y como ya hemos mencionado, existe una grave alteración del yo social, aquel que nos dispone a la vida en sociedad (instinto gregario). Por lo tanto, el paciente se muestra desconfiado, suspicaz y rencoroso. A nivel cognitivo, destaca la interpretación patológica con una permanente búsqueda de significados ocultos a comentarios o acontecimientos triviales.

El principal diagnóstico diferencial lo constituye la paranoia verdadera (trastorno delirante), en sus formas combativa o sensitiva.

Trastorno esquizoide de la personalidad

Nuevamente, el trastorno se encuentra ubicado a nivel del yo social; sin embargo, a diferencia del paranoide, cuya relación con la sociedad se encuentra perturbada por su desconfianza y suspicacia, en el esquizoide la relación se altera, pero a expensas de la apatía, es decir, de la pérdida del interés en las relaciones y vínculos con el otro. Se

muestran emocionalmente indiferentes y su afecto es chato.

Los síntomas clínicos más característicos se sitúan, entonces, a nivel interpersonal y afectivo. A nivel interpersonal, pérdida del interés del otro; a nivel afectivo, indiferencia y chatura.

Trastorno esquizotípico de la personalidad

También presenta una alteración del yo social, signado por la apatía por el otro, aunque pueden preservar las relaciones con sus familiares más cercanos. Sin embargo, y a diferencia de los esquizoides, los esquizotípicos presentan conductas extrañas y excéntricas. Es esto último lo que define el cuadro.

Es decir que a nivel conductual, existe un comportamiento extravagante. A nivel interpersonal, existe una pérdida del interés por el otro; a nivel afectivo, un afecto inapropiado y restringido, junto con una ansiedad social elevada; y a nivel cognitivo, pensamiento mágico y extravagante, junto con ideas de referencia e ilusiones corporales.

Trastorno antisocial de la personalidad

Nuevamente se encuentra gravemente perturbado el yo social, esta vez, por un desprecio de las normas y del otro.

Ya Schneider los había caracterizado en sus “psicópatas desalmados” como individuos carentes de vergüenza, pudor, compasión, arrepentimiento y de conciencia moral; en su modo de ser, muchas veces hoscos, fríos y gruñones; en sus actos, asociales, brutales. Kraepelin los había incluido en sus “enemigos de la sociedad” y

“antisociales”.

Los síntomas clínicos más característicos se sitúan, entonces, a nivel afectivo e interpersonal: afectivamente fríos, irritables y con falta de remordimientos; interpersonalmente, inadaptados a las normas sociales, mentirosos, temerarios. A nivel conductual, irresponsables e impulsivos.

Trastorno evitativo de la personalidad

La disfunción se ubica, nuevamente, a nivel del yo social. El paciente presenta inhibición social y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, lo cual lo lleva a evitar trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación, el rechazo, a sentirse avergonzado o ridiculizado. A causa de sus sentimientos de inferioridad, se ve a sí mismo como un inepto o una persona poco interesante.

Los síntomas característicos se sitúan a nivel interpersonal, cognitivo y conductual. A nivel interpersonal, se sienten socialmente inhibidos y son hipersensibles a la evaluación negativa. A nivel cognitivo, se ven a sí mismos como ineptos, poco interesantes e inferiores. A nivel conductual, evitan tomar riesgos por temor al ridículo.

Alteraciones del yo mismo

Trastorno límite de la personalidad (TLP)

Es el trastorno de personalidad de más frecuente presentación en la urgencia y se observa principalmente en mujeres. La alteración se encuentra a nivel del yo mismo. Se lo define como un patrón general de inestabilidad en las relaciones inter-

personales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. De acuerdo con su teoría biosocial y haciendo hincapié en la desregulación como eje del TLP, Linehan ha reagrupado los síntomas de este trastorno en: -síntomas de desregulación emocional: inestabilidad afectiva, sentimientos crónicos de vacío, dificultades con la ira; -síntomas de desregulación conductual: impulsividad y conductas suicidas o autolesiones recurrentes; -desregulación del *self*: alteración de la identidad; -desregulación interpersonal: relaciones intensas e inestables y esfuerzos frenéticos para evitar el abandono; -desregulación cognitiva: ideación paranoide transitoria o disociación.

Según Gunderson, las autolesiones constituyen “la especialidad conductual” de las pacientes con TLP.

Trastorno histriónico de la personalidad

También fue caracterizado por K. Schneider en sus “psicópatas necesitados de estimación”, como individuos con afán de hacerse notar, de estar en el centro de la escena y de parecer más de lo que se es. En efecto, manifiestan una excesiva emotividad y búsqueda de atención. Su comportamiento suele ser seductor o provocador; su afecto, superficial y rápidamente cambiante. Tienen tendencia a la dramatización o la teatralidad. Por lo tanto, el trastorno se ubica a nivel del yo mismo.

Los síntomas más característicos se sitúan a nivel conductual (dramatización, teatralidad), a nivel interpersonal (búsque-

da de atención, seducción y provocación) y a nivel afectivo (la expresión de las emociones es superficial, rápidamente cambiante y exagerada). A nivel cognitivo, son fácilmente sugestionables.

Trastorno narcisista de la personalidad

El trastorno se ubica a nivel del yo mismo (*self*). Estos individuos desarrollan una concepción grandilocuente de sí mismos, exagerando sus capacidades y logros y es por ello que esperan ser reconocidos y admirados, considerándose especiales y presentando actitudes arrogantes o soberbias. A la vez, carecen de una adecuada empatía y son explotadores, sacando provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.

Los síntomas característicos se sitúan en el nivel cognitivo, afectivo e interpersonal. En el nivel cognitivo, grandilocuente sentido de la autoimportancia. En el nivel afectivo, arrogancia y envidia. Y en el nivel interpersonal, necesidad de excesiva admiración, sobrevaloración, explotación del otro y falta de empatía.

Trastorno dependiente de la personalidad

La disfunción se ubica en el yo mismo. Existe una imperiosa necesidad de que se ocupen de uno, lo que genera conductas de sumisión y temores de separación. El paciente se siente impotente y temeroso cuando está solo, tiene dificultades para tomar decisiones y expresar desacuerdos y para iniciar actividades independientes.

Los síntomas característicos se sitúan en el nivel interpersonal, afectivo y conduc-

tual. En el nivel interpersonal, se muestran sumisos y apegados, con dificultad para expresar desacuerdos. En el nivel afectivo, se sienten impotentes y temerosos cuando están solos. En el nivel conductual, muestran dificultad para iniciar actividades que no requieran la compañía de otro.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

La disfunción se ubica en el yo mismo. Son sujetos rígidos y perfeccionistas, preocupados por el orden, la organización y los horarios, con una dedicación excesiva al trabajo y la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades. Incapaces de delegar tareas. Moralmente escrupulosos e inflexibles.

Los síntomas característicos se sitúan en el nivel cognitivo, conductual e interpersonal. En la esfera cognitiva, muestran preocupación por el orden y la perfección, son inflexibles y escrupulosos. En la esfera conductual, esa preocupación por el orden y la perfección interfiere con la finalización de las tareas; a veces, se tornan acopiadores. En la esfera interpersonal, se preocupan por tener bajo control las relaciones interpersonales, dedican excesiva devoción al trabajo a expensas de las amistades y son reacios a delegar tareas.

Abordaje de los trastornos de la personalidad en la urgencia

Por ser éste un capítulo introductorio, solo se sintetizarán el motivo de consulta y abordaje inicial de los diferentes trastornos de la personalidad, quedando para otro

Tabla 1

Motivos de consulta y abordaje terapéutico inicial de los trastornos de la personalidad en la urgencia		
Trastorno de personalidad	Presentación en la urgencia	Aproximación al paciente
Paranoide Esquizoide Esquizotípico	<ul style="list-style-type: none"> - Raramente consultan por sí solos - En general son traídos por terceras personas por incremento en las conductas excéntricas, bizarras o desorganizadas, pensamiento mágico u otros síntomas psicóticos - La suspicacia vuelve difícil las entrevistas. El relato se vuelve vago y tangencial (reticencia) - El aislamiento social los lleva a tener poca contención social 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer que el paciente no se siente cómodo hablando con extraños y que no fue él quien eligió venir a la guardia - Evitar juicios de valor - Evaluar riesgo suicida y homicida: corroborar el relato con terceros - Los antipsicóticos atípicos y los ansiolíticos a bajas dosis han probado ser útiles para la ansiedad/psicosis - Trabajo social: para mejorar red de apoyo y subsidio habitacional
Antisocial	<ul style="list-style-type: none"> - Raramente consultan por sí solos - Suelen ser traídos por la policía para descartar causa psiquiátrica de conducta criminal o para descartar cuadro grave de intoxicación 	<ul style="list-style-type: none"> - Descartar eje I como causa psiquiátrica de la conducta - Si la alteración de la conducta es novedosa y el paciente es de mediana edad, descartar causa orgánica o trastorno bipolar y corroborar con familiares / amigos - Evaluar riesgo suicida y homicida - Si ha ocurrido un delito o el paciente está descuidado o en estado de intoxicación, evaluar su estatus mental - Utilizar una dosis única de antipsicóticos. Evitar benzodiazepinas por riesgo de abuso o efecto paradójico - No se debe asumir que todas las afirmaciones tienen un cariz manipulativo
Evitativo	<ul style="list-style-type: none"> - La queja se relaciona con la ansiedad que generan las situaciones sociales y la baja autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda de alternativas distintas de la evitación - Tratamiento a corto plazo con benzodiazepinas y derivación a terapia cognitivo-conductual
Límite	<ul style="list-style-type: none"> - Crisis polimorfas con síntomas afectivos, cognitivos y conductuales desencadenadas tanto por situaciones externas (ej. discusiones) como internas (ej. recuerdos) - Conductas autolesivas recurrentes, con y sin finalidad suicida 	<ul style="list-style-type: none"> - Validar a la vez que se clarifica - Análisis funcional de la conducta problema - Hacer foco en la tolerancia al malestar - La terapia dialéctico conductual reduce significativamente las conductas autolesivas y suicidas - Tratamiento farmacológico según síntoma blanco. Descartar comorbilidad con trastorno bipolar
Histriónico Narcisista	<ul style="list-style-type: none"> - Dramatización intensa de los acontecimientos, lo que dificulta su correcta valoración - Los varones pueden presentar una rabia incontrolable o comportamiento agresivo - Ideación o tentativas suicidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar la situación interpersonal que pudo haber gatillado el episodio - Evaluar el riesgo de suicidio/homicidio más allá de haber evaluado la afectividad acompañante - Evaluar el nivel de conciencia - Diferenciar la excitación y dramatización de la que se puede presentar en patologías del eje I como el trastorno bipolar - Asegurarse de que la presentación dramática no constituye el inicio de una psicosis - Tratamiento farmacológico con antidepresivos serotoninérgicos
Dependiente Obsesivo-Compulsivo	<ul style="list-style-type: none"> - Quejas relacionadas a la ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento a corto plazo con benzodiazepinas y derivación a terapia cognitivo-conductual

Modificado de Heap y Silk, 2008.

capítulo la profundización en el tratamiento de los más prevalentes, especialmente el TLP.

En la tabla 1 se enumeran los motivos de

presentación de los trastornos de la personalidad en la urgencia, y su abordaje terapéutico inicial.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition, text revision (TR). Washington, American Psychiatric Press, 2000.
 - Bender DS, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (2): 295-302.
 - Chinchilla A, et al. Breviario de urgencias psiquiátricas. Barcelona, Elsevier, 2011.
 - Chinchilla A, et al. Manual de urgencias psiquiátricas. 2ª ed. Barcelona, Elsevier, 2010.
 - Escobar E & Cruz C. Urgencias psiquiátricas. Santiago de Chile, Mediterráneo, 2011.
 - Gastó Ferrer C & Vallejo Ruiloba J. Manual de diagnóstico diferencial y tratamiento en psiquiatría. 2ª ed. Barcelona, Masson, 2001.
 - Glick RL, et al. Emergency Psychiatry: Principles and Practice. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
 - Heap J & Silk KR. Personality disorders. En: Glick RL, et al. Emergency Psychiatry. Principles and Practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 265-275.
 - Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder. New York, Guilford Press, 1993.
 - Quevedo J, et al. Emergências psiquiátricas. 2 ed. Porto Alegre, Artmed, 2008.
-

Trastornos disociativos (DSM-IV, DSM-V)

Ezequiel Cortese

Definición según DSM IV y DSM V

Los trastornos disociativos eran definidos por el DSM-IV (1) como una alteración en las funciones integradoras de la conciencia, involucrando a la identidad, el sentimiento de sí mismo, la memoria, y la percepción del entorno. La aparición de esta perturbación podía ser repentina o gradual, y la evolución transitoria o crónica, incluyendo a los siguientes trastornos:

- Amnesia disociativa.
- Fuga disociativa.
- El trastorno de identidad disociativo.
- El trastorno de despersonalización.
- El trastorno disociativo no especificado.

El DSM-V (2) mantiene los mismos lineamientos generales, agregando que la discontinuidad o disrupción puede afectar también la integración de la representación corporal, la emoción, el control motor y la

conducta, permitiendo una definición más completa al explicitar esas áreas. También, por otro lado, simplifica las expresiones sintomáticas que se puede dar en el seno de estos trastornos dividiéndolas en Síntomas disociativos positivos y Síntomas disociativos negativos.

Síntomas disociativos positivos

Caracterizados por ser intrusivos, irrumpiendo en la conciencia y en el comportamiento, lo que conlleva a la pérdida de la vivencia subjetiva de continuidad. Incluye las manifestaciones de despersonalización, desrealización y fragmentación de la identidad.

Síntomas disociativos negativos

Caracterizados por la incapacidad de acceder a información, o a ejercer control de funciones mentales que normalmente están a disposición de la voluntad cons-

Cuadro 1

Correspondencias entre la clasificación de los trastornos disociativos del DSM-V y el DSM-IV

Trastornos disociativos DSM-V	Trastornos disociativos DSM-IV
Amnesia disociativa	Amnesia disociativa Fuga disociativa
Trastorno de despersonalización / desrealización	Trastorno de despersonalización Trastorno disociativo no especificado (desrealización)
Trastorno de identidad disociativo	Trastorno de identidad disociativo Trastorno disociativo no especificado (trastorno disociativo de posesión)
Otros trastornos disociativos especificados	Trastorno disociativo no especificado (incluye al trastorno disociativo de trance)

ciente. Son ejemplos, las manifestaciones de amnesia.

El DSM-V reformula el número de trastornos dentro de este apartado, sin grandes innovaciones, tratándose más bien de un reordenamiento. El trastorno de fuga disociativa es absorbido en el interior de la amnesia disociativa, como un subtipo, el trastorno de identidad múltiple se amplía al subsumirse dentro de sus lindes el trastorno disociativo de posesión, antes incluido en los trastornos disociativos no especificados, y por último, el trastorno de despersonalización se funde con las manifestaciones de desrealización, ubicadas estas últimas en la categoría de trastorno disociativo no especificado del DSM-IV (Ver cuadro 1).

Las reacciones disociativas también pueden verse en los trastornos de estrés post-traumáticos, el trastorno de estrés agudo y durante la intoxicación con ciertas sustancias psicoactivas, entre otros. Por lo que si estas manifestaciones disociativas se dan dentro de este marco, no se debe realizar el diagnóstico de comorbilidad.

También es necesario tener presente la perspectiva transcultural, y entender que estas manifestaciones disociativas se pueden expresar en el seno de una cultura dada no considerándose patológicas *per se*, ya que en ese marco no generan malestar subjetivo, no compelen a la búsqueda de ayuda, ni desencadenan perturbaciones en el funcionamiento de las áreas sociales y laborales. Agregando que muchas de sus manifestaciones son aceptadas, como por ejemplo cuando se presentan en el marco de rituales religiosos, etcétera.

Historia

El estudio de la disociación y la histeria inicia sus pasos a fines del siglo XVII, promoviéndose un abordaje que vira desde la interpretación religiosa a la médica. A este respecto, el primer reporte de disociación de la identidad fue documentado por Paracelso en 1646. En el siglo XIX, tanto los fenómenos conversivos y somatomorfos como los disociativos eran incluidos en el concepto unificador de histeria [3].

Franz Mesmer había desarrollado para esa época una descripción sistemática de un nuevo método analítico y terapéutico, la hipnosis, que comenzó a aplicar a los pacientes con histeria.

Por otro lado, Briquet, entendía que la etiología de la histeria residía en experiencias traumáticas dolorosas y la frustración sexual. Charcot, reúne las concepciones a la que se había arribado con el estudio de la hipnosis y las sincretizó con la metodología clínica y las teorías etiológicas médicas como la de Briquet, arribando a una descripción de la histeria como enfermedad. Dos de sus alumnos, Janet y Freud, fueron quienes desarrollaron las nociones que más influencia han tenido en la teorización de los trastornos disociativos, en especial el primero mencionado.

Janet pergeñó una concepción de la disociación histérica en el marco de un modelo de susceptibilidad al estrés. Donde una constitución, caracterizada por una debilidad en las fuerzas de integración psíquica, al ser estremecida por una vivencia traumática generaba la anomalía fundamental

de estrechamiento de la conciencia que interfería con la normal percepción de los fenómenos subjetivos y objetivos de la realidad, y de la cual a su vez, dimanaban las principales manifestaciones que ilustraban los cuadros disociativos histéricos.

En la vereda contraria se ubicaban Babinsky y Bernheim, para quienes la histeria en general era producto de la sugestión, entendida como una "auto-hipnosis", explicando así el fenómeno de contagio tan compañero de la misma. De esta forma no consideraban a la histeria como una enfermedad discernible, emparentándola con mecanismos psicológicos normales, aunque exagerados [3] [4].

Freud columbra una visión distintiva de la histeria, aún cuando esta termina por depreciar las manifestaciones disociativas por sobre las conversivas [3]. La patogenia de los síntomas conversivos se ubica en un conflicto interno entre una tendencia prohibida, representada por un deseo sexual infantil inconsciente que se actualiza en sintonía con una situación del presente, y otra opuesta que reprime su expresión consciente impidiendo su cristalización en la realidad. El resultante de esta colisión es un síntoma, entendido como formación de compromiso que simboliza ambas tendencias permitiendo su realización disfrazada bajo los modos permitidos por la cultura, pero con un costo de sufrimiento para el paciente, que en el caso de la histeria se construye de acuerdo con el mecanismo conversivo que determina que dicha simbolización sintomática se inscriba en el cuerpo [5].

De esta manera se describía la histeria de conversión, mientras que para la forma disociativa la explicación quedaba inconclusa. Se requirió a los fines de explicitar la razón de ser de las manifestaciones disociativas recurrir a un rodeo adicional, pasando a ser esta disociación una defensa frente acontecimientos traumáticos externos, a diferencia de la represión y sus defensas relacionadas, las que se enfrentaban a una amenaza derivada de conflictos internos, tarea que fue desplegada con contradicciones entre los posfreudianos [6].

Con la noción psicopatológica de Spaltung entendida como anomalía fundamental de la esquizofrenia, Bleuler termina por encastrar a gran parte de las histerias disociativas en el seno del grupo de las esquizofrenias [7].

Kretschmer, al igual que Janet y Freud, entiende a los fenómenos histéricos bajo la lupa de una teoría psicopatológica, que le devuelve a la histeria disociativa su lugar distintivo. Para él las manifestaciones de este cuadro se corresponden a un modo de funcionamiento preestablecido y filogenéticamente primitivo que opera como una forma de reacción. La información se tramita de manera rápida y automática sin un control ejercido por las funciones psíquicas superiores, dando como resultado en el plano de las representaciones mentales los fenómenos que caracterizan a la disociación, denominado mecanismo o procesamiento hiponicoico. Mientras que en el plano conductual se despliegan acciones igualmente automáticas y que involucran a la amplia variedad de programas motores

hipobúlicos.

De esta forma, histéricos somos todos, solo que algunos sujetos constitucionalmente están dotados de una susceptibilidad mayor para desarrollar estas reacciones, es decir, son poseedores de un bajo umbral para desencadenar estos fenómenos [8] [9].

Los actuales manuales diagnósticos se esfuerzan para que su taxonomía no comporte ningún resabio psicopatológico, separando los cuadros conversivos de los disociativos a partir de información estadística aplicada a la superficialidad de los signos y síntomas. Actualmente, y como se mencionó en líneas anteriores, la vetusta histeria se haya desperdigada entre algunos de los trastornos englobados en los apartados de síntomas somáticos y desórdenes relacionados por un lado, y por otro, el de los trastornos disociativos.

Clasificación y clínica de los trastornos disociativos (DSM- V) [2]

Trastorno de identidad disociativo (TID)

El núcleo clínico que define a este trastorno es la presencia de una disrupción en el sentido de la identidad y Episodios de amnesia disociativa.

Una disrupción en el sentido de la identidad

El quiebre en el sentido de la identidad se caracteriza por la fragmentación en dos o más personalidades distintas, fenómeno que en ciertas culturas adopta la forma de experiencias de posesión. Esta ruptura de la identidad se expresa como una discontinuidad en el sentido del sí mismo y en el

sentido de la intención voluntaria, también denominada agencia.

La sensación de mismidad se ve perturbada cuando el paciente no puede reconocer como propios, pensamientos, acciones y hasta el habla, experimentando una imposibilidad de detenerlos o controlarlos. A veces son voces individuales o múltiples las que escapan al dominio.

Por otro lado, frente a la extrañeza que generan estos fenómenos, se le suma el sentimiento de no ser el agente de dichas producciones, o sea, en esto donde no me identifico, identifico a otro, se trata de otro y no yo. Así se suceden impulsos, sentimientos, habla y conducta, desconcertantes y egodistónicas, cambiando repentinamente las preferencias personales de comida y ropa, o también se puede modificar la manera en la cual se siente el cuerpo, tornándose pesado, enorme y musculoso, o pequeño como el de un niño, entre otros ejemplos.

Esta disrupción en el sentido de identidad puede ser evidente o no a la propia persona. En este último caso el paciente no está anoticiado de sus cambios de ser y por ende, tampoco se siente desconcertado o perplejo, siendo más bien sus allegados quienes identifican el problema.

Un párrafo aparte merece la experiencia de posesión, en donde los fenómenos de disrupción de la identidad son vivenciados como la incorporación de una entidad espiritual, deidad o demonio, contrario a la voluntad y deseo del paciente, de existencia externa a la persona, la cual termina siendo el vehículo de su expresión a través de

los actos, el habla, los sentimientos y el pensamiento. Por lo general, estas entidades adoptan algunos rasgos que le caben según el ideario de la comunidad del paciente. Sin embargo consideradas globalmente, sus características no son aceptadas como las esperables dentro del marco de un ritual litúrgico, o de una práctica religiosa o cultural.

