Urgencias psiquiátricas

Magalis Martínez Hurtado



Editorial Ciencias Médicas

Urgencias psiquiátricas

Urgencias psiquiátricas

Magalis Martínez Hurtado



ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

La Habana, 2015

Catalogación Editorial Ciencias Médicas

Martínez Hurtado, Magalis.
Urgencias psiquiátricas / Magalis Martínez Hurtado. —
La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2015.
241 p. ; ilus, tab. (Psiquiatría)
-
-
Urgencias Médicas, Psiquiatría, Intervención en la Crisis (Psiquiatría)

WM 401

Edición: Lic. María Emilia Remedios Hernández
Diseño: Ac. Luciano Ortelio Sánchez Núñez
Ilustraciones: Téc. Yamilé Hernández Rodríguez
Emplane: Téc. Amarelis González La O

© Magalis Martínez Hurtado, 2015
© Sobre la presente edición:
Editorial Ciencias Médicas, 2015

ISBN 978-959-212-978-8

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle 23 No. 654, entre D y E, El Vedado,
La Habana, Cuba, CP 10400.
Teléfonos: 7 833 0314 / 7 836 1893
http://www.ecimed.sld.cu

Un libro, aunque sea de mente ajena,
parece como nacido de uno mismo y se siente uno
como mejorado y agrandado con cada libro nuevo.

José Martí, 1883
Lib. Americanos: V I; p. 2 045

Prólogo

El libro *Urgencias psiquiátricas*, de la Dra. Magalis Martínez Hurtado, Profesora e Investigadora Auxiliar de Psiquiatría, Máster en Psiquiatría Social y Especialista de II Grado en Psiquiatría, es un magnífico ejemplo de cómo se puede escribir ciencia de manera amena y leerse como si fuera una obra literaria, con otros objetivos, donde indiscutiblemente siempre se aprende, pero en esencia se recrea el intelecto y se disfruta la espiritualidad, lo que demuestra su capacidad literaria, pues la autora escribe cuentos, novelas y series radiales.

Magalis se enfrasca en este su quinto libro; en los tres anteriores se trataron las drogodependencias y en el cuarto, los trastornos afectivos.

De un modo particular, el libro que nos ocupa viene a llenar una brecha existente en la especialidad y a resolver uno de los problemas más acuciantes de la práctica asistencial, mucho más si, como es sabido, existen muy pocos autores cubanos dedicados a escribir sobre la clínica y otros aspectos de la psiquiatría.

Tratadas las urgencias psiquiátricas en el contexto de nuestra realidad social y de lo que acontece hoy en el mundo, está muy actualizado, con una dosificación de conocimientos didácticos; organizado y estructurado por un sostén de elementos que se han seleccionado meticulosamente, en los distintos contenidos, de manera que contribuyen a que el lector pueda integrar adecuadamente el conocimiento, sin recargar ni excederse en su utilización.

Es una fuente de conocimientos necesarios para todo el que se desempeña en la especialidad y por ende será de gran utilidad para alumnos, residentes, y especialistas de psiquiatría, así como también para todos aquellos profesionales médicos que tienen que abordar pacientes en la urgencia médica y realizar las primeras indicaciones, y remisiones, así como para

todos los profesionales del campo de la salud mental, que sin tener en su contenido de trabajo la realización de guardias, tienen que tratar con el paciente en estado de urgencia.

Como bien define la autora, la urgencia psiquiátrica consiste en toda situación o estado clínico que en un momento determinado genera una demanda de atención y resolución asistencial psiquiátrica inmediata, independiente de que esté vehiculada por el propio paciente, la familia, amigos, otros especialistas de urgencia médica, instituciones sociales, orden judicial, etcétera.

La urgencia psiquiátrica puede conllevar a factores sociales, culturales y económicos para complejizar las valoraciones etiológicas, diagnósticas y terapéuticas, razón por la que ningún miembro del equipo de Salud Mental estará libre de verse involucrado en la atención de una urgencia médica.

En esta obra se plasma la experiencia, en la práctica clínica, de la doctora Magalis, quien, además de haber sido la jefa del área de mujeres de nuestro servicio de Psiquiatría, desde el año 1986 en que se incorporó a nuestro hospital, fue posteriormente la jefa de servicio durante 5 años y desde el año 2004, la jefa de los servicios de urgencia, que incluyen el cuerpo de guardia y la unidad de intervención en crisis (UIC), y atienden a la población de los municipios Lisa, Playa y Marianao, e incluso a la de las áreas periféricas, que por diferentes razones hoy no tienen cuerpos de guardia en sus respectivos hospitales. Sin contar que por la ubicación geográfica del hospital, en el cruce de las esquinas de las calles 26 y Boyeros, acuden muchos pacientes que pertenecen a las áreas de salud del Cerro, 10 de Octubre y Plaza.