Episodios de amnesia disociativa

El otro pilar diagnóstico, la amnesia disociativa, se puede manifestar según estos casos:

Afectación en la recuperación de memorias autobiográficas

Esta se circunscribe a ciertos períodos importantes de la vida del paciente como lo son la adolescencia, la niñez, etcétera, o se presenta ante ciertos acontecimientos vividos, tales como el fallecimiento de un familiar cercano, el casamiento, entre otros.

Son ejemplo, la evidencia de acciones o tareas que se realizaron en el día y que no son recordadas; así el paciente halla objetos inexplicados entre sus pertenencias, sin saber cómo arribaron allí, o escritos, dibujos e injurias de las que desconoce cuándo y por quién fueron producidos.

Es frecuente en estos pacientes los episodios de fuga y amnesia disociativa, en los que de repente se encuentran en determinados lugares sin recordar como arribaron. También en torno a la amnesia es frecuente que el paciente minimice estos síntomas, siendo a menudo registrados por sus allegados.

Cuadro 2

Factores que más frecuentemente promueven las descompensaciones del trastorno de identidad múltiple, según el DSM-V

Retirarse de la situación en la que se experimentó o se experimenta el trauma (por ejemplo, mudanza de su hogar).
Cuando los hijos del paciente cumplen la edad en la cual el individuo sufrió una situación traumática.
Experiencia actual de cualquier evento traumático, a menudo mínimo.
Fallecimiento o enfermedad grave en el abusador.

Fallas transitorias en la eficacia del uso de otras memorias

Por ejemplo, a la hora de ejecutar habilidades bien aprehendidas, tales como leer, manejar, usar la computadora. Esta fallas no son preocupantes ni frecuentes, a diferencia de la afectación de la memoria autobiográfica.

Factores determinantes y desencadenantes

Las manifestaciones del TID están en relación directa con las motivaciones psicológicas, los niveles actuales de estrés, la cultura, la presencia de conflictos internos, y el estado emocional, es así que en los periodos de mayor tensión es de esperar que se exacerbe el cuadro, tornándose más evidente y frecuente los cambios de personalidad.

El cuadro 2 enumera las situaciones que con mayor frecuencia determinan periodos de descompensación.

El DSM-IV (1) agregaba otras características, que el DSM V comparte:

- Cada personalidad se vive como una

historia personal, con una imagen, identidad e incluso un nombre distinto.

- La personalidad primaria suele ser dependiente, depresiva, culpable y pasiva, mientras que las otras adoptan rasgos contrarios. Es tal la disparidad que pueden evidenciar estas múltiples identidades, que pueden adoptar edades, sexo, vocabulario, intereses y estados de ánimo opuestos.

- Estas identidades múltiples pueden no ser consientes la una de la otra, ser críticas entre ellas, o entrar en conflicto. En ocasiones, la identidad oculta puede llegar a la conciencia de otra que se encuentra bajo el mando, a través de alucinaciones visuales o auditivas

- Presencia de manifestaciones propias de los cuadros relacionados a vivencias traumáticas:

- Es frecuente la historia de abuso sexual o físico en la infancia, hallándose en el 90 % de los casos. También de otras experiencias de talante traumático.

- Son abundantes las manifestaciones de estrés postraumático, como *flashbacks*, sueños traumáticos.

- Son frecuentes la automutilación y los comportamientos suicidas.

- A menudo el estrés psicosocial es un factor decisivo en la transición y sucesión de identidades.

- Alta comorbilidad con el trastorno límite de la personalidad.

- Dotados de una gran capacidad de sugestión.

- Algunas identidades padecen de trastornos conversivos y ostentan una alta capacidad para tolerar el dolor.

- Algunas identidades pueden reunir criterios diagnósticos de trastornos psiquiátricos, como trastornos del estado del ánimo, de la conducta alimentaria, de abuso de sustancias, etc.

- Algunos individuos pueden experimentar fenómenos psicóticos transitorios.

- Fuerte influencia cultural en la determinación de la plasticidad fenoménica que muestra este trastorno en diferentes comunidades.

Este trastorno genera malestar clínico significativo y deterioro socio-laboral, debiéndose excluir otros trastornos psiquiátricos y médicos, tales como la epilepsia, el abuso de sustancias, y la intoxicación con las mismas.

Aporte de otros autores

Es necesario mencionar que otros autores tratan con mayor profundidad a ciertas manifestaciones a las cuales el manual diagnóstico apenas menciona (3).

Loewenstein, uno de los autores actuales que más ha estudiado el tema, profundiza sobre la clínica de este trastorno y menciona que son frecuentes las pseudo-alucinaciones, sobresaliendo las auditivas bajo el aspecto de voces que dialogan entre sí, voces imperativas y denigratorias, voces que realizan comentarios neutros y que hasta brindan consejos útiles, etc. Estas pseudoalucinaciones frecuentemente devienen como alucinosis, y son consideradas la mayor parte de las veces como pertenecientes a otras identidades. Las alucinaciones visuales son puntillosas y a menudo adoptan un carácter aterrador o traumático. También pueden aparecer alucinacio-

nes táctiles, gustativas y olfativas. Además se presentan imágenes complejas como *flashbacks* poli-sensoriales. Algunos pacientes relatan la habilidad de bloquear sensaciones, tales como el dolor. Estas manifestaciones alucinatorias son similares a las observadas en pacientes en estado de trance profundo y en individuos hipnotizables, sin representar procesos psicóticos (3).

Los síntomas de influencia pasiva e interferencia, incluyen la mayoría de los síntomas de 1º orden de Schneider, tales como el eco del pensamiento, voces que dialogan entre sí, influencia sobre la voluntad y el cuerpo, inserción y robo de pensamiento, y los fenómenos de lo hecho en el plano de los sentimientos, los impulsos y los actos, manifestaciones imputadas a las otras identidades. Estos fenómenos de influencia resultan ser más frecuentes en los trastornos disociativos que en la esquizofrenia (3). A veces, se presenta este síndrome de influencia de manera solapada como experiencias personalizadas: "es como si alguien quisiera llorar a través de mis ojos", etc.

Estos pacientes presentan alteraciones cognitivas por fuera de la amnesia, la mayoría de las veces leves, dentro de las cuales se puede mencionar a las fallas en el procesamiento de estímulos con un patrón discernible de otros trastornos, hecho que se pone en evidencia por ejemplo en las técnicas proyectivas.

A menudo se aprecia desorganización conductual debido a los cambios de personalidades, o como producto de los síntomas de influencia pasiva. También desórdenes del pensamiento de carácter trau-

mático o disociativo, trance lógico, síntomas de estrés postraumático, entre otros. Loewenstein menciona a la alternancia concreto/abstracto, y paramnesias como *dejá vu*, como otros indicios. Por otro lado, se presentan usos lingüísticos peculiares (3).

En ocasiones, puede que no reconozcan su imagen frente al espejo, u observar en el reflejo de este a otra persona, no identificándose a sí mismo.

Dentro de las alteraciones disociativas de la personalidad sobresalen el uso de referencias del sujeto raras y erróneas, como por ejemplo, en vez de designarse como yo, lo hace en primera persona del plural, o en tercera del singular. Pueden también utilizar referencias despersonalizadas para presentarse, tomando el impulso, el afecto, o la sensación predominante, nombrándose de esta manera como "el lado oscuro", "la tristeza", o simplemente como "el cuerpo", entre otros ejemplos. La forma de tratar a los otros, no obstante, puede afectarse: una paciente en vez de decir su hijo, decía "el hijo" (3).

También se pueden observar los llamados cambios conductuales *in vivo*, en donde el paciente en el medio de la entrevista puede tener micro-episodios disociativos, o se le producen olvidos, o alguna otra distorsión que termina por tornar confusa la entrevista. Estos micro-episodios disociativos, por lo general inexplicables y abruptos en su aparición y desaparición, constan de cambios en el tren de asociaciones del pensamiento, o una modificación repentina en la expresión de afectos y en la forma de interrelacionarse. En conjunción con estos

últimos se pueden suscitar movimientos oculares de torsión hacia arriba, o un parpadeo rápido y en salvas. También el tono de la voz, la manera de hablar, la postura y la conducta, se afectan. Por lo general, los anteriores micro-episodios son indicios de la irrupción de otra personalidad, o de otros estados [3].

Estas personalidades del TID distinguibles, por lo general se organizan en torno a un afecto o un aspecto del sí mismo (que a menudo incluye una diferente imagen corporal), están dotadas de un grupo de

memorias autobiográficas propias, y un limitado repertorio conductual. A menudo estas identidades representan las distintas facetas de un conflicto interno, no debiendo ser consideradas independientes entre sí, sino más bien, patrones relativamente estables y duraderos de comportamiento desintegrados el uno del otro, complementarios aunque enfrentados. Son significativos los rasgos distintivos entre estas múltiples identidades, sin embargo, mucha información, funciones y habilidades son compartidas por todas las diferentes iden-

Cuadro 3
Manifestaciones clínicas de índole hipnótica, disociativa y postraumática, habituales en el TID. Cabe agregar que las anteriores se superponen y solapan como para considerarlas secundarias a un mecanismo patológico común

Fenómenos de auto-hipnosis	Fenómenos disociativos	Fenómenos postraumáticos
Estados de trance espontáneos ***	Alucinaciones	Experimentación recurrente de vivencias dolorosas, tipo <i>flashbacks</i>
Analgesia	Amnesias y paramnesias	Estado hiperalerta
Anestesia, espontánea y voluntaria	Despersonalización y Desrealización	Evitación, y síntomas de entumecimiento
Regresiones de edad espontáneas	Síntomas conversivos y pseudocrisis	Depresión, anhedonia, disforia
Alucinaciones negativas*****	Desorganización del pensamiento y lenguaje transitorio	Inestabilidad anímica y rápidos cambios anímicos
Trance lógico*	Micro-episodios disociativos	Culpa en general, y también culpa del sobreviviente
Embelesamiento o fenómeno de quedar cautivo****	<i>Flashbacks</i> , no limitados a experiencias traumáticas	Sentimiento de abandono y desesperanza
Fenómeno del observador oculto**	Alteraciones disociativas de la personalidad	Pensamientos e intentos autoleivosos

*: El trance lógico se define como una tolerancia inusitada a las inconsistencias lógicas del pensamiento.
**: En el fenómeno del observador oculto se le dice al hipnotizado que no recuerde un determinado estímulo, a no ser que se le dé una clave, que tampoco va a recordar. Luego de la hipnosis se constata la amnesia, pero cuando se le muestra la clave, el individuo recuerda el estímulo sin saber cómo.
***: En el trance espontáneo el individuo se desconecta del mundo y se sumerge en otro registro.
****: En el embelesamiento o cautiverio, el paciente esta absorto en una actividad, como puede ser la lectura, sin registrar nada por fuera de esta.
*****: En la alucinación negativa, se trata de la ausencia de percepción de un objeto real y presente.

tidades, lo que indica la unidad subrepticia existente de los procesos mentales del individuo disociado. Este punto es el apoyo de los esfuerzos terapéuticos en pos de alcanzar un mayor grado de integración (3).

Estos pacientes ostentan a menudo manifestaciones propias de fenómenos de auto-hipnosis involuntaria, síntomas similares a los disociativos, y de la serie perteneciente al trastorno de estrés postraumático (3) [Ver cuadro 3].

También se debe hacer mención de la alta proporción de antecedentes de abuso sexual en la infancia y de la dinámica interpersonal estilo *borderline*. Por lo general, suelen ser reticentes a expresar sus síntomas, presentándose más bien como inhibidos y obsesionados (3).

Trastorno de amnesia disociativa (TDA)

Cuadro caracterizado por la imposibilidad de recuperar información autobiográfica,

la cual ha sido almacenada eficientemente y cuyo acceso debiera estar disponible sin dificultad. Las huellas mnémicas inaccesibles, habitualmente se refieren a sucesos estresantes o traumáticos (1) (2).

Estas lagunas de memorias retrospectivas comienzan repentinamente en el caso de las formas generalizadas, no pudiéndose precisar para los modos localizado o selectivo, aunque si es posible determinar la vivencia de una situación estresante previa.

Además, este vacío de recuerdos puede durar desde minutos hasta años, y tener un curso recidivante, único no volviéndose a repetir, o crónico y continuo durante años. Habitualmente, la recuperación de los fragmentos mnésicos olvidados se acompaña de un considerable malestar, con ánimo depresivo o angustioso, ideación suicida y clínica de estrés postraumático.

Las manifestaciones de este trastorno generan un malestar clínico significativo,

Cuadro 4

Patrones de déficit en la recuperación de memorias en el trastorno de amnesia disociativa

- | | | |
|---|--|---|
| 1 | | 1) Localizado: amnesia de un periodo de tiempo circunscripto. |
| 2 | | 2) Selectivo: recuerdo parcial y aislado de eventos experimentados dentro de ese periodo de tiempo circunscripto olvidado. |
| 3 | | 3) Generalizado: el paciente no recuerda todas las experiencias de su vida. |
| 4 | | 4) Continuo: el olvido se extiende desde un determinado momento hasta la actualidad; no recordando los nuevos eventos. |
| 5 | | 5) Sistematizado: amnesia que se localiza dentro de la órbita de un tema o una determinada persona. Por ejemplo, el paciente no recuerda ninguna experiencia vivida con su hermano. |

con deterioro en las esferas social, laboral y otras áreas importantes de funcionamiento.

El DSM-V incluye como subtipo, a una forma de amnesia disociativa frecuentemente generalizada, a la que se adosa un comportamiento errabundo en el que el paciente vaga sin un rumbo fijo, o en donde parece conducirse en un viaje con propósito, codificándose este caso como amnesia disociativa con fuga.

Existen diferentes patrones de amnesia de acuerdo con las características del lapso temporal olvidado (ver cuadro 4).

La forma localizada es la más frecuente, mientras que la forma generalizada se puede acompañar de cierto déficit en la recuperación de información semántica y en la ejecución de ciertas habilidades procedurales, aunque de menor magnitud y duración que la amnesia retrograda para información autobiográfica. La mayoría de los pacientes con amnesia generalizada presentan comorbilidad con trastorno de identidad disociativo.

Es frecuente que este desorden se rodee de otras expresiones clínicas disociativas como es el caso de *flashbacks*, despersonalización, y de síntomas auto-hipnóticos (3). Además, la historia de trauma, abuso físico y sexual en la infancia, los antecedentes de intentos suicidas, y automutilación son comunes. A menudo también se puede observar disfunción sexual y clínica depresiva o de ansiedad.

Trastorno de despersonalización y desrealización

Se trata de una condición en la que pre-

valecen los episodios de despersonalización y desrealización (2).

Se entiende por despersonalización a la vivencia subjetiva de desapego, irrealidad y de carencia de familiaridad o ajenidad, frente a la totalidad del sí mismo o frente a alguna de sus propias producciones, ya sean pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales y acciones. Es frecuente que el paciente experimente una escisión de su sentimiento de mismidad, en la cual se siente observador exterior y ajeno de sus propios procesos mentales, hasta el punto extremo de arribar a la alucinación autoscópica, en la que termina por observar desde afuera a su propio cuerpo. El paciente no siente sus propios sentimientos, configurándose la figura de la hipoemocionalidad, lo mismo para con sus pensamientos o sensaciones, y hasta toda su persona deja de sentirse y reconocerse como pertenencia íntima de sí. Por otro lado, el sentido de agencia del sí mismo puede verse afectado, sintiéndose el paciente como un autómatas.

Las manifestaciones de desrealización son definidas por iguales sentimientos de irrealidad, desapego y ajenidad que en la despersonalización, solo que aplicado a los objetos del mundo, ya sean animados como inanimados, y al medioambiente en general. Estos pacientes en su esfuerzo por figurarse lo vivido, lo designan como yacer en un sueño o estar separados por un vidrio impenetrable con la realidad. También describen al medio como descolorido, anodino, y artificial. Se acompaña de distorsiones en el registro sensorial, por ejemplo, se tornan difusos los contornos de los objetos y

el panorama se torna nuboso y oscuro, se pierden las dimensiones y la profundidad, aparecen las ilusiones tales como micropsias o macropsias, etc. Las voces se pierden en el horizonte, o solo se escucha una sola voz con exclusión paulatina del resto, otras veces disminuyen o aumentan de intensidad o cambian su timbre, entre otros fenómenos perturbados que se documentan en el dominio auditivo.

También se desmantelan las coordenadas que organizan el tiempo, y no solo las espaciales internas o corporales, y externas o del medio. El paciente experimenta como el tiempo se alarga o se comprime, vivenciándolo en un registro de mayor velocidad que el habitual o enlentecido. También la recuperación de memorias autobiográficas sufre un perjuicio, ya que no se logra rememorarlas con vivacidad o con el viso afectivo correspondiente, como si también para los recuerdos se viera afectada la atribución de mismidad.

Por lo general estos pacientes tienen buen *insight*, reconociendo a sus fenómenos como patológicos y egodistónicos, pudiendo desarrollar preocupaciones obsesas por su significado nosológico, de las cuales puede dimanar un caudaloso torrente de afectos de angustia y depresión que hacen necesaria la formulación del diagnóstico diferencial de trastornos de ansiedad a las enfermedades, o de síntomas somáticos, máxime cuando se acompaña de quejas somáticas.

Otros trastornos disociativos especificados

Involucra una serie de presentaciones en

las cuales un cortejo de síntomas disociativos se acompaña de malestar y desadaptación en importantes áreas de funcionamiento del individuo, como la social, laboral y familiar, sin reunir los criterios de los anteriores desórdenes disociativos mencionados.

Se describen las siguientes configuraciones clínicas:

- Síndromes crónicos y recurrentes de síntomas disociativos mixtos.
- Disturbios de la identidad debidos a una persuasión coercitiva intensa y prolongada.
- Reacciones disociativas agudas frente a estímulos estresantes, las cuales duran habitualmente horas o días, y siempre menos de un mes.
- El trastorno de trance disociativo, caracterizado por un estado de estrechamiento de la conciencia con conexión ausente o parcial con el medio ambiente, no respondiendo a sus estímulos. Este estado no se corresponde con las creencias culturales y religiosas del ámbito social al que pertenece el individuo.

Prevalencia

Algunos estudios dan cuenta de una prevalencia cercana al 1,5 % en los EE.UU., para los trastornos de identidad múltiple. El DSM-V estima una prevalencia del 1,8 % para el trastorno de amnesia disociativa. En referencia al trastorno de despersonalización/ desrealización, la prevalencia ronda el 2 % [2].

Manejo en la urgencia

Abordaje diagnóstico

Se debe proceder a ejecutar una anam-

Cuadro 5

Pasos a considerar en la búsqueda diagnóstica de los trastornos disociativos

1) Considerar e identificar las manifestaciones disociativas inespecíficas y postraumáticas
2) Exclusión de las diferentes enfermedades médicas que se acompañan de manifestaciones disociativas.
3) Evaluar la existencia de trastornos psiquiátricos que se acompañan de signo-sintomatología disociativa.
4) Búsqueda activa de indicios clínicos de los trastornos del apartado desórdenes disociativos.
5) En el caso de identificar TID subtipo posesivo, diferenciar de una posesión adecuada al contexto cultural y religioso.

nesis profunda que indague antecedentes personales y familiares, en especial los relacionados a abuso físico y sexual, en correspondencia a un fino análisis de la situación actual, incluyendo la búsqueda de estresores psicosociales, detallando la

dinámica familiar, las interrelaciones que mantiene el paciente con sus congéneres, y su desempeño laboral, entre otros.

Los trastornos incluidos en este apartado involucran manifestaciones disociativas que también se presenta en un gran número de condiciones psiquiátricas y clínicas, lo que obliga a transitar un sendero diagnóstico en el que se deben considerar patologías de etiología médica conocida en primer lugar, luego otros desórdenes psiquiátricos, y por último atender al diagnóstico diferencial entre los diferentes trastornos disociativos (ver cuadro 5).

Debido a la gran superposición de manifestaciones clínicas entre los trastornos disociativos y las enfermedades médicas de causa orgánica identificable, se deduce la pertinencia de solicitar de rutina un laboratorio completo, mensurando parámetros específicos de acuerdo con la sospecha clínica, así como también, estudios

Cuadro 6

Manifestaciones disociativas inespecíficas

Manifestaciones disociativas y postraumáticas
<i>Déjà vu, jamais vu, déjà vecu, jamais vecu.</i>
Despersonalización, desrealización. Experiencias autoscópicas.
Alucinaciones e ilusiones: - Dismorfopsias, metamorfopsias, micropsias y macropsias. - Ilusiones de pesadez o liviandad, engrandecimiento o empequeñecimiento de partes del cuerpo. - Alucinaciones cenestésicas, cinéticas, auditivas, visuales, olfatorias y gustativas.
Amnesia, <i>flashbacks</i> .
Disrupción en la continuidad de los procesos conscientes: - Intrusiones (automatismos motores, pensamientos forzados, irrupción de impulsos y afectos). - Disociación de la identidad.
Cambios anímicos: inestabilidad anímica, incontinencia emocional, angustia, perplejidad, temor intenso con <i>freezing</i> , etc.
Alteración del estado de conciencia: estado crepuscular; confuso-onírico.
Fenómenos de influencia en el TID *.

complementarios como EEG y neuroimágenes (TAC y/o RMN), siendo de carácter perentorio especialmente ante la presencia de alteración del estado de conciencia, como es el caso de los estados crepusculares que a menudo se expresan en el reino de estos trastornos.

1) Manifestaciones disociativas y postraumáticas

El cuadro 6 recoge las principales manifestaciones disociativas inespecíficas y postraumáticas, las cuales pueden acompañar a patologías médicas con etiología identificada, o a diferentes trastornos psiquiátricos.

2) Exclusión de las diferentes enfermedades médicas que se acompañan de manifestaciones disociativas

Las principales patologías clínicas a las cuales hay que prestar atención en el proceso de establecer diagnósticos diferenciales y positivos, son las amnesias de etiología médica conocida, en especial las secundarias a traumatismo craneoencefálico, las crisis parciales epilépticas, y la intoxicación con sustancias.

Amnesias de etiología médica conocida

Para poder penetrar con mayor lucidez en el diagnóstico diferencial de las amnesias de causa médica identificada es pertinente, por un lado, acotar algunas líneas sobre los procesos y sistemas de memoria normal en el humano, también hacer mención del síndrome amnésico, y por último, evidenciar los diferentes tipos de amnesia existente según su clasificación etiológica y

evolutiva, la cual nos brinda un ordenamiento de valor informativo y didáctico significativo.

Se entiende por procesos de memoria a los pasos a través de los cuales se forma un recuerdo, se lo mantiene para evitar su olvido, y se lo evoca en un momento dado para hacer frente a las demandas y problemas que se plantean en la actualidad. Estos tiempos son denominados, codificación, almacenamiento y recuperación de las huellas mnémicas.

Cabe hacer mención de la diferencia existente entre proceso de almacenamiento y almacén, en tanto el primero involucra aquellos pasos necesarios para crear un registro mnémico estable y ordenado en el almacén o sitio donde yacerán. De esta manera, el almacenamiento implica la consolidación de la huella mnémica recientemente codificada de manera tal que persista en el tiempo asociada con otros registros que conforman el almacén (10).

Por otro lado, se encuentra el concepto de sistemas de memoria pergeñado por Tulving, que diferencia a cinco sistemas de acuerdo con el tipo de información, pautas de procesamiento, sustrato neurológico y antigüedad filogenética (10).

A los fines de este capítulo, importa hacer un breve recorrido por este tópico.

El sistema de memoria de procedimiento, engloba un tipo de información referente a los procesos de aprendizaje no asociativos (habitación / sensibilización), aprendizaje asociativo (condicionamiento clásico y operante), y también a los complejos programas motores automáticos sensitivo-moto-

res, consistente en habilidades y destrezas motoras que necesitan la coordinación sensitivo-sensorial. Esta memoria es no representacional, o sea, no existen representaciones cognitivas de estas improntas, solo siendo conscientes sus efectos conductuales, ejecutándose automáticamente.

El sistema de representación perceptual es otro sistema, el cual almacena información estructural, ya sea la forma superficial de los objetos del mundo, las formas auditivas y visuales de las palabras y también las formas de caras.

El sistema de memoria semántica almacena conocimientos generales de los objetos del mundo, o sea sus conceptos, sin etiquetas temporo-espaciales. Es un sistema representacional, en donde la codificación y recuperación puede ser explícita o implícita (ejemplo de esto último es el *priming* semántico).

La memoria a corto plazo o *working memory*, es un sistema que retiene información transitoriamente permitiendo su integración y manipulación, implicada en los procesos ejecutivos y en la construcción de la huella mnémica. Se considera a este sistema como indispensable para generar los procesos conscientes, y la codificación de memorias semánticas y episódicas, además de su recuperación ajustada a una finalidad del presente.

Por último, el sistema de memoria episódico, consistente en el procesamiento y almacenamiento de información acerca de los acontecimientos vivenciados personalmente, y por ende, contextualizados en tiempo, espacio y en un *continuum* de

experiencias personales, permitiendo que una persona se identifique como única, irrepetible e independiente. O sea, contienen información autobiográfica acerca de las experiencias que la persona experimentó, lo que se denomina conciencia autooética (11).

No es lo mismo decir, siguiendo a Ferreres (10), París es la capital de Francia, que decir recuerdo a Paris cuando fui a visitar a mi hermano, representando la primera un ejemplo de memoria semántica sin impronta del contexto espacial, temporal y personal en el cual dicho recuerdo se adquirió, a diferencia de la segunda, claro ejemplo de memoria episódica.

Es necesario agregar dos conceptos. Se define como declarativa, aquella memoria de largo plazo susceptible de ser expresada en oraciones proposicionales, o sea mediatizadas y comunicadas a través del lenguaje, englobando a las formas episódica y semántica. Por otro lado, la denominada memoria autobiográfica integra en su mayoría un componente episódico que hace referencia a la condición subjetiva de los acontecimientos vividos en un determinado tiempo y lugar, y también otro semántico, cuando por ejemplo, en el acto de definirse a uno mismo se utilizan atributos universales, ya sean rasgos concretos como color de ojos, pelo, altura, etc., o rasgos más abstractos como la condición de bondadosos o egoísta, humildad y ambición, con sus diferentes matices.

Otro tópico a reseñar es la definición del síndrome amnésico, para lo cual es obligatorio que el resto de las funciones cogniti-

vas estén conservadas [12].

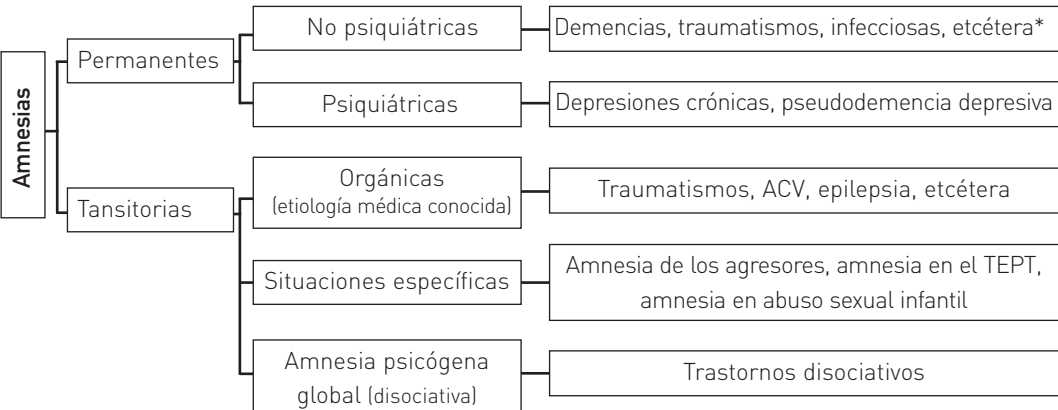
Sin embargo, es habitual observar amnesias significativas en el contexto de otras alteraciones cognitivas como es el caso de la demencia tipo Alzheimer, en cuyo comienzo la amnesia anterógrada es uno de los primeros y únicos hallazgos. A su vez, las amnesias se clasifican de acuerdo con el periodo de tiempo al que pertenecen los olvidos, ya sean anteriores al inicio de la amnesia, o posteriores, configurándose así los tipos retrogrado y anterógrado de amnesia respectivamente. En la forma anterógrada no se aprehenden nuevas experiencias, no se registran, mientras que en la retrograda no se pueden recuperar huellas mnémicas pretéritas. Puede haber amnesia anterógrada por falla en la codificación, como ocurre en el síndrome de Korsakoff [12], o en el proceso de almacenamiento, como en el caso de las lesiones en las estructuras temporo-mediales.

Mientras que en relación a la amnesia retrograda, es posible que se manifieste por perturbaciones en el proceso de recuperación, siendo un ejemplo paradigmático la disfunción prefrontal [13], o como consecuencia de la destrucción del almacén, en casos de traumatismos graves, encefalitis infecciosas, o ACV severos, entre otros. Esta caracterización de la amnesia según la prevalencia de olvidos antes o después de su instauración, hace referencia a las huellas declarativas fundamentalmente y en una gran parte se presentan en una mixtura indiferenciable.

En referencia a la clasificación etiológica y evolutiva de las amnesias [14], se intenta resaltar la importancia de tener en consideración el carácter de transitoriedad de las amnesias disociativas, aunque en algunos casos es lo suficientemente permanente como para durar décadas, sin embargo, sus características adicionales,

Cuadro 7

Clasificación de las amnesias según su evolución y etiología



*: las amnesias permanentes de etiología médica conocida se agrupan, a su vez, de acuerdo con su etiología o localización de la injuria cerebral, constituyendo estas últimas los perfiles de las amnesias temporo-mediales, diencefálicas y prefrontales.

Cuadro 8

Características diferenciales entre las amnesias globales transitorias de causa orgánica y aquellas otras sin etiología médica identificada, psicógenas o funcionales

Características	Amnesia global transitoria de origen orgánico *	Amnesia psicógena disociativa
Comienzo	Sin relación con eventos estresantes o traumáticos la mayoría de las veces. Solo presentes en un 14 %-33 % de los casos (14)	En relación a eventos estresantes o traumáticos
Presencia de amnesia retrógrada autobiográfica	Raro	Principal hallazgo
Compromiso memoria remota	Gradiente de Ribot: más afectados los recuerdos inmediatos que los remotos, con recuperación que va desde las huellas más distantes a las más inmediatas al inicio de la amnesia	A menudo, gradiente de Ribot inverso, con mayor conservación y recuperación de las memorias más inmediatas al inicio de la amnesia
Pérdida del sentido de la identidad personal	Raro	Frecuente
Presencia de amnesia anterógrada	Comprometida	En la mayoría de los casos conservada **
Compromiso de memoria semántica y procedural	Dependiendo de la etiología y la localización de la lesión puede presentarse o no	Extremadamente raro **
Otras perturbaciones cognitivas ***	Frecuentes	No se presentan
Preguntas repetitivas y de orientación durante la amnesia	Frecuente	Raro
Examen neurológico	Habitualmente se registran signos neurológicos	Habitualmente normal

*: se trata de amnesias transitorias, con recuperación luego de un periodo de tiempo variable, en donde se identifica una etiología médica, como puede ser, epilepsia, ACV, traumatismos craneoencefálicos, etc. Se diferencian de otros estados de amnesia permanentes, por esta variable temporal, ya que a menudo las etiologías pueden ser las mismas.

**: En el trastorno de identidad disociativo se puede dar un tipo de amnesia, que se presenta raramente en el trastorno de amnesia disociativa, denominada continua, en la cual no se registran nuevos recuerdos, o se lo hace parcialmente; también se puede afectar el desempeño de habilidades ya adquiridas, como leer, escribir, etc. El carácter transitorio y la baja frecuencia en la cual se afectan estos tipos de memoria, permiten descartar patologías de etiología médica en las cuales estas funciones están dañadas.

***: Como otras funciones cognitivas se puede citar al lenguaje, las funciones ejecutivas, la atención, etc.).

que se mencionarán, y su extensión más allá de un evento traumático en especial, servirán de tábula de orientación para una primera aproximación diagnóstica. El cuadro 7 plasma la clasificación de las amnesias antes referidas.

Con este breve análisis de la memoria podemos comprender cabalmente los trastornos amnésicos que se observan en los cuadros disociativos en oposición a aquellos otros de etiología médica conocida. Fundamentalmente lo distintivo radica en el compromiso del proceso de recuperación, ya que la codificación y el almacena-

miento de nueva información no está alterado sustancialmente en la amplia mayoría de los casos, ni tampoco el almacén, como lo demuestra la frecuente recuperación luego de un tiempo de la información a la que se tenía un acceso denegado.

Y por otro lado, la afectación del sistema de memoria declarativa circunscripto a la memoria autobiográfica, por lo que los sistemas de memoria procedural, de representación perceptual, de memoria semántica no autobiográfica y de corto plazo, se hallan indemnes o con perturbaciones leves y fugaces.

El cuadro 8 diferencia a las amnesias psi-

Cuadro 9

Perfiles de alteraciones neurológicas en las amnesias clasificadas según la localización del daño neuronal

Temporo-mediales	Diencefálicas	Prefrontales
Déficit en la consolidación que lleva a una amnesia anterógrada severa	Déficit en la codificación (superficial), que conduce a una severa amnesia anterógrada	Déficit en la codificación y recuperación, por falla ejecutiva, sin amnesia anterógrada
<i>Insight</i> conservado.	Bajo <i>insight</i>	Bajo <i>insight</i>
Sin confabulaciones	Confabulaciones presentes y abundantes	Solo en caso de lesión orbito-frontal, acompañando las manifestaciones conductuales que le son propias
Indemnidad ante la interferencia *	Alta sensibilidad a la interferencia	Alta sensibilidad a la interferencia
Amnesia retrograda limitada	Amnesia retrograda más severa y con graduación temporal	Falla en la recuperación guiada por estrategia
Sin amnesia de la fuente	Amnesia de la fuente presente (alteración en el registro contextual de tiempo y espacio)	Amnesia de la fuente presente.
Etiologías: encefalitis por herpes virus, traumatismos, etcétera	Etiologías: Síndrome de Korsakoff, ACV, etcétera	Etiologías: traumatismos, rotura de aneurismas; ACV

Las amnesias orgánicas o de etiología médica reconocida, permanentes y transitorias, generalmente adoptan uno de estos perfiles, a diferencia de las amnesias circunscriptas a un acontecimiento traumático, o las que se observan en los trastornos disociativos.

*: la interferencia hace mención a la falla en la inhibición de estímulos irrelevantes mientras se realiza una tarea con objetivo).

cógenas disociativas de las orgánicas con curso transitorio. También ayuda a la distinción la consideración de los antecedentes, como puede ser la existencia de traumatismo cráneo encefálico, la aparición de síntomas disociativos atípicos en mayores de 40 años, la coexistencia de otras alteraciones cognitivas, o los perfiles de alteraciones según la localización de la injuria

(ver cuadro 9), algo que las amnesias disociativas psicógenas no cumplen.

Crisis parciales epilépticas

Otra condición médica con abundantes manifestaciones disociativas son las crisis parciales epilépticas, simples y complejas, en especial durante la crisis y en un espacio de tiempo inmediatamente anterior y

Cuadro 10

Clasificación de las crisis epilépticas

Crisis parciales		Crisis generalizadas
Implican el inicio de la descarga eléctrica en un grupo de neuronas de un hemisferio cerebral. La duración es de segundos a minutos, pudiéndose prolongar horas y días en los llamados estatus epilépticos parciales simples. Estas a su vez se diferencian en:		<ul style="list-style-type: none">• Implican una descarga eléctrica que se generaliza a ambos hemisferios• Alteración en EEG.
Simples Sin alteración del estado de conciencia. También llamadas auras. El 90 % de estas cursan con EEG de superficie normal. Se las puede describir según la localización, o según su clínica	Complejas Implican una alteración de la conciencia, la cual puede manifestarse desde el inicio, o continuando a una crisis parcial simple que progresó hacia una forma compleja. De origen temporo-límbico (epilepsia psicomotora). En el interín de las crisis se detecta una alteración del ritmo eléctrico con descargas epileptiformes unilaterales o bilaterales, o cierto entumecimiento bilateral. Las alteraciones de la conciencia que se observan son variables entorno al nivel de gravedad. Pueden observarse: <ul style="list-style-type: none">- Formas confuso-oníricas.- Formas oniroides con delirio, ilusiones y alucinaciones.- Estados crepusculares: con automatismos motores complejos, cambios anímicos, delirios y alucinaciones.	Tipos Crisis de ausencia (<i>petit mal</i>). Crisis mioclónicas. Crisis clónicas. Crisis tónicas. Crisis tónico-clónicas (<i>Grand mal</i>). Crisis atónicas.

Las manifestaciones disociativas que se pueden confundir con los trastornos disociativos se dan en las crisis parciales simples o auras y en las crisis parciales complejas.

posterior a estas, denominado perictal.

El cuadro 10 describe la clasificación de crisis epiléptica, mientras que el cuadro 11 recolecta las manifestaciones psiquiátricas durante las crisis parciales simples epilépticas, y el cuadro 12 las propias de las crisis

parciales complejas, en especial la variante que se acompaña con mayor proporción de manifestaciones disociativas, la denominada crisis parcial compleja temporo-límbica.

Cuadro 11

Subtipos de crisis parciales simples y sus manifestaciones clínicas

Motoras	Neurovegetativas
<p>Marcha Jacksoniana.</p> <p>Automatismos motores simples: chupeteo de labios y vocalización (masticación, movimientos de lengua, quejidos, gritos, gemidos, sonidos guturales, silbidos, etc.). Risa, tos</p> <p>Automatismos motores complejos: bimanupédicos, como correr, andar en bicicleta, adoptar posición de lucha (cíngulo anterior, orbito-frontal). Refregarse las manos, tocarse la ropa, desnudarse y caminar (implican lóbulo temporal también).</p> <p>Movimientos pélvicos y gestos obscenos con manipulación genital (cíngulo anterior).</p> <p>Desviación conjugada de los ojos y cabeza (fronto-polar anterior).</p> <p>Mioclonia, ausencia amiotónica, postura tónica asimétrica. Crisis distónicas.</p>	<p>Sensación epigástrica ascendente (irritación insular).</p> <p>Palidez, sudoración. Rubor, piloerección. Dilatación pupilar.</p> <p>Acceso vasovagal de Gowers: se observa molestia epigástrica, disnea, precordalgia, arritmia, taquicardia, cambio de la tensión arterial. Característico de crisis temporo insulares con irradiación a corteza orbitobasal.</p> <p>Alteraciones vasomotoras, asociadas a ira y angustia.</p> <p>Migrañas, ftofobia, síntomas neurovegetativos, colon irritable, angustia e irritabilidad.</p>
Sensoriales	Psíquicas
<p>Ilusiones simples.</p> <p>Hormigueos.</p> <p>Destellos de luz, fosfenos, manchas coloreadas, burbujas, estrellas. También alucinaciones visuales complejas.</p> <p>Zumbidos, timbres, ruidos de máquina, música, y hasta alucinaciones auditivas.</p> <p>Sabores.</p> <p>Dolor, quemazón, etc.</p> <p>Olores extraño (pútridos, goma, sulfuro, desagradables, etc.).</p>	<p>Paramnesias: <i>Deja vô, jamaisvô, deja entendu y jamais entendu; ecmesias.</i></p> <p>Neotimias: despersonalización, desrealización, auras de elación, placer y éxtasis. Doble conciencia.</p> <p>Alucinaciones psíquicas: flashbacks. Autocopia.</p> <p>Distorsión del tiempo, estados de ensoñación.</p> <p>Disfasias.</p> <p>Manifestaciones emocionales: miedo y angustia, que a veces se configuran símil ataque de pánico, depresión, sensación de voluptuosidad sexual, ira.</p> <p>Ilusiones psíquicas: Dismorfopsias como micropsia y macropsia. Percepción alterada del tamaño y peso de partes del cuerpo.</p> <p>Pensamientos forzados: pensamientos intrusivos estereotipados. Se ven en crisis frontales.</p>

Cuadro 12

Manifestaciones clínicas de la crisis parcial compleja témporo-límbica

Crisis parcial compleja témporo-límbica
Forma distinguible que consta de la ejecución de actos automáticos complejos (crisis procursiva, gelástica, volvular, poriómana, y la dromomanía o fuga epiléptica).
Emociones intensas y variadas, en especial irritabilidad (postura de ataque), miedo (con postura de huida) y exaltación (estado de éxtasis místico).
Estados crepusculares o confuso oníricos.
Actos impulsivos (poriomanía, piromanía, dipsomanía, impulsos homicidas y delictivos).
Son de iniciación brusca y sus manifestaciones presentan fidelidad fotográfica, a raíz de su estereotipia.
Su aura son fenómenos paramnésicos, despersonalización, desrealización, dismorfopsias, alucinaciones del gusto y el olfato, otras manifestaciones de las crisis uncinadas.
Generan amnesia poscomicial marcada.

Por otro lado, es útil percibir como las manifestaciones psiquiátricas en los pacientes epilépticos pueden expresarse en tres periodos (cuadro 13), hallándose la clínica disociativa en el periodo ictal y perictal. Este intervalo perictal, como se mencionó, a menudo se engalana con síntomas disociativos, afectivos y psicóticos, encontrándose asociado a las crisis epilépticas, o sea, se da en un periodo tiempo inmediatamente antes o después del ataque. Son frecuentes los cambios afectivos y los fenómenos psicóticos preictales, aunque más lo son en el periodo posictal, en donde las formas psicóticas alucinatorias-delirantes, mal sistematizadas y estereotipadas, se acompaña de cambios en el nivel de conciencia y de síntomas disociativos, comenzando luego de un intervalo lucido poscrisis de entre 24 horas a 6 días, prolongándose, por lo general, no más de 10 días sin defecto de la personalidad subsiguiente.

Apartir de lo expuesto se puede colegir que los fenómenos disociativos en la epi-

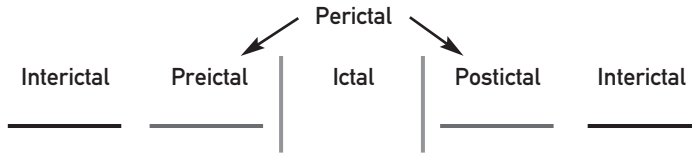
lepsia se dan durante algunas crisis parciales simples y complejas, con características propias, y también durante el periodo perictal, ya sea preictal o posictal, los cuales habitualmente duran de días a semanas.

En la etapa interictal no se registran estas manifestaciones disociativas, prevaleciendo trastornos afectivos y psicóticos interictales y los rasgos de personalidad epileptoide en ciertos casos. Esto último ha sido consignado en varios estudios que muestran las puntuaciones bajas en las escalas que evalúan síntomas disociativos (15) (16).

Existen otras características que permiten la diferenciación entre las manifestaciones de los trastornos disociativos y las crisis epilépticas parciales y los fenómenos perictales epilépticos (cuadro 14), agregando que los síntomas de orden postraumático no acompañan a la epilepsia por lo general, como lo son las pesadillas, *flashbacks*, la hiperactivación autonómica constante, la evitación de estímulos desencadenantes, el embotamiento de la afectividad, etc.

Cuadro 13

Las manifestaciones psiquiátricas perictales e interictales de la epilepsia



- **Ictus:** manifestaciones psiquiátricas durante las crisis epilépticas (en crisis parciales simples y complejas)
- **Perictales:** manifestaciones psiquiátricas en relación de inmediatez con las crisis epilépticas. Se dividen en:
 - Preictales: inmediatamente antes de las crisis, hasta un mes antes.
 - Postictales: irrumpen luego de un periodo de recuperación de 1 día a 6 días.
- **Interictales:** manifestaciones psiquiátricas sin relación con las crisis epilépticas.

También es posible utilizar como indicio el grado de comprensibilidad de las manifestaciones disociativas, que en el caso de la epilepsia no involucran motivaciones psicológicas reactivas a sucesos recientemente vivenciados, desencadenándose espontáneamente y fuera de contexto.

Otra condición a subrayar que permite la distinción en referencia al TID, en donde es habitual que irrumpen episodios de conciencia crepuscular, es la presencia de recuerdos fragmentados o bastante completos de la experiencia registrada durante ese estado, sumado al fenómeno de observador ajeno en donde la identidad oficial del paciente es espectadora pasiva de la usurpación de sus actos, conducta y de su cuerpo en general, por parte de otra identidad o entidad posesiva, algo casi imposible de ver en los casos de crisis epilépticas.

Cabe acotar que ciertas formas de crisis parciales complejas epilépticas en las cuales la fuga es predominante, plantean un

desafío mayor para el diagnóstico diferencial. El cuadro 15 se focaliza en las disimilitudes entre las fugas epilépticas y aquellas que se dan en el contexto de un trastorno de amnesia disociativa.

Intoxicación con sustancias

En relación a la intoxicación de sustancia el diagnóstico diferencial se aclara cuando es posible establecer una correlación entre el consumo de una sustancia y el inicio de las manifestaciones disociativas. Si no es posible recolectar esa información por el paciente o allegados, la presencia de otros efectos adicionales de los tóxicos, o su dosaje plasmático o en orina, facilitan el sendero hacia el diagnóstico definitivo.

El cuadro 16 muestra los principales estupefacientes capaces de generar síntomas alucinatorios y disociativos [17].