Todo esto da constancia de la variedad de la demanda asistencial, ya sea por las características de su población y las peculiaridades de dichas urgencias, por tratarse de áreas con diferentes predominios de problemas propios de la salud mental, reportados en los registros diagnósticos de los centros comunitarios de salud mental, elementos que demuestran la experiencia de la autora, cuando se decide a plasmar en este libro, su mirada crítica y aguda, bien organizada y diversa, acerca de las urgencias psiquiátricas.

Está de más decir que ha sido un gusto y un honor para mí, poder prologar este libro de la Profesora Magalis Martínez Hurtado, pues, además de ser compañera de trabajo y amiga, fue la persona idónea en la que pensé

delegar la jefatura del servicio y mi condición de Profesora Principal de la asignatura –por razones de otro cargo que debía ocupar–, no solo por sus conocimientos, sino también por su organización y responsabilidad ante el trabajo, lo que se evidencia, además, en la asistencia médica, en la docencia y en la organización y el desempeño de posgrados internacionales, nacionales y de eventos científicos en el servicio, para darle continuidad a la obra que el profesor René Yudú Prevéz iniciara cuando se inauguró el servicio en 1967, responsabilidad que cumplió a cabalidad y superó las expectativas esperadas.

Sin lugar a dudas, hoy en la madurez de su vida profesional, la doctora Magalis nos entrega un magnífico libro, nacido del fruto de sus conocimientos, reflexiones y de la práctica cotidiana.

Reina C. Rodríguez Mesa
Dra. en Ciencias Médicas
Dra. en Ciencias
Especialista de II Grado en Psiquiatría
Profesora Titular y Consultante

Contenido

Introducción/ 1

Capítulo I. Generalidades/ 5
Aspecto y conducta del paciente/ 14
Confección de la historia clínica/ 15
Valoración clínico-diagnóstica/ 28
Tratamiento/ 29
Resumen/ 30

Capítulo II. Síndrome alucinatorio/ 34
Causas orgánicas identificables/ 36
Resumen/ 42

Capítulo III. Agitación psicomotriz/ 45
Conducta terapéutica/ 47
Resumen/ 51

Capítulo IV. Trastorno de ansiedad/ 53
Crisis de angustia (pánico)/ 54
Trastorno de ansiedad generalizada/ 57
Fobias/ 58
Trastorno por estrés postraumático/ 62
Trastorno obsesivo-compulsivo/ 64
Resumen/ 67

Capítulo V. Trastorno psicótico agudo/ 70
Manifestaciones clínicas/ 72
Resumen/ 81

Capítulo VI. Suicidio/ 84
Factores de riesgo/ 87
Resumen/ 93

Capítulo VII. Trastornos afectivos/ 96
Resumen/ 102

Capítulo VIII. Alcoholismo/ 106
Síndrome de abstinencia/ 111
Dependencia al alcohol/ 115
Trastornos psicóticos por consumo de alcohol/ 116
Enfoque terapéutico/ 118
Resumen/ 119

Capítulo IX. Drogodependencia/ 123
Intoxicación/ 123
Abstinencia/ 124
Dependencia/ 125
Resumen/ 137

Capítulo X. Trastornos de personalidad/ 144
Personalidad paranoide/ 146
Personalidad esquizoide/ 147
Personalidad histriónica/ 149
Personalidad disocial (antisocial)/ 150
Personalidad narcisista/ 151
Personalidad anancástica (obsesivo-compulsiva)/ 152
Personalidad dependiente/ 153
Tratamiento/ 154
Resumen/ 156

Capítulo XI. Trastornos disociativos/ 160
Amnesia disociativa/ 160
Fuga disociativa/ 162
Trastorno de despersonalización/ 163
Trastorno de identidad disociativa/ 163
Resumen/ 164

Capítulo XII. Trastornos somatomorfos/ 168
Trastorno de somatización (síndrome de Briquet)/ 169
Trastorno de conversión/ 170
Hipocondriasis/ 173
Trastorno dismórfico corporal/ 174
Trastorno por dolor 175
Resumen/ 175

Capítulo XIII. Estado confusional agudo/ 178
Delirium por abstinencia alcohólica/ 182
Resumen/ 184

Capítulo XIV. Urgencias en psicogeriatría/ 187
Depresión en el anciano/ 189
Síndrome demencial/ 194
Psicosis/ 199
Ansiedad/ 201
Insomnio/ 203
Resumen/ 204