En referencia al tipo de amnesia que puede generar esta condición, como se mencionó en el caso de las amnesias orgá-

Cuadro 14

Diagnóstico diferencial entre trastornos disociativos y manifestaciones disociativas en la epilepsia

Características	Epilepsia	Trastornos disociativos
Asociación a desencadenantes estresantes	No necesariamente. Más frecuentemente irrumpen espontáneamente y fuera de contexto	Sí
Fidelidad de reproducción	Sí. Estereotipadas, repetitivas e invariantes	No
EEG o video EEG	Alterado	Por lo general, no alterado
Neuroimágenes	Frecuentes alteraciones estructurales a nivel temporo-medial	Sin alteración
Despersonalización/desrealización:	Se puede presentar. Ictales o en relación estrecha con la crisis o (perictales)	Se presenta con mucha frecuencia
Clínica disociativa	Se puede presentar. Ictales o en relación estrecha con la crisis (perictales)	Presente
Escala de medida de clínica disociativa	Baja puntuación en síntomas disociativos en periodo interictal	Puntuación alta
Estado de conciencia	Alterado en las crisis parciales complejas (crepuscular; confuso-onírico)	Habitualmente, no alterado*
Duración	Corta, de minutos en las manifestaciones disociativas ictales. En el caso de las perictales puede durar semanas, solo que las manifestaciones disociativas no son continuas y se dan en el contexto de otros cuadros psiquiátricos, afectivos o psicóticos.	Más prolongado, pudiendo extenderse a meses y años
Tipo de amnesia, duración y frecuencia	Sin patrón específico. Corta duración y alta frecuencia. Amnesia completa del episodio patológico	Limitada a la memoria autobiográfica, por lo general. De duración prolongada y continua **
Síntomas postraumáticos	Ausentes sino hay comorbilidad	Presentes
Antecedentes de convulsiones	Habitualmente, presente	Ausente por lo general, aunque dado que la comorbilidad con t conversivos no es despreciable, puede existir historia de pseudocrisis.

*: en el caso del TID, pueden existir micro-episodios de conciencia alterada, de tipo crepuscular, que en ocasiones de descompensación pueden prolongarse en el tiempo, y que son indistintos de un estado de trance. Estos episodios son más frecuentes en la variante posesiva del TID.

** : es frecuente de observar en el TID, un registro fragmentario o bastante completo de los sucesos vivenciados durante los estados de conciencia alterada, como por ejemplo, recordar las características de una personalidad que usurpó el control de la conducta o de una entidad en el caso de la variante posesiva

Cuadro 15

Características diferenciales de la fuga epiléptica y la fuga en el trastorno de amnesia disociativa

Características	Fuga epiléptica	Amnesia disociativa con fuga
Duración	Por lo general los minutos que dura la crisis	Días, meses y hasta años
Amnesia	Sin patrón específico	Retrógrada (falla en la recuperación) y autobiográfica
Desencadenante	Por lo general, inicio espontáneo y azaroso.	Presencia de desencadenante estresante.
EEG o video EEG	Alterado	Sin hallazgos patológicos, por lo general.
Estado de conciencia	Perturbado	Conservado, la mayoría de las veces.
Comportamiento	Durante la fuga el proceder es errático, tratándose de un vagar sin propósito y de repertorio de conductas limitado y perseverante	Proceder significativo, guiado según un propósito y con plasticidad y variedad en el despliegue conductual

Cuadro 16

Sustancias psicoactivas con acción predominantemente alucinatoria y disociativa

Sustancias psicoactivas alucinatorias y disociativas		
Drogas alucinógenas	Acción: neurotransmisión serotinérgica	Ejemplos: LSD (dietilamina del ácido lisérgico); psilocibina; mezcalina; ibogáina
Drogas disociativas	Acción: Neurotransmisión glutamatergica (ago. NMDA)	Ejemplos: PCP o polvo de ángel (fenilciclidina); ketamina; dextrometorfano

nicas transitorias, la memosria anterógrada en la principalmente aceptada.

Por otro lado, las manifestaciones anteriores se pueden dar en el contexto de un síndrome de abstinencia, por lo que debe cotejarse este diagnóstico diferencial. También hay que considerar que la inhalación copiosa de *cannabis* puede generar experiencias de desrealización y despersonalización, las cuales pueden persistir más allá del momento del consumo [18].

3) Otros trastornos psiquiátricos que se acompañan de manifestaciones disociativas

Trastornos psicóticos

Se debe hacer mención a los trastornos psicóticos, en tanto que en los trastornos de identidad disociativos (TID) se producen fenómenos que pueden fácilmente confundirse.

Como se mencionó en la descripción del TID, se pueden presentar síntomas psicóticos como aquellos de influencia pasiva e interferencia, incluyendo a la mayoría de los síntomas de 1º orden de Schneider. En todos estos casos son las otras personali-

dades o entidades las imputadas de hablar, dialogar e interrumpir con pensamientos, impulsos, afectos y conductas. A su vez, estos fenómenos de influencia son causados por agentes internos y no externos, es decir, se trata de las otras personalidades o identidades que habitan el mismo cuerpo.

Si fueran agentes foráneos como en las posesiones, estas no son producciones idiosincráticas y estafalarias, sino que guardan una conexión con las creencias religiosas o culturales que las sostienen. En este último caso, si bien es cierto que no se cumplen las reglamentaciones de una creencia religiosa o un mito popular (por ejemplo, en referencia al marco litúrgico en el cual han de presentarse las posesiones y su duración, o en referencia a quienes están autorizados a recibir dichas incorporaciones, o también, si las expresiones de las entidades no se condicen completamente con las esperadas, entre otros casos), se aprecia a diferencia de las manifestaciones puramente psicóticas, que los pacientes con posesiones de talante disociativo incorporan una entidad determinada, identificándose a un rasgo de la misma concordante con los que sostiene el imaginario colectivo en juego, utilizándolo como símbolo del conflicto psíquico que de esta manera logra comunicarse al exterior de manera cifrada, bajo un escenario que hace de marco a la descarga afectiva y así a la tramitación de ese exceso de valor traumático.

De igual manera ocurre con las “otras” identidades interiores no posesivas del TID, también son identificaciones a roles o posi-

ciones posibles a través de las cuales se vehiculizan y tramitan los excesos afectivos implicados en el trauma.

A menudo, alguna de las identidades interpretan a un abusador o perseguidor, otras al Yo inerme victimizado, otras más bien son observadoras pasivas o intervienen rescatando y cuidando, siendo estos los roles más comúnmente hallados bajo la forma de personalidades distintas, tal como lo señala el triángulo del drama de Karpman (19), influenciado por el psicoanálisis, señalando las motivaciones subrepticias en juego, de las cuales da cuenta el paciente mismo en el transcurso del tratamiento.

En las posesiones psicóticas, como en el resto de sus manifestaciones no es de esperar una salva de asociaciones que nos permitan seguir el rastro del conflicto tramitado, hallándose detrás de estas más bien un vacío inexorable. Estas últimas consideraciones al ser psicopatológicas son enjuiciadas peyorativamente por la perspectiva psiquiátrica imperante, y sin embargo, se aprecia su utilidad como herramienta adicional en el diagnóstico diferencial.

Por otro lado, en el TID, a pesar de que muchos pacientes experimentan estas vivencias de pasividad, por lo general, no se articulan a argumentos delirantes, quedando truncadas las explicaciones de estas experiencias. Más bien se los nota confundidos o desconcentrados frente a estas (3).

Estrés postraumático

El otro trastorno psiquiátrico a diferenciar es el estrés postraumático (TEPT). Este

presenta un cortejo de manifestaciones disociativas y de hiperalerta que son frecuentes en los TID, además de amnesia, despersonalización, y desrealización, similares a los restantes trastornos disociativos.

El patrón de amnesia disociativa que se observa en el TEPT se compone de un olvido selectivo de fragmentos de la experiencia traumática, con conservación de otros, los cuales pueden imponerse a la conciencia con intensidad sensorial casi perceptiva, de manera involuntaria, constituyendo los fenómenos de *flashbacks*, siendo distinto del patrón observado en las amnesias disociativas (10). Este último y otros criterios son recolectados en el cuadro 17, los cuales en conjunción facilitan el diagnóstico diferencial.

Otros trastornos a considerar

Pueden aparecer manifestaciones disociativas en el contexto de un ataque de pánico y en estados depresivos, aunque no con frecuencia considerable y por otro lado, relegadas a un rol secundario.

Es necesario plantear el diagnóstico diferencial con el olvido normal, los trastornos facticios y de simulación, estos últimos discernibles por la presencia de engaño (ver cuadro 19). En ocasiones también se presta a la confusión el cambio anímico y conductual entre dos personalidades antípodas, a veces en rango hipomaniaco y depresivo, semejando un trastorno bipolar. En este último caso, los episodios son más duraderos y el paciente se sigue identificando

Cuadro 17
Características diferenciales entre el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y los trastornos disociativos

Características	Tept	Trastornos disociativos
Despersonalización y desrealización	Sí, pero no predominante	Sí
Amnesia	Circumscripta al hecho traumático	Amplia; extendiéndose más allá del acontecimiento traumático si lo hubiera.
<i>Flashbacks</i>	Frecuentes, recordándose su contenido	Menos frecuentes, acompañándose habitualmente de amnesia disociativa de sus contenidos *
Otros síntomas disociativos	Poco frecuentes	Muy frecuentes
Síntomas postraumáticos **	Frecuentes	Menos frecuentes o nulos
Escalas de síntomas disociativos***	Puntuación baja	Puntuación alta

*: especialmente en el caso del TID (14).

**: como síntomas postraumáticos se entiende: pesadillas, flashbacks, la hiperactivación autonómica constante, la evitación de estímulos desencadenantes, el embotamiento de la afectividad, preocupación ansiosa con sensación de peligro constante, inestabilidad anímica, incontinencia emocional, hostilidad, conductas auto-lesivas, retraimiento social, etc.

***: por ejemplo, la *disociative experiences scale* o DES, (15).

como este en ambos estados.

Comorbilidad

Cabe resaltar la gran comorbilidad que existe entre los trastornos disociativos y el TEPT, el trastorno depresivo, y los trastornos de ansiedad. También es frecuente la coexistencia con los trastornos conversivos, trastorno de síntomas somáticos, desórdenes alimenticios, y trastorno de abuso de sustancias. Entre los trastornos de personalidad comorbidos más habituales figuran el trastorno borderline, dependiente y evitativo (2).

4) Diagnóstico diferencial de los trastornos disociativos

Como se deduce de los párrafos anteriores, los trastornos disociativos centrados en la presencia de alguna disfunción que atenta con la integración del psiquismo, pueden disecarse de acuerdo con el predominio de alguno de los siguientes atributos, aislados o en compañía:

- Amnesia disociativa.
- Disrupción de la identidad.
- Despersonalización y desrealización.

Correspondiendo a la preeminencia en la clínica de alguno de estos dominios, los respectivos trastornos de amnesia disociativa, identidad disociativa (TID) y de despersonalización y desrealización, haciendo la salvedad en referencia al TID, en el cual es igual de prevalente la amnesia disociativa, aunque a diferencia del trastorno de amnesia disociativa, la identidad se halla disgregada en múltiples personalidades favoreciendo así el diagnóstico diferencial.

Por otro lado, el trastorno de despersonalización y desrealización puede presentar amnesias disociativas, solo que en menor frecuencia e intensidad, no siendo este su rasgo sobresaliente.

5) Diagnóstico diferencial entre TID subtipo posesivo y los episodios de posesión asociados a creencias culturales o religiosas

Cuadro 18

Diagnóstico diferencial entre los trastornos de identidad disociativos posesivos y los estados de posesión culturalmente aceptados

Diagnóstico diferencial	
Trastorno de identidad disociativo de posesión	Estados de posesión culturalmente aceptados
Involuntaria. Incontrolable.	Si bien los fenómenos son involuntarios, el paciente da su consentimiento y aceptación. Estos estados se hallan sujetos a un control determinado por las normas culturales o religiosas.
Genera malestar. Egodistonia.	Son egosintónicas.
Recurrente o persistente.	Transitorias, solo se dan en el ambiente y momento pautado.
Presencia de conflicto entre el individuo y su medioambiente social, familiar o laboral.	Sin presencia de conflictiva psicológica.
Sin correspondencia con las normas culturales o religiosas de la comunidad.	Conforme a las reglas litúrgicas de una religión o culturales.

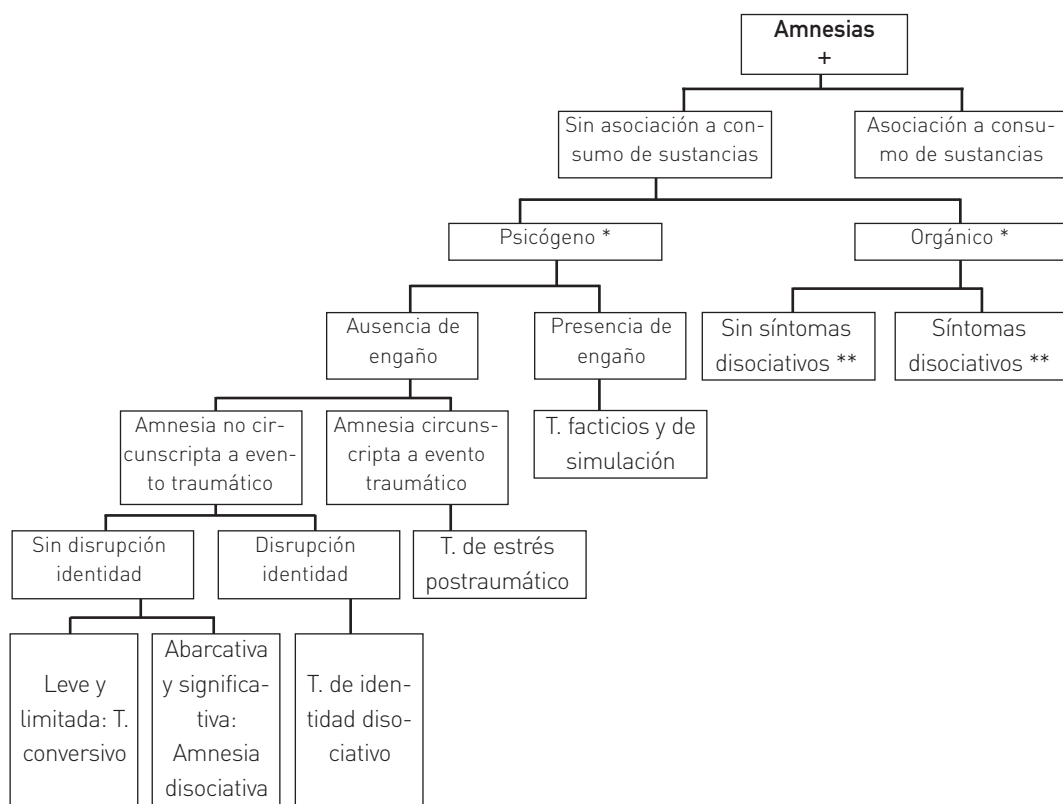
En una multiplicidad de culturas y sistemas religiosos, la discontinuidad en la vivencia de la propia identidad y su testimonio objetivo, son fenómenos esperables y hasta deseados de acuerdo con el dictamen de estas creencias imperantes, adquiriendo amparo, y legitimidad, si estos fenómenos cumplen con ciertas pautas que regulan su expresión. Es por ello, que no todos

los fenómenos de incorporación de espíritus o deidades son iguales, gozando de un gran polimorfismo entre sí, el cual se ajusta a cada sistema de creencias.

La función de estos eventos ha sido tema de variadas disciplinas como la antropología, la psicología, y también la psiquiatría, interesándole principalmente a esta última develar el carácter normal y patológico de

Cuadro 19

Algoritmo diagnóstico del paciente que se presenta con amnesia

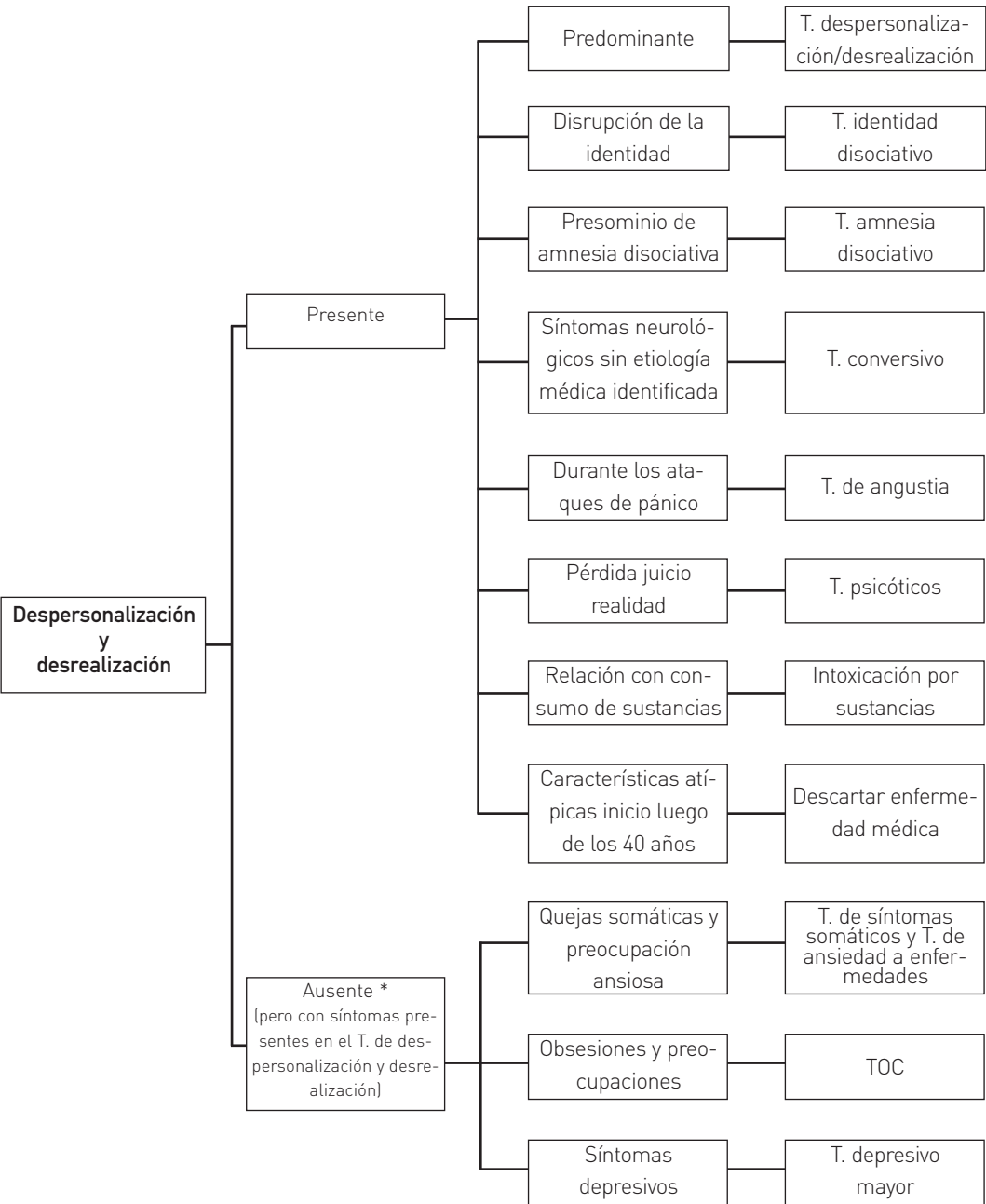


*: los criterios que permiten la diferenciación entre amnesias de etiología médica conocida u orgánicas, y la amnesia psicógena, se ilustran en el Cuadro 8.

** : Las amnesias orgánicas que se acompañan de otros síntomas disociativos incluyen a la epilepsia, mientras que aquellas sin manifestaciones disociativas significativas incluyen a las amnesias temporo-mediales de causa traumática, vascular, hipóxica, tóxica e infecciosa; o diencefálicas como la amnesia de Korsakoff; y dentro de las prefrontales, la etiología vascular, como la ruptura de aneurisma de la comunicante anterior, hipóxica y traumática.

Cuadro 20

Diagnósticos diferenciales que se plantean frente a la presencia de síntomas de despersonalización y desrealización



*: se incluyen una serie de trastornos que no se acompañan habitualmente de despersonalización o desrealización, pero que sin embargo, son poseedores de manifestaciones frecuentes en el trastorno de despersonalización y desrealización). Adaptado del DSMV.

estas expresiones. El cuadro 18 recolecta los principales criterios de diferenciación entre las posesiones ajustadas a un marco de creencias culturales o religiosas, y aquellas otras que deben ser consideradas patológicas. Estas últimas no solo se pueden observar en el TID, siendo necesario atender a otras condiciones diagnósticas como algunas formas de epilepsia, intoxicación con sustancias psicoactivas, y como se mencionó líneas más arriba, a los trastornos del espectro psicótico como la esquizofrenia, entre otras.

Algoritmo diagnóstico

A partir de las líneas anteriores es posible aventurar un algoritmo diagnóstico del paciente que se presenta con amnesia [cuadro 19], y aquel otro que lo hace con manifestaciones de despersonalización y desrealización [cuadro 20].

Tratamiento

Abordaje terapéutico inicial común

Abordaje terapéutico inicial

En primera instancia se debe atender la clínica de descompensación, en caso de presentarse, siendo de invaluable valor las intervenciones psicofarmacológicas basadas en ansiolíticos. Se debe implementar medidas de resguardo de la seguridad del paciente, como retirarlo de una situación traumática actual, utilizando por ejemplo, el recurso de las internaciones breves o el ingreso a hospital de día, en caso de riesgo cierto e inminente.

Es obligatorio identificar posibles comorbilidades, ya que más bien son la regla que

la excepción, existiendo una indicación psicofarmacológica precisa para la mayoría de estas, las cuales deben prescribirse a la brevedad.

A la vez, se debe trabajar el establecimiento de la alianza terapéutica, que de no ser con uno, se debe procurar con celeridad una derivación con terapeutas especializados con quienes se deberá comenzar un tratamiento de largo plazo, el cual requerirá a menudo de la atención psiquiátrica y psicológica en conjunto.

Una vez establecido el ambiente propicio para que fecunde un tratamiento efectivo, se debe comenzar por la estabilización del cuadro, brindando el apoyo suficiente como para contener y manejar las intrusiones de recuerdos fragmentarios que generan intenso malestar, y otros síntomas desagradables, ya sean de la dimensión afectiva, postraumática o disociativa, dejando a un lado transitoriamente la labor sobre el material traumático.

Trastorno de despersonalización

En el caso del trastorno de despersonalización se pueden ensayar terapias psicológicas y psicofarmacológicas.

Intervenciones psicológicas

La evidencia no favorece a ninguna intervención psicológica de manera significativa y consistente. Algunos estudios indican la eficacia de técnicas conductuales como inundación en vivo/imaginación, intensión paradójica, exposición con prevención de respuesta y parada de pensamiento, en especial en casos de ansiedad anticipatoria, evita-

ción y manifestaciones obsesivas (18).

Otras técnicas conductuales como la bio-retroalimentación, la relajación muscular progresiva y la desensibilización automática, mostraron una efectividad leve a moderada para reducir la signo-sintomatología (18) (24).

Existe evidencia de buena respuesta a la terapia psicodinámica cuando los episodios de despersonalización están en relación a recuerdos traumáticos (18).

Intervenciones psicofarmacológicas:

Existe evidencia de eficacia para las manifestaciones de despersonalización de los ISRS, como la fluoxetina, fluvoxamina y la sertralina solos o en combinación con clonazepam, alprazolam o buspirona (18). También hay evidencia para lamotrigina sola o combinada con un ISRS o litio, especialmente en formas resistentes (18) (20). Si bien algunos de estos estudios son ensayos clínicos, el número de participantes es muy bajo. Por otro lado, lo más frecuente de observar es la remisión parcial y no

completa (18).

Tratamiento del TID y el TAD

Los trastornos de amnesia disociativa (TAD) y los trastornos de identidad disociativa (TID) reciben un abordaje terapéutico similar, entendiendo a ambas condiciones insertas en el espectro de los desórdenes relacionados al trauma. Janet había pergeñado una perspectiva terapéutica para hacer frente a la problemática de las condiciones disociativas y postraumáticas que consistía en tres etapas (21) (19):

- Contención, estabilización y reducción de síntomas.
- Modificación de los recuerdos traumáticos.
- Integración y rehabilitación de la personalidad.

Actualmente, estos lineamientos son reforzados por el consenso de profesionales especializados en el abordaje terapéutico de los trastornos disociativos, y por la evidencia recolectada, nombrando a esta intervención sintéticamente como trata-

Cuadro 21

El tratamiento orientado en fases

Fase de estabilización	Focalizada en la seguridad, control de los síntomas, contención de impulsos y afectos, psicoeducación acerca del trastorno y sus opciones de tratamiento, y también el establecimiento y afianzamiento de la alianza terapéutica. Una vez logrado estos objetivos se pasa al siguiente nivel.
Fase de integración	En donde se intenta lograr un procesamiento del trauma que propenda a la asimilación de los recuerdos traumáticos y la atemperación del afecto acompañante, fomentando así la cohesión y unidad de la persona.
Fase de resolución y reintegración	En la cual se intenta conducir al sujeto a desarrollar una vida común según sus intenciones y deseos integrados en un plan de vida. En esta fase el foco se des-centra del trauma y se posa en el despliegue de una vida renovada y revigorizada, desligada de la carencia de libertad que generaba su estado disociativo y la fijación a una postura traumatizada y de victimización crónica.

miento orientado en fases, el cual se aplica al TAD con y sin fuga, y también al TID, ya que se los entiende desde una perspectiva que se focaliza en los efectos del trauma sobre la estructura biopsicosocial de la personalidad en su conjunto, con las adaptaciones pertinentes que demandan cada uno de ellos.

Este tratamiento orientado en fases reúne una multiplicidad de técnicas y abordajes que se suceden según un orden de progresión, comenzando con una fase de estabilización, otra de integración, y por último, una de resolución (ver cuadro 21).

Tratamiento orientado en fases para el TID y el TAD (19) (21) (22) (23)

1º fase de estabilización:

Esta consta de una serie de procedimientos como:

- Psicoeducación: informar sobre las características del desorden, sus comorbilidades y su curso.
- Establecimiento de un contrato: en donde el paciente consienta con el tratamiento y las técnicas que se implementarán, conociendo las ventajas y desventajas. Esto es especialmente útil en el TID, dada la fluctuación en los estados de identidad, quienes en un momento pueden sentirse a sí mismos como una unidad indivisible, pero en otros pueden percatarse de su estado dividido, y hasta su personalidad de base puede ser suplantada completamente por otra, incluyendo a aquellas que atentan con la prosecución del tratamiento. En el caso especial del TID se debe asegurar al paciente que sus otras personalidades no

van a ser destruidas, sino que el objetivo de la terapia es que alcance un acuerdo para colaborar en la consecución de una mejoría en el estado mental y anímico del individuo; no hay que olvidar que esta fragmentación en múltiples personalidades es un intento de adaptación a una situación traumática, aunque inconducente, inefectivo y perjudicial.

- Encuadre terapéutico y señalización de límites: especialmente obligatorio en el caso del TID, dado que estos pacientes esperan y temen que los otros significativos, lugar que ocupará el terapeuta una vez establecida la relación transferencial, violen las reglas, algo que también ellos mismos hacen con gran frecuencia, además de establecer transferencias masivas. Por estas razones esgrimidas es menesteroso mantener con firmeza el encuadre terapéutico y marcar los límites a los cuales ambas partes deben ajustarse. A tal fin se deben especificar los tiempos que podrá extenderse la terapia, señalar los comportamientos inaceptables, determinar los honorarios y su modo de pago, especificar los motivos para realizar llamadas telefónicas extras, etc. Por otro lado, no se debe acceder a los intentos del paciente de tener un trato especial y de ubicarse en un lugar que en definitiva confirme las creencias del paciente de que los otros terminan por violentar las reglas y que terminan por actualizar sus conflictos y vivencias traumáticas.
- Se deben desarrollar habilidades para manejar los síntomas: las habilidades de contención se pueden enseñar con psicoeducación y técnicas de imágenes. La instrucción psicoeducativa puede focalizarse

en desarrollar la capacidad de identificación de las emociones y lograr modular los sentimientos que a menudo los pacientes no pueden discernir entre sí; aprehender a discriminar un sentimiento y contextualizarlo es el principio de su control y comprensión. También enseñar que la ambivalencia afectiva es normal y comprensible, ayuda a estos pacientes a manejar sus emociones contradictorias. Además, se puede instruir en técnicas de auto-consuelo o distracción tan simples como caminatas, realizar ejercicios de relajación a través de la modulación de la respiración, meditación, o la escucha de música propicia a tal finalidad. Estas estrategias deben ser creadas en conjunto y deben tenerse en consideración cuando la desesperación irrumpe. Por otro lado, las imágenes de contención pueden consistir en el desarrollo de distracciones tales como contar al revés, o descargar los afectos dolorosos en objetos imaginados, etc.

Las habilidades de conexión son otra clase de destrezas tendientes a ubicar al paciente en el espacio donde se encuentra y en el tiempo presente. Dos habilidades de conexión se destacan, las denominadas consciencia sensorial, en las cuales se estimulan los cinco sentidos de los pacientes para lograr una mejor orientación, y las de consciencia cognitiva, en las que se orienta al paciente con información repetida acerca del día, fecha, edad y localización.

En el caso específico del TID, hablar sobre los otros estados del yo promueve el conocimiento y la experimentación de la coexistencia de otras entidades o persona-

lidades, aptitud útil para favorecer el crecimiento de otra habilidad indispensable para la estabilización y el procesamiento del trauma, que se denomina encuentros internos. Esta última destreza implica que el paciente incremente el conocimiento de la estructuración interna de sus personalidades, ubicando a cada una de ellas con sus tendencias y rasgos.

Para facilitar el desarrollo de esta técnica se puede promover que cada uno de los estados del yo se presente a sí mismo y brinde datos, los cuales deben luego rememorarse y así ser integrados al patrimonio de recuerdos. Estos encuentros internos luego podrán realizarse solos. También esta competencia favorece a la labor del terapeuta de localizar al estado del Yo singularizado como persecutorio, cruel y acusador, que a menudo atenta contra el tratamiento, y por otro lado, también al aspecto depresivo y suicida, al cual se debe prestar suma importancia.

Otra aptitud de crucial importancia en el TID es la planificación de la seguridad, que debe realizarse en conjunto con el paciente, para lo cual la identificación de los estados del yo masoquistas y suicidas, y los agresivos persecutorios, alcanzada con la habilidad anterior, es fundamental para confeccionar estrategias y planes de urgencia que deben redactarse por escrito. De esta forma se hace intervenir al propio paciente en el cuidado de su integridad.

Otras habilidades implican imaginar un lugar de curación, y llevar un diario de las sesiones de terapia.

Esta labor en pos de la adquisición de

habilidades tendientes a favorecer la estabilización del cuadro, deja en claro la intención de que el paciente intervenga activamente en el desarrollo del tratamiento y se sienta responsable de sus actos y sobre el cumplimiento del tratamiento.

- En esta primera fase se pueden también considerar tanto para el TID como para el trastorno de amnesia disociativa la modificación de los esquemas cognitivos distorsionados propiciando una reestructuración cognitiva. Además, se debe prestar especial atención a los fenómenos transferenciales y contra-transferenciales, en los cuales habitualmente el paciente puede proyectar la figura de abusador al clínico o actuar como si la víctima fuera este. En el caso del TID, a veces un determinado tipo de relación transferencial deja su puesto a otra entre sesiones, correspondiéndose a distintas identidades, lo cual proporciona información adicional acerca de la personalidad a la cual se enfrenta el terapeuta, permitiéndole maniobrar consecuentemente.

2º fase o de trabajo sobre el material traumático

El pasaje a esta etapa requiere de cierta estabilización del cuadro, entendida como un reforzamiento suficiente del ego, por lo que no es recomendable acceder a esta si persisten los síntomas intrusivos y disociativos intensos, el ánimo desregulado, el abuso de sustancias, la inadecuada alianza terapéutica, la continuidad de una situación estresante como puede ser una separación, duelo, o relación patológica con allegado, presencia de síntomas psicóticos o

regresiones severas, trastorno de personalidad descompensado, enfermedad física grave, ausencia inminente del terapeuta y litigios actuales [22].

Para otros, el inicio de esta fase es menos exigente concordando con la presencia de una alianza terapéutica consolidada, incluyendo la adquisición de la capacidad de gestionar autónomamente las habilidades de afrontamiento aprendidas en la anterior etapa, sumado en el caso específico del TID al logro del consenso entre los diferentes estados del yo con el objeto de que los mismos cooperen en pos de la cura o mejoría [3] [19].

El punto de gravitación se modifica, y ahora las sesiones se focalizan sobre el material traumático afectivamente cargado, haciendo hincapié en la modulación del afecto desencadenado durante el recuerdo, promoviendo la estabilización anímica antes de que la sesión finalice, requiriéndose de varias sesiones para penetrar en el significado emocional y cognitivo de las experiencias traumáticas.

El objetivo con este cambio de perspectiva radica en recuperar la memoria sobre la identidad, la historia personal y circunstancias de vida, que están veladas en el trastorno de amnesia disociativo, y en el caso del TID, también desarticuladas.

Como se mencionó, durante este proceso pueden aflorar emociones intensas relacionadas al trauma o a conflictos psicológicos internos. El terapeuta debe desempeñarse conteniendo al paciente y no emitiendo juicios de valor. En estos casos la terapia de hipnosis puede facilitar la contención de

las emociones e impulsos, regular el pasaje a la consciencia de las huellas mnémicas recuperadas, y procesar e integrar a estas al acervo consciente.

De todas maneras, cabe mencionar que algunos trabajos no recomiendan la hipnosis dada su ineficacia [14]. También es útil la implementación de psicofármacos para calmar los ánimos.

El manejo de la transferencia y las intervenciones de reestructuración cognitivas son también útiles en esta etapa.

Además, se pueden implementar técnicas para recuperar memorias traumáticas de corte cognitivo conductual como la reconstrucción contextual, en la cual se le solicita al paciente que focalice la atención en el tiempo y lugar en la que se experimentó un suceso traumático. También la focalización en el estado somático y afectivo que pareciera estar relacionado con el evento desencadenante.

La utilización de técnicas como la hipnosis, antes mencionada, la relajación, la inundación imaginaria, EMDR, y algunas intervenciones psicofarmacológicas pueden ayudar a recuperar memorias.

3º fase de fusión, integración, resolución y recuperación

En el curso del tratamiento se deben apreciar los efectos de la reincorporación de los rastros mnémicos perdidos en el caso del TAD, y en el caso del TID, la unificación de la identidad, revirtiendo el procesamiento en compartimentos divisibles de los afectos, pensamientos y conductas que se venía dando.

Cuando lo anterior ocurre, desaparecen o se atenúan las manifestaciones de estrés postraumático y los síntomas disociativos, siendo continua la estabilidad anímica, virando la meta del tratamiento hacia la estimulación del paciente para que construya un plan vital a futuro singular y de acuerdo con su deseo, con los recursos y la energía renovada que por el cambio operado está a su disposición.

Se trata de una tarea en la que el paciente debe aprehender a ser una única persona, y pueda reformular una creencia de lo que le ocurrió (el trauma), en qué momento del pasado aconteció y a quién le sucedió, o sea, a su propia persona [21]. De esta manera, se le da un tratamiento simbólico a lo traumático y no se lo disocia, permitiendo que esas experiencias personales infames del pasado sean identificadas y reconocidas como propias. Propiciando el pasaje de las intrusiones angustiosas no verbales hasta su procesamiento secundario en el que adquieren la consistencia de un recuerdo verbal y por ende, narrativo.

Intervenciones psicofarmacológicas del TID y el TAD

Fundamentalmente el tratamiento psicofarmacológico se dirige a mitigar los signos y síntomas de los cuadros comórbidos y de los dominios afectivos y postraumáticos. Se consideran de utilidad a los ISRS, tricíclicos, b-bloqueantes, clonidina, y anticonvulsivantes, mejorando los síntomas de intrusión, ansiedad e hiperactivación [3].

De todas formas, las pruebas de su eficacia son escasas y no proporcionadas por

ensayos clínicos lo suficientemente numerosos y ejecutados con una metodología aceptable [14]. Cabe agregar, que algunos estudios contraindican el uso de anestésicos como el tiopental para recuperar trazos mnémicos traumáticos [14] [24].

EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*)

Se trata de una técnica que intenta desensibilizar la historia traumática del sujeto, operando un cambio [26]. Esta consiste en que la información traumática no tramitada y revivida como recuerdos fragmentados intrusivos, sensaciones somáticas, y estados afectivos intensos, se logre expresar en un formato verbal, y por ende, inserto en coordenadas simbólicas de tiempo, espacio y persona, determinando que esta sea apropiada por el sujeto a través de su narración. Para ello se requiere que el paciente sostenga en su mente una imagen visual de un recuerdo traumático, la evaluación negativa de sí concomitante, y la respuesta sensorial, somática y emocional, mientras se estimulan los movimientos oculares o se utilizan otras técnicas de estimulación bilateral. Esto último genera el efecto de desensibilización favoreciendo la integración de la información al ser asimilada narrativamente, controlando así las descargas sensorio-motoras-afectivas que se repetían con anterioridad y que tan funestas eran para la vida del paciente [26].

Existe evidencia escueta de su utilidad en la 2º etapa del tratamiento por fases, aunque también se puede aplicar en la primera [21] [22] [23].

Conclusiones

Los trastornos disociativos son un conjunto de condiciones a menudo olvidadas y desdeñadas por los profesionales de la salud, siendo extremadamente frecuente la instauración de un diagnóstico erróneo. De allí, la importancia de tener en consideración a estos con su clínica, y plantear los diagnósticos diferenciales como medida inicial a todo abordaje de estos desórdenes.

Siguiendo esta línea, por un lado, se debe discriminar a estos trastornos de los generados por intoxicación o abstinencia de sustancias, amnesias de etiología médica identificada, manifestaciones epilépticas; y por otro, se deben considerar a los trastornos psiquiátricos del espectro psicótico y el trastorno de estrés postraumático, como los principales en este ámbito.

En el caso del TID subtipo posesivo, se debe prestar atención al marco cultural y de creencias religiosas para diferenciarlos de manifestaciones no patológicas. El discernimiento entre desórdenes pertenecientes a este apartado, es una tarea más fácil.

Una vez establecido el diagnóstico, se debe estabilizar al paciente, como en la mayoría de las veces ocurre, dado que lo habitual es que estos inicien el tratamiento a partir de un episodio de descompensación.

Asegurar la seguridad del paciente, atemperar los ánimos e impulsiones, además de establecer sigilosamente una alianza terapéutica, responden a las exigencias de un abordaje terapéutico inicial, requiriendo estos trastornos un tratamiento prolongado e integral, en donde se deben

mancomunar de manera ordenada distintas técnicas psicológicas y estrategias psicofarmacológicas de acuerdo con una serie de etapas pautadas, tendientes a devolverle al paciente el control sobre los contenidos disociados.

Caso clínico

Se presentaba a la consulta una paciente de 27 años, con secundaria completa al igual que el ciclo básico común (tardo 3 años). Había comenzado el 1º año de la carrera de medicina en la UBA, cuando a raíz del comienzo de la enfermedad terminal de su padre en el año 2001, la abandonó, se retrae y deja de frecuentar a sus amigas, dedicándose por completo al cuidado de su progenitor. Hasta ese momento gozaba de una vida social acorde a su edad y también realizaba trabajos como promotora y cadete en una imprenta.

Tuvo su primer episodio de descompensación en octubre de 2005, el cual requirió 2 meses de internación. Consistió en una "posesión demoníaca", caracterizada por excitación psicomotriz, en la cual se modificaba su rostro y voz, tornándose ésta viril y gutural. También amenazó de muerte a sus familiares, los agredió verbalmente y físicamente, para luego huir hacia la calle corriendo unas cuantas cuadras hasta ser alcanzada por su hermano. En ese marco se produjeron de manera fugaz, falsos reconocimientos, alucinaciones acústico-verbales y cenestopáticas.

En la sala de internación se encontraba disgregada y polialucinada. Su familia, al respecto, mencionaba que "No era ella" y

que "parecía desconectada", sic.

Al mes, mejoró aunque las alucinaciones persistieron unos 3 meses, continuando tratamiento ambulatorio con risperidona y carbamacepina, con diagnóstico presuntivo de trastorno bipolar o psicosis epiléptica.

El tratamiento fue abandonado a los 4 meses, pero les mintió a sus familiares refiriendo que lo continuaba.

En marzo de 2006 inició un curso de anestesiología, y lo realizó hasta agosto sin dificultades, cuando sufrió su segundo episodio que requirió internación en nuestro hospital.

En la guardia su cuadro era descripto como psicótico, de tinte místico paranoide, con alucinaciones acústico-verbales, cenestopatías, ideación paranoide, sonorización del pensamiento, hipotimia y excitación.

Una vez que se alcanzó una estabilidad mínima, pudo ser indagada con mayor profundidad desplegándose una narrativa similar a la del primer episodio. Refería que había padecido una posesión benigna, la de Ogum o su correspondiente católico San Jorge, Orixá protector en el culto Umbanda, el cual fue invocado en una ceremonia en la que participó con el objeto de lavar su alma del anterior espíritu oscuro que la había poseído, fruto de un conjuro que una persona le había realizado. La aparición de San Jorge había consistido en una sensación de bienestar que brotaba de su cuerpo, comenzando en el epigastrio y proyectándose hacia el pecho, posteriormente se difuminaba hacia el exterior, brindando a los otros esta energía positiva y sanadora. Con esta energía y con el amor de hija iba

curar a su padre; o sea, no solo recibía protección con esta posesión benigna que terminaba por resolver el estado de vacío y desolación subsecuente a la extirpación del espíritu maléfico que se había incorporado en su primera crisis, sino fundamentalmente, podía revertir el deceso de su padre.

La paciente recordaba lo sucedido, aunque con brechas amnésicas, explayándose sobre la odisea experimentada en donde su identidad era parcialmente sustituida por otra que pasaba a tener el control de sus actos. Su madre comentó que inmediatamente antes de descompensarse por completo, la paciente había presentado episodios similares, aunque manejables y transitorios, pero que dado que de igual manera había comenzado la anterior crisis, previó una complicación y decidió llevarla a la casa de una amiga curandera donde permaneció unos días hasta que desarrolló un severo cuadro de excitación psicomotriz con heteroagresividad y fuga, siendo ubicada danzando en la calle, insultando y no dejando pasar a algunos autos. Fue en este momento que intervino la policía y se tramitó su internación, respondiendo la paciente con mucha agresividad.

Una vez internada y estable, la paciente relató su registro vivencial durante este episodio, subrayando que ese comportamiento era dirigido por el santo, que ella era consciente de esto, y que hasta pudo reconocer a su familia, pero ya no tenía injerencia en el control de sus actos.

La danza era la expresión de ataque de San Jorge al dragón, o sea, a lo maléfico.

Algunos conductores de autos le habían parecido malas personas, por eso no los dejaba pasar. Además, algunos policías durante su reducción le refirieron groserías y quisieron propasarse sexualmente, por eso los agredió.

Consideraba que lo sucedido no era un problema médico, sino de religión, estando convencida de que detrás de las apariencias en las que vivimos se esconde un trasfondo de fuerzas que tienen injerencia en nuestras vidas, y que su cuadro es testimonio de ello.

Estuvo un 1 mes internada, evolucionando favorablemente sin presentar los anteriores episodios. Solo presentaba la sensación de que recibía un soplo en su cara, fugaz y episódico, a partir de lo cual no se cristalizaba ninguna creencia delirante. La afectividad conservada, no se presentaba de manera discordante, ni había perturbación formal del pensamiento, articulando un discurso bien dirigido, sin neologismos u otros signos de fragmentación lingüística.

Rápidamente se hizo de amigas en el servicio, pacientes con trastorno de la personalidad, puesto que con las psicóticas más bien se entristecía al considerar la condición lastimera que la enfermedad les generaba, pero también debido a la ausencia de temas en común.

Sus rasgos de personalidad infantil se concatenaban con una relación apegada con su madre y una relación tensa con sus dos hermanos, para quienes la paciente simulaba estos cuadros, dado su comportamiento caprichoso y acaparador de la atención, desde siempre, señalando que su

madre siempre actuó en complicidad en todo lo sucedido. Llamaba la atención que su madre tomara a risa mucho de los comportamientos de su hija, como si fueran travesuras de nena, sin mensurar los perjuicios que generaba a la tranquilidad familiar y las divisiones que en su seno se gestaban.

La paciente persistía triste cuando pensaba en la posible muerte de su padre, siendo este muy sobreprotector con ella, apreciándose que era su hija preferida.

A las pocas semanas de salir de alta, se repitió otro episodio. Un cliente de su padre visitó el negocio y al verlo, la paciente irrumpió en su persona una sensación de desconfianza, interpretando que estaba frente al demonio, recordando todo lo que previamente le había pasado: “me vino todo el pasado y me invadió la sensación de que se volvía a repetir”, sic. Una mezcla de *flashback* y ecmesia, entrando rápidamente en el modo automático de comportamiento similar a las posesiones anteriores.

Rápidamente, se quedó mirando fijo a ese hombre, extendió sus brazos, emitió sonidos guturales y comenzó a soplar. En el mismo lugar comenzó a trotar y con sus brazos realizaba movimientos como si estuviera clavando una lanza. Repetía, “devolveme a mi madre”, sic, “vos no sos mi padre, devolvéme”, sic, y exhortaba al cliente a que se aleje, por considerarlo una presencia demoníaca. Todo este episodio duró 1 hora aproximadamente, recuperándose rápido y volviendo reconocer a sus padres.