Capítulo XV. Demencias/ 211
Enfermedad de Alzheimer/ 212
Demencia vascular multiinfarto/ 213
Demencia por alcoholismo/ 214
Demencia y enfermedad de Parkinson/ 214
Demencia por cuerpos de Lewy/ 214
Tratamiento/ 215
Resumen/ 219

Capítulo XVI. Tratamiento terapéutico en las urgencias psiquiátricas/ 224
Absorción de los medicamentos/ 227
Síndrome neuroléptico maligno/ 229
Resumen/ 232

Bibliografía/ 237

Introducción

La atención psiquiátrica de urgencia constituye en la actualidad, una de las formas de atención médica de mayor demanda, como expresión de la complejidad de la vida cotidiana, matizada por elevados niveles de estrés, incremento de la depresión, tendencia a la automedicación, poca tolerancia a situaciones conflictivas y problemas especializados, como el abuso de sustancias, maltratos a niños y cónyuges; violencia en forma de suicidio, homicidio y violaciones; aspectos sociales como el vagabundeo, el envejecimiento y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).

Entre las peculiaridades que la identifican se encuentran la gravedad de la entidad, que generalmente pone en riesgo la vida de alguno de los miembros de la familia e incluso la del propio paciente; el dramatismo que trae aparejado y la necesidad de resolución a la mayor brevedad posible.

Los conocimientos modernos y las experiencias más avanzadas llevan a afirmar que la urgencia es una situación psicopatológica en evolución, que exige una intervención oportuna por parte del médico sobre las dinámicas interpersonales, familiares y sociales, con la finalidad de bloquear la evolución del cuadro clínico.

La atención en los servicios de urgencia es una parte extremadamente importante en la asistencia psiquiátrica, tanto por el volumen de pacientes atendidos, como por las situaciones críticas frecuentes que se presentan, lo que constituye la fuente principal de ingresos.

El perfil de los que demandan dicha atención va desde intentos suicidas, intoxicaciones, inicio de cuadros psicóticos, diversas manifestaciones de agitación psicomotriz, hasta descompensaciones de afecciones psicosomáticas, trastornos de personalidad y del control de los impulsos.

Las manifestaciones psicopatológicos primarias (episodio delirante agudo), secundarios (confusión de distintos orígenes), de ansiedad aguda (ataque de pánico) y de depresión (riesgo suicida) se pueden diferenciar según parámetros específicos.

Asociada a la edad, se aborda desde etapas tempranas de la vida, con actos de suicidio, inicio de psicosis y consumo de sustancias tóxicas, y se extiende hasta etapas más tardías de la adultez temprana y el adulto mayor, con manifestaciones de ansiedad, depresión, trastornos delirantes, síntomas demenciales y otros.

Cada vez más, la sociedad actual y la vida moderna exigen a los médicos y el personal de la salud, en toda su extensión, una atención más completa

a todo tipo de demanda asistencial, con interés particular en las urgencias psiquiátricas que gozan de características diferenciales con otras exigencias médicas en las variables clínicas y terapéuticas.

En el ámbito de atención debe prevalecer una atmósfera de seguridad, para lograrla es necesaria la presencia constante de varios miembros del equipo, que incluye psiquiatras, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y otros auxiliares, organizados en equipos multidisciplinarios.

En los últimos tiempos es evidente una interpretación diferente acerca de los problemas esenciales al hombre en su quehacer cotidiano, que no son problemas médicos y, sin embargo, demandan una asistencia médica especializada, que se refleja en la atención de urgencia que se debe afrontar, como ocurre en casos de maltrato, abusos y violaciones.

A veces el profesional se enfrenta a pacientes con situaciones complejas y a aquellos cuyos síntomas están en terrenos fronterizos, con manifestaciones inespecíficas o atípicas en las que se solapan los elementos somáticos con los psíquicos y viceversa; y otros en los que la complejidad del entorno social sobrepasa la clínica médica.

En otros momentos, la actitud de algunos pacientes sin conciencia de enfermedad hace que se tornen resistentes, en ocasiones con un elevado nivel de riesgo para ellos y los demás, lo que provoca que el médico se vea forzado a realizar acciones compulsorias que, en última instancia, lo involucra en implicaciones médico-legales.

Teóricamente, lo ideal sería que el paciente psiquiátrico acudiese a urgencias solo en situaciones muy especiales, lo que indicaría que las necesidades estarían cubiertas por los servicios de atención primaria o por los especialistas de los centros de salud mental, sin embargo, en la práctica no sucede así, ya que muchos de estos casos se derivan de manera inmediata al servicio de urgencia y en otros momentos el paciente acude directamente, incluso, sin pasar antes por estos centros.