Algo similar ocurrió en la guardia cuando

se cruzó a un enfermero, resurgiendo el sentimiento de desconfianza e interpretando a este como un violador; episodio que duró unos minutos y luego se recompuso.

Al otro día explicó tranquilamente lo sucedido refiriendo que San Jorge se manifestó devuelta, debido a la sensación de peligro inminente. La danza representaba a San Jorge ahuyentando a lo demoníaco, lo mismo que el soplo.

Sobre los falsos reconocimientos refirió que era una vivencia intermedia, por momentos los reconocía, en otros no, prevaleciendo una postura sobre la otra en determinado intervalo de tiempo. El episodio, para ella, surgió a raíz de la vivencia de que lo funesto del pasado podía revivir.

Tres semanas de internación, y lo único que persistía era su convicción de que todo se había iniciado como consecuencia de un daño.

Se repitió otro EEG con datos normales y en la evaluación neuropsicológica solo se objetivaba una alteración en la atención selectiva y sostenida, con enlentecimiento moderado en el procesamiento de la información, posiblemente por efecto de la medicación.

En la evolución, continuaron las sensaciones de soplo en la frente por unos 3 meses, y durante un periodo de 6 meses aproximadamente desarrolló, una vez por semana, un cuadro que parecía un *flashback*, en donde se le aparecía la virgen del mar o lemanjá del culto umbanda. Esta vivencia era siempre la misma, con los mismos detalles y el contenido del mensaje de la virgen siempre optimista. Sobre la cualidad

de la vivencia, la ubicaba entre lo sensorial y lo representacional del pensamiento. Es como un recuerdo, una imaginación pero con cualidades sensoriales por momentos, que localizaba en su espacio interior mental, sin provenir desde afuera, en donde la virgen se presentaba vestida de blanco, con aros tipo perlas, cabello largo, lacio y moreno, flequillo y ojos color miel; voz dulce y suave, y sin un aroma distintivo. La paciente se observaba vestida de negro y escuchaba sus mensajes. Cuando la virgen comenzó a revelar la futura muerte de su padre, dejó de prestarle atención y esta vivencia desapareció.

Una vez retomado su nivel de vida habitual, comenzó a comentar algunas de sus vivencias de posesión, no sin incomodidad. En la primera había visto la cara del demonio, este era muy pesado, por esta razón ella caminaba incurvada. También despedía olor a quemado. Esta entidad le generaba dolores corporales múltiples, y oía su voz en su interior, a menudo de contenido injurioso, aconsejándole que se mate o que mate a otros, se burlaba de su padre enfermo, de su abuela muerta, y le gritaba obscenidades entre otras aberraciones. Ella llegó a hablar lenguas demoníacas pues esta entidad gobernaba su habla y le comentaba que estaba dentro de su cuerpo porque una persona que la odiaba le había hecho un daño. La paciente entendió que esta persona era la cuñada de su madre que no soportaba el amor en su familia y por envidia causó este daño.

La paciente prosiguió el tratamiento ambulatorio durante un año. En ese tiempo

falleció su padre, respondiendo a este hecho de manera madura, y paradójicamente había mejorado su estado.

Posteriormente, había reiniciado sus estudios de medicina, con buen desempeño académico y desplegando una vida social activa con sus compañeros de universidad. Además, estuvo trabajando en el negocio de su madre utilizando su remuneración para pagar sus estudios. La madre refería que había vuelto a ser la misma de antes.

A fines de 2007 se interrumpió el tratamiento como consecuencia de una transferencia erótica. La paciente refería que en esos meses había demostrado ser normal, y que presentaba sentimientos de amor dirigido a su terapeuta, agregando que el gesto del mismo de continuar el tratamiento ambulatorio era un signo de afecto. Ante la imposibilidad de tal relación termina abandonando el tratamiento. La madre sabía de la intención de su hija y hasta se la fomentaba, así como también del incumplimiento del tratamiento, dado que la paciente nunca había tomado la medicación durante el año de seguimiento ambulatorio. Esta transferencia masiva se correlacionaba con los mecanismos defensivos primitivos y la tendencia a la escisión que ostentaba su yo inmaduro.

La paciente continuó el tratamiento a través de una prepaga. Evolucionando favorablemente durante el año subsiguiente. La madre luego de unos meses estableció una llamada telefónica, alarmada porque el psiquiatra le había referido el diagnóstico de esquizofrenia, ya que la RMN de cerebro

señalaba una dilatación de los ventrículos laterales.

Medicada con risperidona de depósito, a principios de 2009 debió ser internada devuelta por presentar un episodio similar.

En 2012, la madre de la paciente vuelve a establecer un contacto telefónico solicitando retomar el tratamiento ambulatorio. Durante la misma, la paciente quiso hablar, expresando sus deseos de volver al tratamiento.

Desde la última internación de 2009, no volvió a recaer. Había alcanzado hasta el tercer año de la carrera, la cual tuvo que abandonar por los problemas financieros de la familia, y mencionó que en ese momento estaba buscando trabajo. Aclaraba que ya no sentía amor por su terapeuta, disculpándose por lo sucedido aunque excusándose por su condición de enamoradiza y su propensión a las fantasías románticas. Asombraba su relato desdenoso sobre todo lo acontecido, “mi problema ahora es otro, lo de las posesiones ya pasó, eso era porque no podía aceptar que mi padre estuviera enfermo y vaya a morir”.

Este cuadro planteó como diagnósticos diferenciales al principio, esquizofrenia, psicosis epiléptica, psicosis agudas sin defecto como lo son las reacciones psicóticas y las psicosis cicloide, también trastorno bipolar. Sin embargo, no se erguía en ese horizonte el diagnóstico de trastorno disociativo, en especial los trastornos disociativos de trance y posesión por el DSM-IV, actualmente reformulado por el DSM-V como trastorno de identidad disociativo, en

su forma de posesión.

La paciente no desarrolló signos y síntomas negativos. Su afectividad sin discordancia y conservada, le permitía desenvolverse con empatía y con propensión a relacionarse socialmente. Su voluntad no estaba perturbada, pudiendo trazar planes vitales y proyectarlos a futuro, como su deseo de estudiar una carrera universitaria, viéndose conmovido su comportamiento presente por este objetivo que se extendía al porvenir. Su pensamiento sin averías formales, con buena fluencia, sin neologismos y fenómenos de fragmentación del lenguaje. La ausencia de amaneramientos, esteotipias, y de prosopografía y conducta estafalaria, por fuera de las crisis.

Por lo anteriormente expuesto el diagnóstico de esquizofrenia puede ser excluido, hasta siguiendo los consejos de los manuales actuales que en forma desmedida le dan importancia a los síntomas positivos para el diagnóstico, en especial a los síntomas de primer orden de Schneider, se puede seguir descartando de plano este diagnóstico.

Por otro lado, el supuesto delirio era una creencia religiosa de una rama de su familia la cual profesaba el culto umbanda, encontrándose que el contenido de las manifestaciones de la paciente comulgaba en gran parte con los de este culto, no siendo discordante con la cosmogonía de esta religión sincrética, cumpliendo los “orixas” mencionados, las funciones y el comportamiento consignado por estas creencias. Además, la presencia de síntomas de primer orden de Schneider son comunes en

los trastornos de identidad disociativo y en las posesiones.

En relación a las formas psicóticas agudas que no conducen a un defecto de la personalidad, se planteó el diagnóstico de psicosis cicloide, ya que la evolución de las manifestaciones mórbidas dibujaba un patrón cíclico, eran clínicamente polimorfas y había restitución completa, sin embargo, la clínica no se corresponde. En las formas de angustia/felicidad, las oscilaciones son entre estados patológicos y no hacia la normalidad (en esta paciente algunos de los episodios que padeció duraron menos de 1 hora, con recuperación completa).

Las crisis de la paciente tienen un desencadenante preciso ubicado en la coyuntura traumática que experimentó, por lo que son más bien reactivas, que espontáneas. Tienen cierta afinidad con las psicosis episódicas crepusculares del círculo epileptoide, en tanto son episódicas, aunque las descritas por Kleist no duran horas, sino días. También sus manifestaciones son continuas, y no reactivas al medio. Por otro lado, los falsos reconocimientos, los *dejavu* y *ecmesias* con conciencia de situación, no se dan de esta forma en el cuadro crepuscular.

En relación a la epilepsia, la presencia de conciencia crepuscular con vivencias oníroides alucinatorio-delirantes, los afectos intensos, los actos impulsivos y la fuga, el inicio abrupto con restitución *ad integrum*, y por último, los frecuentes fenómenos paramnésicos, hablaban a favor de las crisis parciales complejas; sin embargo, la ausencia de antecedentes de crisis epilep-

ticas típicas y de estudios neuropsicológicos y EEG anormales, la presencia de registro mnémico de las vivencias que se produjeron durante el episodio, la reactividad de alguna de estas crisis y su variabilidad, la duración, que en el caso de la primera manifestación se prolongó unas dos semanas (estatus parcial simple complejo), y el hecho de que las manifestaciones de las crisis fueron comprensibles a la luz del sistema de creencias religiosas de la familia; tendían a descartar este diagnóstico. Lo mismo para la psicosis posictal.

Por otro lado, para la psicosis interictal, jugaba en contra el contexto de una conciencia clara que se presenta en estos casos, y por lo general, la ausencia de antecedentes de epilepsia diagnosticada con más de 10 años de evolución, característico de las formas interictales.

Las reacciones vivenciales anormales psicóticas son un tema de controversia, pudiendo englobar trastornos de personalidad con predisposición a desarrollar micro-episodios psicóticos frente a situaciones adversas, definición que no contradice del todo a los trastornos disociativos que a menudo se dan en comorbilidad con trastornos de la personalidad. En relación a este último punto, los indicios transferenciales y su patobiografía nos acercan la consideración de un psiquismo lábil e inmaduro, con un uso desmesurado de mecanismos defensivos emparentados con la escisión que predispone a las denominadas transferencias masivas y a la disociación de los complejos con carga afectiva negativa, algo que puede mencionarse

como rasgos *borderline*.

En general, la comprensibilidad de las manifestaciones mórbidas en esta paciente que no solo son captadas por el observador, sino que se constata que emanan de su discurso, nos hace pensar en otra vía. Los clásicos hablaban de formas mórbidas con abundante productividad psicótica, a menudo con conciencia crepuscular, que no eran esquizofrenias (entendidas a estas en su esencia "defectual"), y tampoco psicosis atípicas o epilépticas, se trataba de las llamadas Locuras histéricas; hoy incluidas algunas de estas formas en el trastorno de identidad disociativo, en este caso de tipo posesivo.

Cabe remarcar que la conflictiva interna de la paciente, en donde se contraponen su tendencia amorosa hacia el padre y su tendencia a vivir una vida a la que se renuncia por cuidarlo, determinan una coyuntura propicia para la cristalización de un cuadro psicopatológico, de una reacción vivencial anormal, en donde una personalidad predispuesta pueda tramitar el exceso de afecto azuzado por el conflicto, de una manera más extrema y primordial como lo son las expresiones disociativas.

Es interesante ver como un corpus de creencias sociales sirven a este fin, como si fuesen un apéndice de esta función de metabolización, estableciendo una conexión armónica entre las fuerzas en juego propias de una cosmovisión mágica sistematizada como creencia religiosa, y las fuerzas en pugna en el interior del psiquismo, representando cada divinidad o demonio un símbolo de una tendencia intrapsíquica, favo-

reciendo con estos atavíos su expresión externa, que de otra manera sería denegada por las pautas de convención culturales.

Así, la pugna interior es escenificada en el macrocosmos fantástico de una creencia religiosa-cultural, sirviendo esta como válvula de escape para la descarga afectiva que este conflicto conlleva, favoreciendo el equilibrio dinámico de fuerzas internas y también de la cultura permitiendo una vía legitimada para su solución.

De todas formas, en esta paciente algo no está de acuerdo con lo propuesto por este sistema de creencias, manifiesto en el hecho de ser la caótica la posesión ocurrida al no respetar las pautas sancionadas por el culto, a pesar de que no se trate de una reacción idiosincrática sin ningún lazo con la cultura como puede ocurrir en paciente psicóticos.

Desde un punto de vista también psicopatológico, Kretschmer consideraba a las locuras histéricas y los estados crepusculares histéricos, como formas de tramitación de conflictos internos en un modo primitivo en referencia al procesamiento intelectual de orden superior. Estos pacientes funcionaban con programas automáticos de tramitación de las representaciones mentales, generando los productos hiponóicos como lo son los contenidos del sueño, el trance, la hipnosis y los que se dan durante el estado crepuscular, afectando además el plano motor, desencadenando los denominados mecanismos hipobúlicos.

En ambos casos se trataban de reacciones que intentaban reestablecer el equili-

brio perdido a través de una catarsis del exceso afectivo. Kretschmer mencionaba que en ocasiones era posible que estos mecanismos hipobólicos funcionen a la manera de un circuito abierto, o sea, independientemente entre sí aunque de manera coexistente con el nivel superior, lo que llevaba al desdoblamiento de la personalidad, existiendo dos registros en un mismo individuo, configurándose la vivencia de posesión en la que el sujeto se ve invadido en la intimidad de su cuerpo por un ente hipobólico, de existencia propia. Las danzas automáticas y otros automatismos

motores que realizó la paciente durante las incorporaciones padecidas sumado a su registro consciente de las mismas como ejecutados por alguien distinto de ella, cuadra con esta descripción. Además, las vivencias alucinatorias, los flashbacks y ecmesias posiblemente en estado de trance o crepuscular, se corresponden con las vivencias hiponóicas.

Una vez más, se explicita como el abordaje psicopatológico puede ser útil al enfrentarnos a la urgencia que demandan estos casos, al orientar el diagnóstico y la terapéutica de una manera efectiva.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM IV). Text Revised. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5 tm. American Psychiatric Publishing, 2013.
3. Loewenstein RJ, Putnam FW; The dissociative disorders, in Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed., vol. 1; Editado por Sadock & Sadock. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2004, paginas [1844–1901].
4. Bercherie, P. Los fundamentos de la clínica, historia y estructura del saber psiquiátrico. Capítulo 14: los clásicos Franceses. 2009. 1ºed. 3º reimpresión. Editorial Manantial, Bs. As.
5. Freud, S. Estudios sobre la histeria, Obras completas tomo 1. Editorial biblioteca nueva, 1º edición, 1996.
6. Gabbard G.; en "Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica"; capítulo 1: los principios básicos de la psiquiatría psicodinámica. 3º edición, editorial Panamericana, 2000.
7. Maleval, J. Locuras histéricas y psicosis disociativas. Capítulo: esquizofrenia y locura histérica. Editorial Paidós, 1º edición 1987, 5º reimpresión, 2009.
8. Kretschmer, Ernst; Histeria, reflejo e instinto; cap. 6 y 7; 6º edición al castellano, editorial Labor 1963.

9. Kretschmer, Ernst; psicología médica, cap. 13; traducción de la 10ª edición al castellano; editorial labor, 1954.
10. Ferreres A., Rodríguez M.; Cerebro y memoria. El caso HM y el enfoque neurocognitivo de la memoria. Tekné, Buenos Aires, 2004.
11. Beltrán-Jaimes J., Moreno-López N., Polo-Díaz J., Zapata-Zabalaa M., Acosta-Barreto M. Memoria autobiográfica: un sistema funcionalmente definido international journal of Psychological Research (IJPR) 5(2) 2012 PP. 108 – 123.
12. O'Connor M., Verfaellie M.; Chapter 7: The amnesic syndrome: overview and subtypes; en The Handbook of Memory Disorders, 2ª edición, 2002, John Wiley & Sons, LTD.
13. Baldo J., Shimamura A.; Chapter 17: Frontal lobes and memory; en The Handbook of Memory Disorders, 2ª edición, 2002, John Wiley & Sons, LTD.
14. Kopelman M.; Chapter 21: Psychogenic Amnesia; en The Handbook of Memory Disorders, 2ª edición, 2002, John Wiley & Sons, LTD.-15- Loewenstein R, Putnam F. a comparison study of dissociative symptoms in patients with complex partial seizures, multiple personality disorder, and posttraumatic stress disorder; Dissociation, Vol. 4; December 1988.
16. Devinsky O, Putnam F, Grafman J, Bromfield E, Theodore WH. Dissociative states and epilepsy. Neurology 1989;39:835-40.
17. Volkow, Nora; Serie de Reportes de Investigación: Alucinógenos y Drogas Disociativas. NIH Publicación Número 03-4209(S) Impresa en julio del 2003.
18. Burón Masó, E., Jodár Ortega, I, Corominas Díaz, A; Despersonalización: del trastorno al síntoma; Actas Esp. De Psiqu. 32 (2): (107 -117).
19. Turkus J., Kahler J. A. Intervenciones terapéuticas en el tratamiento de los trastornos disociativos. Psychiatr. Clin. N Am 29 (2006) 245 – 262.
20. Francisco Rosagro-Escámez, Noelia Gutiérrez-Fernández, Patricia Gómez-Merino, Irene de la Vega, José L Carrasco. Caso clínico Eficacia de lamotrigina en un caso de trastorno de despersonalización resistente. Actas Esp. Psiquiatr. 2011; 39 (4):263-6
- 21- Salvador M. El estrés postraumático y los trastornos disociativos. Pautas para su tratamiento (Parte II). Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista; 2003, No. 49: 19-25.
- 22- Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K. El Tratamiento de los Recuerdos Traumáticos en Pacientes con Trastornos Disociativos Complejos, 1ª parte. Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación, Volumen 3, 2011.
- 23-Steele K., Van der Hart O., Nijenhuis E. Tratamiento secuenciado en fases de la disociación estructural en la traumatización compleja: superar las fobias relacionadas con el trauma Journal of Trauma & Dissociation, 6 (3), 1 - 5 3. 2005.
- 24.David Spiegel. Los trastornos disociativos capítulo 18. Hales R. E., Yudofsky S. C., Talbott JA. Tratado de psiquiatría. Masson Barcelona. 2000.
25. Conxita Vidal, Antonia Santed, Juana Sánchez, Guillermo Mattioli, M. José Serrano. Un caso clínico de Trastorno de Identidad Disociativo (TID) tratado con EMDR e ICV: una cierta integración (que para la paciente ha representado una experiencia vitalizante mayúscula. Revista interpsiquis; feb. 2006.
26. Colin A. Ross. EMDR se basa en un modelo trauma-disociación de trastornos mentales. Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación. Volumen 3, edición especial sobre disociación. 2011-2012.

Urgencias en el TOC y las psicosis anancásticas

María Norma Claudia Derito

Conceptualización de la personalidad obsesiva

Sabemos que para desarrollar un trastorno obsesivo compulsivo es condición necesaria y suficiente que la persona posea una personalidad con marcados rasgos obsesivos en su base. Producto de una carga genética y de un desarrollo del carácter que presentó conflictos en las etapas correspondientes, el resultado es una persona obsesiva, pero no enferma. Estamos hablando de una forma de ser, que más acentuada es, más deja al Yo debilitado, como para efectuar una buena mediación entre los deseos y temores inconscientes del individuo y su capacidad para enfrentarse a los conflictos que plantea el mundo externo.

En otro orden del pensamiento psiquiátrico, no podemos dejar de mencionar a Ernst Kretschmer, quién considera a la "neurosis obsesiva" junto al "delirio sensitivo de referencia", como cuadros psicopatológicos que están dentro de los desarrollos sensitivos. Atribuye tales desarrollos a personalidades constitucionalmente sensitivas. Estas tienen como características esenciales de su personalidad una actitud asténica ante la vida que consiste en blandura afectiva, debilidad de carácter y gran vulnerabilidad, susceptibilidad, escrúpulos exagerados. Por otro lado, tienen rasgos esténicos con ciertos ribetes de ambición y tenacidad conscientes, especialmente

ambiciones éticas.

Dice Kretschmer del sensitivo-obsesivo: *"su vida afectiva es muy reservada, y esconde en lo profundo sus sentimientos, siempre en tensión constante, así como una introspección y autocrítica depuradas, una moral escrupulosa y un verdadero altruismo; son personas serias de aspecto tímido y modesto... como todos los hipersensitivos esquizotímicos son propensos a trastornos de conducción, por estar en desacuerdo su extremada sensibilidad a las impresiones procedentes del exterior con una expresividad muy deficiente e irregular, por lo que se observan en ellos fácilmente estasis afectivas que suelen traducirse en retenciones afectivas..."* las cualidades esténicas de orgullo y deseo de perfección, son las que hacen que si bien persisten sus sentimientos de insuficiencia, por su ambición y tenacidad no se resignen, y el complejo afectivo retenido se expresa psicopatológicamente como "neurosis obsesiva".

Para Kretschmer, en estas neurosis se puede apreciar con más claridad que *"ésta compleja estructura del carácter se desarrolla genéticamente a partir de disposiciones biológicas elementales"*, así como acepta que existe en ellos, al igual que en los sensitivos una anomalía del instinto sexual, ya sea de carácter cualitativo, como cuantitativo. De allí se abriría paso a la conciencia

la representación obsesiva de contenido sexual perverso, y en lucha con ella una moral elevada que es el otro polo de la personalidad, esta ambivalencia extrema da lugar a la aparición a una red intrincada de preceptos, prohibiciones, ceremonias, normas de purificación y de penitencia.

En algunos casos sucede una transacción por la que el impulso que se rechaza, se pone en curso de una forma atenuada, no pudiendo afirmar que todas las neurosis obsesivas siguen esta evolución, describiéndose así el desarrollo de todo el proceso. Entiende que los mecanismos usados como los de translación y simbolización son enteramente análogos a las formaciones correspondientes de la esquizofrenia.

De esta manera, Kretschmer nos da elementos para rescatar algunas conclusiones de su profundo estudio psicológico de las neurosis obsesivas:

Ernst Kretschmer

- Existe una predisposición genética biológicamente determinada (anomalía genética).
- Asientan en una constitución que determina la existencia de una personalidad sensitiva anancástica (asténicos, con una veta esténica y predisposición a la retención de las vivencias).
- Se estructura un complejo carácter sobre el que, al enfermar aparecen los síntomas obsesivos (personalidad obsesivo-anancástica).
- Utiliza los mismos mecanismos de la esquizofrenia (translación y simbolización).
- Algunos casos siguen una evolución en la que se produce una transacción entre la representación obsesiva y el rechazo del

impulso que da como resultado la puesta en marcha del impulso en forma atenuada.

Si bien Kretschmer llama a estos cuadros psicopatológicos “neurosis obsesiva”, no se debe considerar el término neurosis en el sentido en el que hoy se lo entiende (trastorno de ansiedad). Tanto a la “neurosis obsesiva” como al “delirio sensitivo de referencia”, le asigna mecanismos psicóticos como los de la esquizofrenia (idea con la que K. Schneider no concuerda).

Como se configura la urgencia en el TOC

En líneas generales una situación de urgencia se configura cuando aparecen:

- Cambios cualitativos de la estructura psíquica
- Cambios cuantitativos de la estructura psíquica
- Quiebre en el acontecer histórico vital
- Pérdida de libertad
- Desadaptación social
- Desadaptación familiar

A partir de estos conceptos, y de la concepción de trastorno obsesivo-compulsivo que he expuesto anteriormente, entendemos que cuando el TOC se configura como enfermedad es porque una personalidad sensitivo-anancástica, ha sufrido una crisis de suficiente peso, como para que a partir de ese momento se desarrollen las características de la personalidad de base, y se manifiesten los síntomas, ideas, representaciones, imágenes obsesivas, angustia, duda, y lo que da lugar a la aparición de conductas compulsivas que intentan neutralizar la angustia que provoca la obses-

sión, finalmente, se establecen rituales.

Cuando estos síntomas invaden la cotidianeidad de la persona, a tal punto que le impiden seguir llevando una vida normal, entendemos que el padecimiento presenta:

- Un cambio cuantitativo de la estructura psíquica.
- Una pérdida de libertad (la enfermedad domina su voluntad).
- Desadaptación social.
- Desadaptación familiar.

Lo considero un desarrollo en el sentido de Jaspers, ya que el aumento de rasgos que existen en una determinada personalidad sensitivo-obsesiva van atrapando la voluntad del paciente, hasta subyugarla casi por completo. Hasta aquí, la persona tiene conciencia de enfermedad, y puede que solicite ayuda, lo que no implica que corra riesgo su integridad psicofísica. Estos cambios implican muchas veces abandono laboral, aislamiento social, disfunciones familiares graves, que si bien en primera instancia parecerían no determinar una urgencia, si lo es en realidad.

La experiencia me ha enseñado que en ocasiones estas personas invadidas por la angustia de sus representaciones y absorbidos en sus compulsiones y rituales, dejan de alimentarse, se aíslan y no responden a sus familiares. Estas conductas se convierten en un riesgo para la integridad de la salud del paciente. También he registrado casos de intentos de suicidio, por no tolerar la angustia que genera la representación obsesiva.

Atendí a una paciente que había realizado varios intentos de suicidio, porque tenía la

representación obsesiva de que iba a desvirgar a su sobrinita de 5 años con un palo, la atormentaba la idea de que podía llevarlo a cabo (por supuesto, jamás había tocado a la niña). De hecho, de esta forma está configurada la urgencia psiquiátrica, que según el grado de contención familiar, puede necesitar una internación.

Urgencias en la psicosis anancástica

Como sabemos, la existencia de la psicosis anancástica u obsesiva, siempre ha sido puesta en duda. Muchos abonan la idea de que se trata de una esquizofrenia con ideas obsesivoides. Sin embargo, si se analizan los síntomas se termina por concluir que se trata de dos entidades totalmente diferentes. Hay varias formas esquizofrénicas que presentan ideas, representaciones obsesivoides (sucede en las formas hebefrénicas especialmente), otras formas presentan conductas ritualistas que no se apoyan en ninguna obsesión (generalmente son cuadros motores). Pero la psicosis anancástica tiene un complejo sintomático determinado por varios síntomas esenciales y especialmente la completa ausencia de influencia externa. Por otra parte siempre se desarrolla a partir de un TOC instalado, como agravamiento de este, en el que el paciente pierde la conciencia de enfermedad y se transforma en funcional a los síntomas, contra los que ya no presenta lucha.

Los síntomas obsesivoides se pueden presentar en variadas patologías:

- Esquizofrenias hebefrénicas.
- Esquizofrenias catatónicas.

- Trastornos *borderline* de la personalidad.
- Depresiones endógenas.
- Fases depresivas del trastorno bipolar.
- Trastornos de la alimentación.

Pero ninguno de estos padecimientos, tienen una personalidad obsesiva en la base. Desde un marco de referencia categorialista, desarrollaré los motivos por los que creo reconocer en las psicosis anancásticas una enfermedad mental que cumple con las pautas de un desarrollo psicótico en una personalidad predisponente, en el sentido de Jaspers.

Psicosis obsesiva-compulsiva o psicosis anancástica

Introducción

Realizamos en esta exposición una somera revisión histórica de autores, en especial de la escuela alemana, que aceptaron la idea de la existencia de una psicosis obsesiva, o psicosis anancástica. Algunos en forma directa, otros sugiriendo que los complejos sintomáticos, en algún momento de su evolución, cumplían los requisitos de una psicosis. Para aclarar más esta propuesta, se realiza una exploración de distintos autores, que atribuyeron distinta génesis al complejo sintomático del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Se ha discutido si el origen de la enfermedad es afectivo, intelectual, o incluso volitivo. Estudiando las distintas posiciones, respecto de los posibles mecanismos psicológicos que determinan la aparición de los síntomas, acepto una postura que se encuentra cercana a la propuesta de autores como Schneider y Krestchmer.

Finalmente, elaboro una posible génesis

del complejo sintomático del Trastorno Obsesivo-Compulsivo y la forma en que este, en determinadas ocasiones, se desarrolla a la manera Jasperiana, para terminar en la aparición de una psicosis anancástica.

Profundizamos el estudio de los elementos por los que, llegados a este punto, nos permitimos afirmar que el paciente se ha convertido en psicótico. Para ello, acepto la definición de psicosis de la Asociación Americana de Psiquiatría, entendiendo que el complejo sintomático del TOC, en su desarrollo hacia la psicosis, cuando arriba a la misma, cumple con esas pautas.

En conclusión, afirmamos la existencia de la psicosis anancástica como entidad independiente, que nada tiene que ver con la esquizofrenia, que de hecho puede presentar en su curso síntomas de la serie “obsesivoide”.

Desde un punto de vista categorial, hay entidades psiquiátricas, que atravesando diferentes teorías en cuanto a su posible etiología, ubicación nosográfica, síntomas esenciales, mantienen su indiscutible existencia. Nadie duda a estas alturas que la esquizofrenia, es una psicosis, o que el trastorno de estrés postraumático, es un trastorno de ansiedad. Sin embargo, en otros casos las cosas no son tan sencillas.

Reconocido por todos los autores, el trastorno obsesivo – compulsivo (TOC), está determinado por la aparición de un complejo sintomático, en apariencia sencillo de reconocer, caracterizado por la presencia de obsesiones, compulsiones, rituales, dudas, perfeccionismo, angustia, etc. Lo que no es fácil de determinar es, en qué caso es un trastorno de la personalidad, un

trastorno de ansiedad, o una psicosis, o si estas tres entidades pertenecen a distintas etapas en el desarrollo de un mismo proceso. Tampoco ha sido fácil aproximar una forma de evolución, ni un estado terminal.

Podemos decir también, que algunos de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo, aparecen en distintas combinaciones formando parte de enfermedades mentales diferentes entre sí. Por ejemplo: ideas, representaciones, imágenes obsesivas, compulsiones, rituales, se pueden presentar como síntomas accesorios en otras entidades, como puede suceder en las fases depresivas de un trastorno bipolar, en los brotes de una hebefrenia depresiva, las compulsiones o ideas sobrevaloradas de algunas personalidades *borderline*, o las ideas deliroides y los rituales de los trastornos de la alimentación, etc.

Se pueden observar rituales motores en algunos tipos de esquizofrenias catatónicas como la catatonía rígida o manierista. A estos síntomas satélites de otra entidad los denominamos obsesiboides.

Tal es el estado de confusión a estas alturas, que para facilitar las cosas se terminó considerando a todos estos complejos sintomáticos desde un punto de vista dimensional, y se habla de la existencia un “espectro obsesivo-compulsivo”.

Tal espectro, incluiría a todas las enfermedades mentales que cursan en algún momento de su evolución con síntomas obsesivoides, e incluiría al TOC, en su forma más pura. A nuestro entender, esta forma de ver las cosas, tiende más a confundir el tema que a aclararlo.

Por otro lado, están los pacientes que padecen trastorno obsesivo-compulsivo puro, con esos cuadros tan particulares que nos dejan perplejos, no solo por la enfermedad que portan, sino por las diferentes actitudes que presentan ante esta. Esa actitud es la que nos compele a diagnosticar a veces una neurosis, a veces un trastorno de la personalidad y a veces una psicosis.

Cuando pisamos el terreno de la psicosis, ya estamos parados sobre tierras movedizas, ¿de qué psicosis estamos hablando?

Llegados a este punto, se plantean discusiones en las que estamos enfrascados desde hace bastante tiempo, ¿es una esquizofrenia con síntomas obsesivo-compulsivos?, ¿es un trastorno obsesivo-compulsivo en el que se injertó un proceso esquizofrénico?, ¿existe la psicosis obsesiva, también llamada psicosis anancástica como entidad independiente?, ¿la psicosis anancástica es un proceso o un desarrollo?, ¿cuáles son las variables que debemos investigar para responder estas preguntas?

Desde nuestro marco de referencia categorialista, desarrollaremos los motivos por los que creemos reconocer en las psicosis anancásticas una enfermedad mental que cumple con las pautas de un desarrollo psicótico en una personalidad predisponente, en el sentido de Jaspers.

Algunas consideraciones sobre el concepto de psicosis anancástica

Hans Jörg Weitbrecht

En el capítulo sobre personalidades,

reacciones y desarrollos anormales, de su Manual de Psiquiatría, Weitbrecht acepta el análisis psicológico realizado por Kretschmer, entendiendo que algunas *enfermedades obsesivas muy pronunciadas* son resistentes al tratamiento. Sobre todo las formas que crecen (yo diría que se desarrollan), sobre una personalidad sensitivo anancástica muy acusada, y en la que frecuentemente existen obsesiones desde la infancia. Sigue diciendo Weitbrecht al respecto: “de no pocos casos se tiene la impresión de que, por la incontenible fatalidad de la progresiva sujeción a los mecanismos obsesivos y el deslizarse a un autismo complejo con exclusión total de todas las relaciones sociales, están más cerca de las psicosis endógenas, en particular de las esquizofrenias deletéreas, que de los desarrollos reactivo vivenciales”. Opinando finalmente que “los mecanismos obsesivos como tales, considerados como trastornos formales son extremadamente equívocos y en el funcionalismo de la repetición estereotipada y de las tendencias rítmicas alcanzan evidentemente la profundidad del fondo biológico”. Para este autor la idea obsesiva es un trastorno formal del pensamiento, una idea parásita que irrumpe en el curso normal del pensamiento, alterándolo y provocando angustia en el que sufre tal intrusión, pero que de todos modos la persona reconoce como propio, y para nada influido desde el exterior. Pero lo esencial del cuadro, sería la repetición estereotipada de ideas y actos que encontrarían su explicación en el fondo biológico.

Reconoce la aparición de síntomas obsesi-

vos en muchas psicosis de base somática y endógena, pero en su esencia se presentan de forma diferente al complejo sintomático de las, por él llamadas: neurosis obsesivas.

Kurt Schneider

Entiende a las personalidades anancásticas a partir del carácter inseguro de sí mismo.

También reconoce Schneider las fluctuaciones de los anancásticos, estas personalidades inseguras, pueden sufrir un empeoramiento y luego mejorar. Cuando empeoran, las compulsiones, las ceremonias, los rituales en los que viven inmersos pueden considerarse hasta extravagantes, sobre todo en anancastas muy graves que ha descrito Heilbronner como “Psicosis obsesiva progresiva”, aun así se los puede diferenciar perfectamente de la esquizofrenia, ya que buscan ayuda a pesar de que en estos casos graves, deben superar el recelo, la desconfianza y la angustia que les causa la temida supresión de sus hábitos.

Destaco entonces que Schneider deja en claro que:

- Para sufrir una enfermedad obsesivo-compulsiva es necesario poseer una personalidad insegura de sí misma (sensitivo-anancástica).
- En el surgimiento del pensamiento o representación obsesiva hay un sentimiento: la angustia patológica (inmotivada) o angustia obsesiva, que podría ser previa al surgimiento de la representación (la música encuentra su letra).
- En su patopsicología, diferencia claramente, esta angustia inmotivada que es una angustia patológica perteneciente a las

psicosis, de la angustia reactiva que forma parte de una reacción vivencial anormal.

- Acepta que el empeoramiento o hipertrofia de los rasgos de la personalidad, se transforman en síntomas (desarrollo a partir de la personalidad insegura de sí misma), y terminan en enfermedad grave, que se puede considerar una psicosis.

- Que esa psicosis anancástica, se puede diferenciar perfectamente de la esquizofrenia. (diferencia el autismo esquizofrénico, del aislamiento por miedo del anancasta).

Karl Wernicke

Siguiendo a Karl Wernicke entiende que en estos cuadros, se llega en los casos extremos al fenómeno de sejunción.

Luego las características de estos cuadros cuando llegan a la psicosis, es el desdoblamiento de la personalidad (Spaltung) que tiene diferentes formas de manifestarse según la enfermedad a la que nos estamos refiriendo:

1. Desdoblamiento disociativo de los esquizofrénicos.

2. Desdoblamiento funcional de las neurosis conflictuales típicas.

3. De acuerdo con Wernicke: desdoblamiento sejuntivo, sus manifestaciones se pueden observar en entidades como:

- a. Melancolía (sejuntiva).
- b. Psicasténicos en cuyo cuadro prevalece la despersonalización.
- c. Aquellos casos graves de anancastas.

- 1) En el desdoblamiento disociativo de los esquizofrénicos hay una pérdida total de la autoconducción y la autorrealización. Se perdió la síntesis de la personalidad.

- 2) En el desdoblamiento funcional se mantiene la autoconducción de la personalidad. A este grupo disociativo pertenecen las neurosis histéricas.

- 3) En el desdoblamiento sejuntivo: *“esta es una posición intermedia entre las dos anteriores. En este desdoblamiento el trastorno se configura como discordancia entre una determinada voluntad de actuar (trasfondo volitivo del actuar) y su actividad de acontecimiento válido. Existe la noción de autoconducción, pero no puede ser ejercida por el yo. El desdoblamiento de la personalidad en este caso, es la consecuencia de un trastorno de su capacidad de devenir, de proponerse temporalmente. La autorrealización de la personalidad resulta por lo tanto ciertamente impedida, pero esta no pierde en su complejo las capacidades de orientación. Estas ya no actúan paralelamente a la tendencia de autorrealización, no son ya integradas por una síntesis unitaria, para alimentar una conducta de vida normal. La personalidad resulta vitalmente perturbada, inhibida y prisionera. La existencia del enfermo transcurre la mayor parte del tiempo en una lucha consigo mismo, más que en un enfrentamiento con el mundo y las exigencias del día”.*

La comprensión de la despersonalización del anancasta, es la meta de una fisonomía psiquiátrica.

Entiendo que arribado el cuadro a este estado de gravedad, esta particular forma de disociación de la personalidad, hace que quede atrapado en un mundo propio, circular, atemporal, sin perder la noción de autoconducción, pero sin poder ejercerla.

Se mantiene la comprensión de la realidad, pero sin poder actuar en ella. Se ha producido la entrada del paciente a la psicosis.

Rasmussen y Goodwin

En cuanto a los últimos estudios sobre el tema, atendiendo a los serios aportes de Rasmussen, este menciona un estudio retrospectivo llevado a cabo por Goodwin y col. en 1963, en el que se revisó toda la bibliografía existente hasta la fecha sobre TOC y esquizofrenia, llegando a la conclusión que los sujetos que padecían trastorno obsesivo compulsivo, no corrían más riesgo de presentar esquizofrenia que la población general.

Siguiendo con este autor, Eissen y Rasmussen realizan en 1993 un estudio de diseño transversal, en el que arribaron a que: *“67 de 475 (14 %) sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo manifestaban síntomas psicóticos. Estos 67 sujetos eran bastante heterogéneos: 18 (4 % de la cohorte general) padecían de una esquizofrenia asociada; 8 (2 %) un trastorno delirante asociado, no relacionado con el trastorno obsesivo-compulsivo; y 14 (3 %) un trastorno esquizotípico de la personalidad asociado. El único síntoma psicótico de los 27 pacientes restantes (6 % de la cohorte general) consistía en una convicción delirante sobre la racionalidad de sus obsesiones (es decir, trastorno obsesivo-compulsivo delirante o sin conciencia de enfermedad). Curiosamente los 27 sujetos sin conciencia de enfermedad, se asemejaban a los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo sin síntomas psicóticos (es decir*

trastorno obsesivo-compulsivo con introspección), a juzgar por los rasgos epidemiológicos y clínicos, como la evolución de la enfermedad”.

Menciona Rasmussen la importancia de diferenciar el trastorno obsesivo-compulsivo como subtipo delirante, trastorno psicótico (psicosis anancástica para nosotros), sin conciencia de enfermedad, que tendría peor pronóstico y menor respuesta al tratamiento; del trastorno obsesivo-compulsivo con conciencia de enfermedad, sin síntomas psicóticos, con mejor pronóstico y mejor respuesta al tratamiento, ya que ambos se parecen en sus complejos sintomáticos.

Con respecto a la existencia de una personalidad obsesivo-compulsiva premórbida, menciona a Janet quién pensaba que todos los pacientes obsesivos tenían una personalidad premórbida relacionada de manera causal con la patogenia del trastorno. Sin embargo, estudios estadísticos realizados para el DSM-III y DSM-III-R contradicen toda la bibliografía previa sobre el tema.

Para Eisen y Rasmussen en estudios basados en el SID-P de 114 pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, se vio que había rasgos de personalidad previa, que estaban presentes en por lo menos del 82 % al 70 % de los pacientes que desarrollaban la enfermedad, se refería específicamente al perfeccionismo y la indecisión (duda), (Eisen y Rasmussen, 1991).

En cambio los rasgos como: la capacidad restringida para expresar el afecto, rigidez, y dedicación excesiva al trabajo (32, 32, y 18 % respectivamente) no se daban con frecuencia. De lo que se deduce que tales ras-

gos en la personalidad previa, no anteceden, en su desarrollo, al trastorno obsesivo-compulsivo.

También en lo que se refiere a la afirmación de que los rasgos obsesivo-compulsivos de la personalidad son egosintónicos, y que los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo son egodistónicos, no hay nada concluyente. Como hemos podido ver hay casos graves, de complejo sintomático obsesivo-compulsivo al que consideramos psicótico, en el que no hay conciencia de enfermedad (*insight*), o si la hay es parcial con pérdida de la auto-conducción y los síntomas se han transformado en egosintónicos.

Síntomas que determinan la existencia de psicosis anancástica

Hay otros elementos básicos en la presentación de la enfermedad, que surgen tanto de la fenomenología como de los test, son la resistencia y la interferencia.

La resistencia es la lucha interna que entabla el paciente, contra un impulso o un pensamiento intruso, se puede dar en las obsesiones y más que nada en las compulsiones. Esta resistencia puede variar en intensidad, según la gravedad de los síntomas y el período que está cursando la enfermedad. Es conocido que a medida que los síntomas se agravan, la resistencia mengua, tal que en enfermos crónicos o los que han entrado en lo que llamamos psicosis anancástica, la resistencia a los síntomas puede ser casi inexistente.

La interferencia es el grado en que la enfermedad interfiere en la vida de relación y en el ámbito laboral, también parece

moverse en un *continuum*, que no tendría relación con la gravedad de los síntomas. Hay pacientes con síntomas graves que pueden conservar su familia y la actividad laboral, y hay otros en los que la desconexión de la realidad y el aislamiento interfieren completamente con la posibilidad de llevar una vida normal.

Cuando la resistencia cede, se va con ella la energía que el paciente ponía en tratar de conservar una apariencia social. O sea que cuando la interferencia es completa, estaríamos ante la psicosis anancástica. Es en estos casos en que el paciente se encuentra en riesgo cierto e inminente de causarse daño a sí mismo, difícilmente a terceros, la pérdida total del control de sus actos configura, sin ninguna duda, una urgencia psiquiátrica.

Tipos de obsesivos

Varios autores, valiéndose de cuestionarios autoadministrados para síntomas obsesivos, logran delimitar cuatro subgrupos fundamentales al que yo agregó un quinto grupo (d), no considerado por Rasmussen:

- Obsesivos de limpieza (lavadores).
- Obsesivos con conductas de comprobación (chequeadores).
- Obsesivos con enlentecimiento (lentitud).
- Dubitativos.
- Obsesivos que no pueden deshacerse de nada (acopiadores).

Síntomas presentes en todos los subgrupos TOC

En todos los subgrupos, con excepción del que manifiesta enlentecimiento, se describe la ansiedad (yo diría angustia)

como síntoma afectivo predominante.

Casi todos los pacientes temen que algo terrible, que les afectará o afectará a otros va a suceder y ellos serán los responsables.

Con raras excepciones, las compulsiones inicialmente sirven para reducir la ansiedad (angustia), al menos transitoriamente, lo cual refuerza y mantiene el trastorno, deteriora la situación socio-laboral y provoca sentimientos de desvalimiento y depresión.

En todos los subgrupos se aprecia un conflicto entre componentes racionales cognitivos e irracionales-emocionales.

Factores clínicos nucleares de todos los subgrupos TOC

Rasmussen y Eisen establecen tres factores clínicos nucleares, asociados a las distintas presentaciones clínicas:

- Evaluación anormal del riesgo.
- Duda patológica.
- Sensación de incompletitud.

Algunos autores han juzgado estos factores como insuficientes.

Mecanismo de desarrollo del TOC en una personalidad sensitivo-anancástica

Tratemos de comprender ahora, cómo se desarrolla un TOC a partir de una personalidad obsesiva (sensitivo-anancástica, como la llama Kretschmer), o insegura de sí misma, como la llama Schneider.

Creo que el núcleo de la personalidad obsesiva está conformado por tres elementos:

- La vivencia de inseguridad en sí mismo.
- La tendencia al perfeccionismo.
- Una angustia primaria patológica.
- La angustia primaria patológica es depo-

sitada en los otros dos componentes mencionados.

Cada estímulo proveniente del mundo real, es vivido por el obsesivo como una prueba que debe pasar, por un lado no se siente a la altura de la circunstancia, por el otro siente que, de llevarlo a la práctica debe salir perfecto. Así se entabla una batalla en su interior entre el hacer y no hacer, debe tomar una decisión y no puede, la duda lo inmoviliza en tanto la angustia primaria aumenta. Si el acto se concreta, aparece la duda de que se hubieren llevado a cabo correctamente todos los pasos que lo componen, se impone la sensación de incompletitud, la angustia aumenta y la idea es cada vez más difícil de eliminar.

En tanto se libra en su interior esta batalla interminable, se abre una brecha, un punto de menor resistencia que permite un escape hacia la conciencia de un núcleo ideo-afectivo relacionado de alguna manera con las vivencias reprimidas del individuo.

La idea surge del interior, tratándose de contenidos que surgen de los temores y de los deseos temidos y prohibidos de cada uno. La idea, finalmente cargada de la angustia primaria se impone en la conciencia.