La historia clínica es la piedra angular de la evaluación de urgencias y debe contar con la entrevista psiquiátrica, la exploración psicopatológica y los exámenes físico y complementarios. Dicha evaluación no tiene que ser exhaustiva, pero sí debe abordar aquellas cuestiones de mayor importancia, aunque no siempre se dispone de recursos suficientes para determinar tóxicos en orina, niveles séricos de litio, radiografía de tórax, electrocardiograma y electroencefalograma, ya que a veces son necesarios algunos de estos estudios para establecer el diagnóstico correctamente.

La queja más frecuente en la urgencia psiquiátrica es la ideación suicida; se deben tomar en serio todas las actitudes, amenazas y pensamientos relacionados con la agresión a sí mismos.

El término psicosis introduce inquietudes acerca del diagnóstico, la gravedad de sus síntomas y el grado de alteración en su vida; el estado de autismo, nivel de afectividad y funcionamiento intelectual son parámetros importantes a valorar. El paciente paranoide e hipervigilante puede malinterpretar el ofrecimiento de ayuda de un miembro del equipo, como un ataque, y responder en defensa propia. Las alucinaciones auditivas con voces imperativas pueden hacer que este arroje a la basura los medicamentos.

Es importante precisar si el problema es orgánico, funcional o ambos. Determinados trastornos como la diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, intoxicaciones agudas, estados de abstinencia, sida y traumatismos craneoencefálicos, se pueden presentar con cambios del estatus mental que imitan enfermedades psiquiátricas comunes, tales condiciones pueden poner en peligro la vida del paciente, si no se tratan con prontitud. En líneas generales, el tratamiento de un padecimiento médico es más definitivo y el pronóstico mejor que el de los trastornos funcionales psiquiátricos. Hay que valorar en cada paciente, la posibilidad de que una enfermedad orgánica y una psiquiátrica coexistan.

En cuanto a la terapéutica, el objetivo principal es ayudar al paciente a recuperar el control de sí mismo, aliviar el dolor y lograr que colabore, para ello hay que poner en práctica el principio de lograr la máxima tranquilización con la mínima sedación; un paciente dormido no le hace daño a nadie, pero tampoco colabora. Las dosis bajas de los antipsicóticos de potencia elevada actúan con rapidez y tienen un gran margen de seguridad; las benzodiacepinas que se administran por vía intramuscular tienen una vida media corta.

Los errores médicos más frecuentes son:

- Sobremedicación: por el empleo de medicaciones demasiado potentes o de dosis elevadas.
- Inframedicación: por el uso de preparación inapropiada o una dosis demasiado pequeña.
- Cambio prematuro de medicación, por ejemplo, administrar haloperidol y en un plazo de 1 h o menos cambiar a clorpromacina.

La decisión a seguir en cada caso depende de diversos factores; en las descompensaciones breves de un trastorno de personalidad, reacciones adaptativas, acontecimientos traumáticos o psicosis tóxicas, la opción más oportuna podría ser la vigilancia prolongada; cuando se decide el ingreso, es preferible que sea voluntario, de este modo le brinda al paciente un sentido de dominio sobre su propia vida y participación en las decisiones terapéuticas; el ingreso involuntario solo debe quedar para casos excepcionales.

En la condición de urgencia psiquiátrica se deben valorar la frecuencia de su presentación, incidencia, prevalencia, tipo de síntomas, letalidad potencial y peligrosidad para sí mismo o para otros. Mejorar y aumentar la calidad asistencial, aplicar un tratamiento rápido y evitar dentro de lo posible el estado de enfermedad y el acortamiento o disminución de dicho estado, son las claves de la urgencia.

GENERALIDADES

La urgencia psiquiátrica consiste en toda situación o estado clínico que en un momento determinado genera una demanda de atención y resolución asistencial psiquiátrica inmediata, independientemente de que esté vehiculada por el propio paciente, la familia, amigos, otros especialistas de urgencia médica, instituciones sociales, orden judicial, etc. Puede conllevar a factores sociales, culturales y económicos para complejizar las valoraciones etiológicas, diagnósticas y terapéuticas.

Las urgencias pueden derivar desde otros servicios de urgencia clínicos y quirúrgicos, el ejemplo más fehaciente lo constituye el paciente suicida; otras proceden de la atención primaria, sobre todo cuando el médico general se enfrenta a situaciones emocionales de difícil manejo o existe una conducta o comportamiento patológico; frente al abordaje al estrés agudo o por cuadros de somatización que frecuentemente trazan las pautas.