El núcleo ideo-afectivo entra en pugna con las creencias del medio sociocultural, ahora comienza la segunda batalla tratando de anular el núcleo ideo-afectivo, que se impone interceptando todo otro pensamiento. Aparece la angustia secundaria. Para tratar de conjurar la idea el paciente comienza con los actos. Las compulsiones son conductas por las que se siente compelido a cumplir un acto, este tiene como

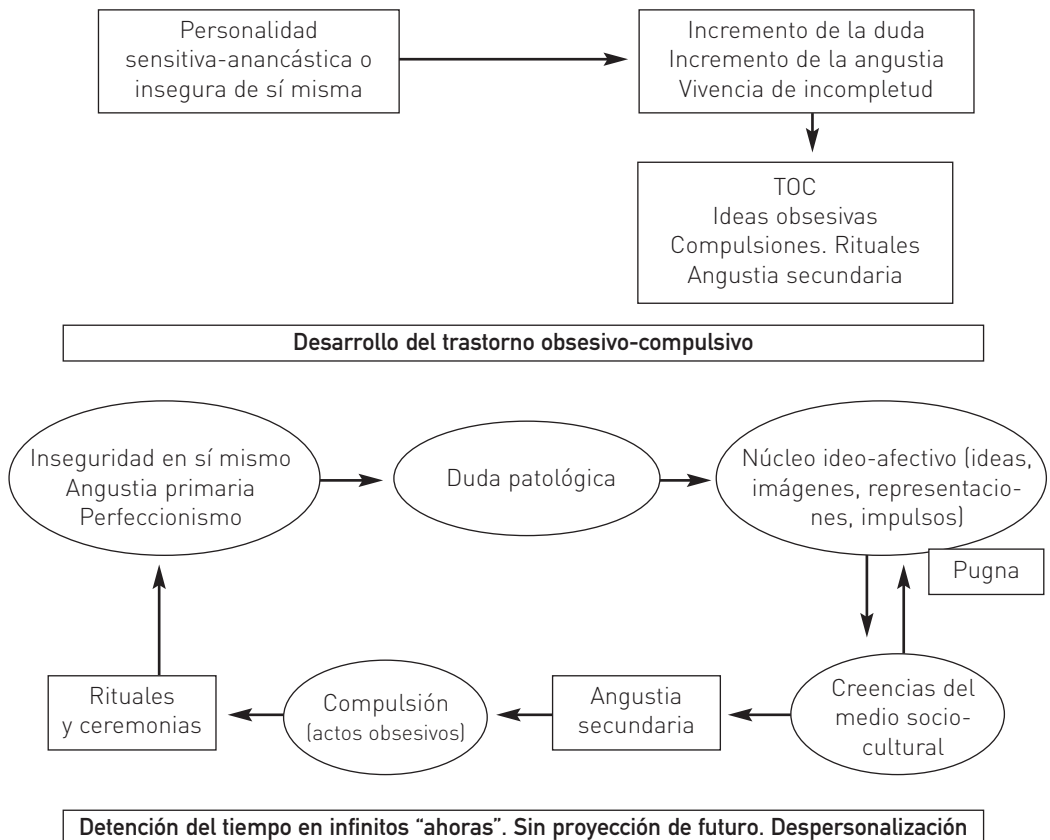
misión conjurar la idea, y le es útil para disminuir la angustia. Los actos se reiteran y se convierten en rituales, en ceremonias. Se va perdiendo la noción del paso del tiempo cronológico. El pasado es ignorado, el futuro es temido por su impredecibilidad, el paciente queda atrapado en un tiempo interno construido por infinitos "ahoras". Queda encerrado en sí mismo, en un espacio interno reducido, el espacio en el que se desenvuelven sus actos compulsivos, sus rituales con los que cree exorcizar la angustia. El futuro plagado de incertidumbre, el espacio demasiado grande para ser

abarcado lo llenan de temor. Pero el miedo no es a lo que está en el futuro, a lo que existe en el espacio, el miedo es por su incapacidad para enfrentarlo, para abarcarlo. Encerrado en este círculo vicioso, su existencia está totalmente limitada por los síntomas que lo han apresado, perdiendo una libertad de la que de todos modos escasamente podía hacer uso.

El paciente ha desarrollado un trastorno obsesivo-compulsivo a partir del núcleo de su personalidad, más factores externos que fueron desencadenando los síntomas.

Este núcleo ideo-afectivo, es egodistóni-

Cuadro 1



co, el paciente tiene conciencia de su absurdidad, tiene conciencia de la angustia que le causa, y de la forma en que le quita su libertad. Sabe que es algo que viene de su mundo interno, una parte enferma de sí mismo que desea desterrar para no quedar atrapado por ella. Sin embargo, la lucha en soledad parece ser estéril. Es frecuente que de una u otra forma busque ayuda.

Sabe que su tiempo útil ha quedado en gran parte atrapado por esta lucha, la idea, las compulsiones y los rituales. Sobreviene el agotamiento y la depresión. Este es el momento en que una terapia psicofarmacológica más una psicoterapia de orientación cognitiva, puedan resultar beneficiosas y curar el TOC. Obviamente, el individuo vuelve al lugar adonde partió, su personalidad sensitiva-anancástica o insegura de sí misma está intacta.

Trastorno obsesivo-compulsivo y su desarrollo hacia una psicosis anancástica

Nuevamente nos encontramos ante una personalidad predisponente, que como ya he manifestado es la personalidad sensitiva-anancástica, o insegura de sí misma. Esa personalidad cuenta con tres elementos nucleares, constitucionales de esta, que son: la inseguridad en sí mismo, la tendencia al perfeccionismo y una angustia primaria patológica. Esta fluctúa, y aumenta especialmente con la duda atormentadora que aparece ante la necesidad de tomar decisiones, ante la incertidumbre que plantea el futuro respecto a la capacidad del individuo a enfrentarlo, ante cualquier estímulo que le exija una respuesta rápida,

ante sus propios actos por la vivencia de incompletitud que generan, por la necesidad de mostrarse éticamente impecables. La duda lo lleva a la indecisión que finalmente lo inhibe y le impide actuar.

Supongamos ahora que ante un evento estresante, o como sucede a veces, sin detectarse un suceso desencadenante identificable desde el exterior, el enfermo comienza a aumentar cuantitativamente algunos de los rasgos de su personalidad premórbida.

En ese estado en el que alguna de las vivencias nombradas toma el comando, la angustia aumenta y comienza a imponerse en el pensamiento, un núcleo ideo-afectivo que aparece como idea, representación, imagen o impulso cargado de angustia. La persona intenta desechar ese núcleo ideo-afectivo, que irrumpe machaconamente en su pensamiento en contra de su voluntad, la voluntad parece perder la batalla, poco y nada puede contra él. Aunque el intelecto reconozca la absurdidad de la idea, la carga afectiva que esta trae puede con el razonamiento lógico y cuando la lógica falla, recurrir al pensamiento mágico. Algo se debe poder hacer para disminuir la angustia, una de las formas, es engendrar actos que tienen como misión calmar la angustia. Si la idea es que se va a contagiar de gérmenes que se encuentran en los objetos de la casa, el acto que calma la angustia es la compulsión a limpiar esos objetos. Pero como inmediatamente surge la duda de haber efectuado la limpieza completamente, la idea y la angustia vuelven a aumentar, el acto debe ser ejecutado nuevamente.

Hasta que se terminan estableciendo rígidos rituales o ceremonias, cuya misión es conjurar la idea atormentadora. El trastorno obsesivo-compulsivo queda establecido como enfermedad, hasta aquí el paciente sufre esta batalla permanente que libra dentro de sí mismo. Sabe que viene de su interior y no desea que esto le esté sucediendo, continúe, porque le ha quitado su tiempo útil, le ha quitado sus amistades, sus diversiones, su libertad, se ha transformado en esclavo de sí mismo, no puede llevar una vida normal.

Nos preguntamos qué sucedería, si en este círculo vicioso en el que está atrapado el individuo, cada síntoma fuera aumentando en magnitud, la idea, la duda, las compulsiones, hasta que la interferencia que provocan en su vida cotidiana, le impiden al enfermo participar activa y normalmente de la realidad, llega a un límite de extenuación. La voluntad disminuye y cada vez opone menos resistencia, hasta que el paciente presenta un fenómeno de despersonalización. Abogo por el fenómeno de sejunción, en el que existe la noción de autoconducción, pero no puede ser ejercida por el yo. La personalidad sufre un desdoblamiento, una parte conserva su capacidad de autoconducción, está orientada, pero no puede ejercerla, porque la otra parte está inhibida, prisionera de ese círculo atemporal en el que quedó encarcelada batallando consigo misma. En estas condiciones no puede operar sobre el mundo adecuadamente, no puede construir un proyecto vital.

Es así como el paciente se va enajenando

de la realidad, cada vez opone menor resistencia, tanta batalla lo ha agotado, lentamente las ideas se van transformando en sintónicas con el Yo, dejan de sonar como ajenas o extrañas y son aceptadas como propias. Así es como se continúa con los rituales establecidos que son vividos como una actividad que forma parte de su forma de estar en el mundo, solo cuestionándose un poco el lugar preeminente que ahora ocupan en su vida. No se quejan del ritual en sí, sino de la cantidad de tiempo que les ocupa. La lucha ha cesado, todo ha pasado a ser parte de su vida, perdiendo la capacidad de vivenciarlo como extraño, ajeno. Se ha perdido la conciencia de enfermedad, lo que se llama el *insigh*. Llegados a este punto es que se ha producido el “espasmo de reflexión” según Grühle, la ideas que antes eran cuestionadas, ahora son aceptadas, el paciente es funcional a la idea que ahora podríamos llamar deliroide en el sentido Jasperiano. Estamos ante una psicosis anancástica.

El aumento cuantitativo de los síntomas ha llegado a un punto en que produjo el salto hacia la psicosis. Es indudable que cuenta con todos los elementos para ser considerado un desarrollo psicótico en una personalidad obsesiva (sensitivo-anancástica o insegura de sí misma).

Es también cierto que en algunos casos es reversible, pero que la mayoría de las veces tiende a la cronicidad, teniendo mal pronóstico.

Porqué afirmo que el paciente, llegado a este punto está psicótico. Revisando la definición de psicosis de la Asociación Americana de Psiquiatría, dice: “Un tras-

torno mental importante de origen orgánico o emocional, en el cual la capacidad de una persona para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y conducirse apropiadamente está suficientemente deteriorada como para interferir gravemente con la capacidad para satisfacer las demandas ordinarias de la vida”. Es evidente que el caso que he descrito y la descripción que hago del complejo sintomático de la psicosis anancástica, cumple con las pautas de esta definición.

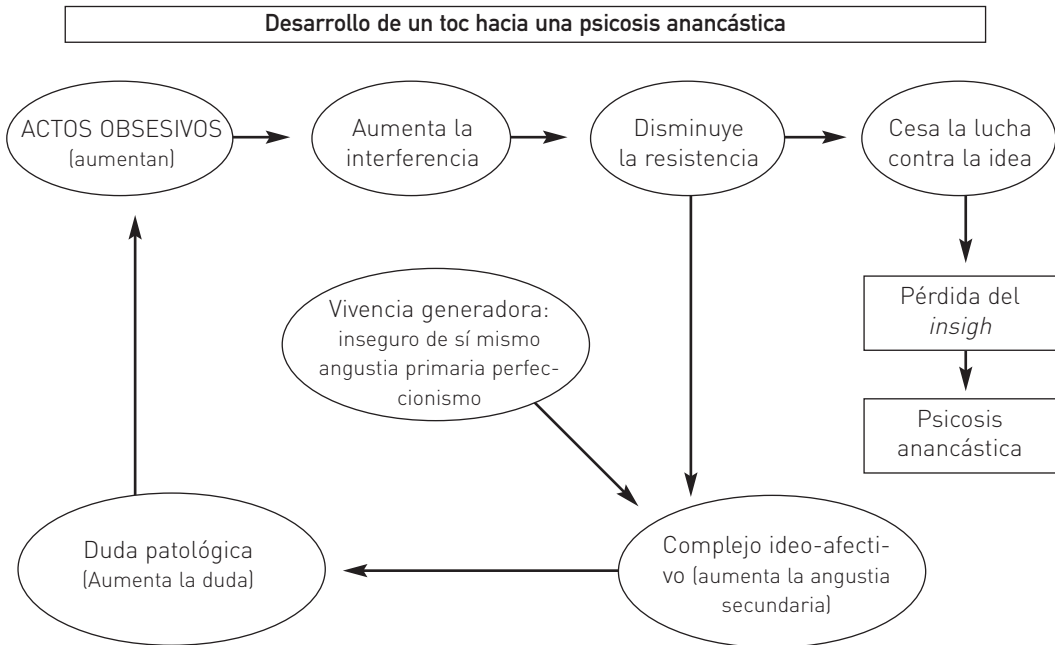
Tratamiento

Lo que parece estar claro es que en esta enfermedad, en contraste con lo que suce-

de en la esquizofrenia, sus síntomas pueden controlarse combinando psicoterapia con psicofármacos. Es así como la terapia de comportamiento disminuye los síntomas en el 90% de los pacientes, siempre que completen el curso de seis semanas de duración. Desgraciadamente no todos las completan, porque toma tiempo y es desagradable para el paciente, ya que durante la terapia se tienen que someter en forma repetitiva a sus miedos.

En todo caso, los antidepresivos ayudan al 60% de los pacientes, pero los síntomas retornan cuando éste se suspende. Usando ambos tratamientos en conjunto de antidepresivos con antipsicóticos, se observan mejorías de los síntomas en el 95% de los

Cuadro 2



Rünke: ausencia de conciencia de lo absurdo, empobrecimiento del afecto, rigidez, introversión, rituales bizarros. V.Gebtsattell: desdoblamiento sejuntivo: existe la conciencia de autoconducción, pero no puede ser ejercida por el yo.

pacientes. La terapia de psicoanálisis se ha demostrado ineficiente, ya que las causas no hay que buscarlas en las huellas subconscientes de la infancia [New Scientist, Agosto 02, 1997, pág. 31].

En la actualidad, un grupo de psiquiatras de USA, Inglaterra y Canadá, en forma muy pragmática, han desarrollado un programa por computación que puede ser una alternativa para la terapia de comportamiento convencional. En todo caso, esta enfermedad ha dejado de ser un trastorno sin solución.

Conclusiones

- La psicosis anancástica existe como entidad independiente.
- La personalidad que la produce es la sensitiva- anancástica o insegura de sí misma (obsesiva).
- A partir de una situación de estrés (cuya importancia es, la medida con que lo vive en paciente).
- Los síntomas aparecen y van aumentando cuantitativamente, hasta alterar la vida normal del paciente (TOC). Mantiene la conciencia de enfermedad.
- La psicosis anancástica resulta de un desarrollo psicótico a partir de una personalidad predisponente, que ha dado lugar a la instalación de un TOC, previamente a la psicosis.
- Los síntomas aumentan cuantitativamente, hasta pegar un salto hacia la enajenación de la realidad, la idea obsesiva se ha transformado en deliroide.
- La conducta del paciente pasa a ser funcional a la idea, porque está cargada de afecto patológico.
- Ha perdido la conciencia de enfermedad.

- Estos estados en escasas ocasiones son reversibles, pero la mayoría de las veces se transforman en crónicos.

- Cumple con las pautas de la definición de psicosis de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Caso clínico

N. B. se interna en el hospital Moyano por intento de suicidio a los 36 años. Vivía sola con su madre, era soltera y había tenido una sola relación sentimental con un hombre que había durado tres años, pero no se había concretado en casamiento, tampoco había tenido con él relaciones sexuales, por lo que hasta ese momento N. B. era virgen. La personalidad de rasgos obsesivos marcados, había sido fuente de angustia durante su niñez y juventud. Por un lado tímida e insegura de sí misma, a pesar de ello era ambiciosa y deseaba trabajar y ganar el suficiente dinero para comprar una casa para ella y su madre. Desde joven la atormentaba la idea de perder su virginidad. Llego a emplearse en su juventud en una buena empresa, como secretaria ejecutiva, trabajo al que dedicaba toda su atención, en un afán de perfeccionismo. Siempre enfrentando la duda de si había hecho las cosas lo suficientemente bien, chequeaba continuamente si la labor estaba correctamente realizada. En su juventud ya comenzaba a imponerse en forma persistente la idea obsesiva de que iba a perder su virginidad, sin haber estado con un hombre, esta idea la torturaba, y para no exponerse se aislaba, no concurriendo a lugares dónde podría correr riesgos, como bailes,

reuniones, etc. A pesar de ello se obligaba a seguir con su trabajo, al punto que logró ahorrar dinero y adquirir la vivienda para ella y su madre, con quién tenía una relación simbiótica.

La pareja que duró tres años, pero no se concretó más que en expresiones sentimentales, sin permitir la paciente ningún contacto físico, por temor a perder la virginidad, terminó cuando el hombre la abandona sin cumplir la promesa de matrimonio.

La idea obsesiva que tenía desde joven, se transformó en una representación obsesiva casi permanente, donde contemplaba sus genitales sangrantes por haber perdido la virginidad. Cada vez se encerró más en su casa con su madre, hasta que terminó por no ir a trabajar, perdió el trabajo y terminó viviendo de la pensión de su madre viuda y la ayuda de una hermana mayor casada. La representación se presentaba con tal monto de angustia, que solo la calmaba un ritual que estableció con su madre, quién se prestaba sin queja a llevarlo a cabo. Varias veces al día, N. B. solicitaba a su madre que le revisara los genitales, y le asegurara que el himen se encontraba intacto, solo esta ceremonia llevada a cabo por ambas, la calmaba por un tiempo. Desde que había dejado de trabajar, también había comenzado a descuidar su aspecto. En tanto trabajaba, había luchado contra la idea y la compulsión a comprobar si el himen seguía en su sitio. Cuando perdió el trabajo y la pareja, encerrada en su casa con su madre, la representación había dominado su voluntad y no podía dejar de cumplir con la compulsión

de comprobar si su virginidad seguía intacta, terminando por establecerse este ritual que se cumplía varias veces al día con la complicidad de su madre. Terminó por ser funcional a la idea.

El problema se incrementó cuando al visitarla su hermana con su sobrinita de corta edad, comenzó a imponerse la representación de que ella iba a desvirgar a la niña con un palo. La angustia iba en aumento y ella creía que finalmente llevaría a cabo tal barbaridad, esa situación la llevó al primer intento de suicidio.

Se la trató con altas dosis de antipsicóticos y antidepresivos, se logró una leve mejoría de la angustia, y menor intensidad de las representaciones. Permaneció internada dos meses y se fue de alta con esa leve mejoría. No se logró la resocialización, dificultada enormemente por la relación simbiótica que tenía con su madre y que ésta fomentaba sin colaborar con el equipo interdisciplinario, para lograr alguna independencia de su hija.

La paciente presentaba toda la sintomatología de la psicosis obsesiva:

- Obsesiones: ideas y representaciones absurdas, en este caso de connotación sexual.
- Inseguridad de sí misma.
- Vivencia de incompletud.
- Vivencias de despersonalización.
- Perfeccionismo.
- Manía de la duda.
- Lentitud obsesiva.
- Inhibición de los actos.
- Compulsión a chequear si la idea era errónea.
- Angustia si no se llevaba a cabo el ritual

de comprobación, culpa si se lo llevaba a cabo por los valores éticos que detentaba.

Es por la aparición de este complejo sintomático en los últimos años, por lo que creo que la paciente ha ingresado en la psi-

cosis. Las ideas obsesivas se han ido transformando en ideas deliroides. Las ideas ya no son vividas como ajenas a sí misma, sino que la paciente se vive ella misma ajena al entorno.

Bibliografía

1. Alonso Fernández Francisco, Fundamentos de la Psiquiatría Actual, Tomo I, Psiquiatría general. Editorial Paz Montalvo, Madrid 1968.
 2. Álvarez J.M., Colina F., Clásicos de la Paranoia, Gaupp Robert, capítulo III. Ediciones DOR S.A., España, 1997.
 3. DSM IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson, Barcelona, España, 1999.
 4. Gruhle Hans W., La psiquiatría para el médico práctico (traducción Antonio Vallejo Nájera). Editorial Labor S.A. Barcelona 1925
 5. Jakeslan, Enfoques teóricos del trastorno obsesivo-compulsivo. Editorial Desclee De Brouwer, España 2001.
 6. Jaspers Karl, Psicopatología General. Editorial Beta, cuarta edición, Buenos Aires, 1980.
 7. Kraepelin Emilio, Clínica Psiquiátrica Treinta y dos lecciones - Vol. Lección XXVII- Munich. Traducción: Dr. D. Santos Rubiano. Editorial: Saturnino Calleja Fernández, Madrid 1905.
 8. Kretschmer Ernst, Psicología Médica, (traducción: José Solé Sagarra) – Editorial Labor, Barcelona 1957.
 9. Mayer-Gross W., Slater Eliot, Roth Martin, Psiquiatría Clínica, Tomo I, Estados obsesivos, Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina 1974.
 10. Minkowski E., La Esquizofrenia. Editorial PAIDOS, Buenos Aires, 1980.
 11. Reed G.F., Some formal qualities of obsessional thinking, PsychiatriaClinica I.
 12. Schneider Kurt, Las Personalidades Psicopáticas, (traducción Bartolomé Llopis). Editorial Morata S.A., séptima edición, Madrid 1974.
 13. Schneider Kurt, Patopsicología clínica, (traducción A. Guerra Miralles). Editorial Paz Montalvo, segunda edición, Madrid 1963.
 14. Stein Dan J., Hollander Eric, Tratado de los Trastornos de Ansiedad, capítulo 14, Fenomenología del Trastorno obsesivo-compulsivo, Jane L. Eisen, Steven A. Rasmussen. Editorial Ars Médica, 2002. Traducido por psiquiatras editores, Barcelona, España 2004.
 15. Tabasso). Editorial Polemos, Buenos Aires, Argentina, 1996.
 16. Vallejo Ruiloba Julio, Berrios Germán E., Estados Obsesivos, 3º edición. Editorial Masson, Barcelona, España, 2006.
 17. Vallejo Ruiloba Julio, Leal Cercos Carmen, Tratado de Psiquiatría, Volumen II. Editorial Ars Médica, Barcelona, España, 2005.
 18. Von Gebattel, V. E., El Mundo del Anancasta, (traducción Sofía Elisa Leca). Editorial Monte Ávila, Caracas, Venezuela 1970.
 19. Weitbrecht Hans Jörg, Manual de Psiquiatría, Tomo I, (traducción: Rafael Echevarría). Editorial Gredos, Madrid.
 20. Wernicke Carl, Tratado de Psiquiatría, (traducción Diego Luís Outes, José Victor Tabasso). Editorial Polemos, Buenos Aires, Argentina, 1996.
-

Esta edición de 2.050 ejemplares
se terminó de imprimir en
Xetec print & design
Miranda 5664 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
en el mes de marzo de 2014.