La meta inicial de una evaluación psiquiátrica urgente es la valoración oportuna del paciente en crisis. A tal fin, el médico debe realizar un diagnóstico inicial, identificar los factores precipitantes y las necesidades inmediatas; comenzar el tratamiento o derivar el caso a un ámbito terapéutico más apropiado. Mantener un número mínimo de pacientes en urgencia, en un determinado lugar, reduce la posibilidad de agitación y violencia. En general, cualquier estrategia que se adopte para alcanzar dicho objetivo se considera consistente con una buena práctica clínica, siempre que las razones queden registradas en la historia clínica del paciente.

Cada vez más la sala de emergencias se convierte en un área de admisión, un lugar de contención, un centro de desintoxicación y una consulta ambulatoria. Determinadas condiciones médicas como los traumatismos craneoencefálicos, las intoxicaciones agudas, los cuadros de abstinencia y las encefalopatías por sida, se pueden presentar con manifestaciones psiquiátricas agudas.

En la figura 1.1 se utiliza un sistema de clasificación por triage, que representa una vía eficaz para los pacientes que demandan atención de urgencia.

La presencia de pacientes crónicos en las áreas de salud, como parte del proceso de desinstitucionalización de las instituciones de crónicos, incrementa esta demanda, de igual modo que el inicio de un proceso

psicótico o la agudización de cualquiera de las formas de presentación de las psicosis; la problemática originada por el alcoholismo y la adicción a otras sustancias, la presencia de síntomas de agitación o las controversiales manifestaciones de estupor.



Fig. 1.1. Entrada del paciente a la atención de urgencia.
Fuente: Adaptado del *Manual de urgencias psiquiátricas*. Kaplan H. y Sadock B. Ed. Médica Panamericana, 1999.

En toda urgencia psiquiátrica hay que considerar las exploraciones psicopatológicas necesarias, un tamizado en busca de organicidad y la orientación clínico-diagnóstica eficiente para llegar al manejo terapéutico correspondiente.

Por lo tanto, es muy importante determinar si el problema es orgánico, funcional o ambos. Determinadas condiciones orgánicas como la diabetes mellitus,

enfermedades tiroideas, intoxicaciones agudas, estados de abstinencia, sida y traumatismos craneoencefálicos, se pueden presentar con cambios prominentes del estatus mental que imitan enfermedades psiquiátricas comunes. Estas condiciones pueden poner en peligro la vida del paciente, si no son tratadas con prontitud.

Conceptualmente, la urgencia psiquiátrica se define como la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta es en tal grado disruptivo, que el propio paciente, la familia o la sociedad, consideran que se requiere una atención inmediata. Se puede presentar bajo diferentes condiciones:

- Como expresión de una alteración psicológica aguda (ansiedad, pánico, depresión y trastornos de adaptación).
- Implica riesgo de daño personal o interpersonal (agresión, suicidio y homicidio).
- Evidencia un comportamiento profundamente desorganizado (psicosis).

Las urgencias psiquiátricas son tan frecuentes como las urgencias médicas y quirúrgicas, y se pueden manifestar con síntomas psiquiátricos o con quejas somáticas; así mismo existen afecciones somáticas, en ocasiones graves, que se inician con un cuadro clínico psiquiátrico agudo. La decisión a tomar se basa en la observación directa de la conducta y del contexto de la crisis desencadenante, por tanto no debe ser precipitada, sino producto del análisis cuidadoso de la situación.

Metodológicamente se adoptan los pasos siguientes:

- Controlar la situación.
- Recopilar datos del paciente, entre los familiares u otras personas.
- Identificar el problema.

En la aproximación a la urgencia psiquiátrica se deben considerar diferentes elementos, a partir de que el paciente requerirá un estudio cuidadoso, exámenes pertinentes y el tratamiento necesario. El ambiente humano circundante debe ser evaluado en su influencia para la acción procedente y el ambiente físico, para identificar peligros o facilidades potenciales. De esta manera, el médico, en calidad de experto, habrá de resolver la urgencia.

Por definición, la urgencia demanda intervención pronta, sin embargo, en algunas urgencias de causa psicológica es pertinente obtener toda la información posible, pues podría tornarse difícil su consecución ulterior.

Preguntar por la presencia de ideas suicidas forma parte de la exploración psicopatológica, en especial si el paciente está deprimido. A veces es necesario preguntar directamente si desea morir, o si se siente tan triste

como para hacerse daño a sí mismo. Si en algún momento admite tener un plan, es particularmente peligroso. En el caso del paciente con amenazas suicidas, que se muestra silencioso y menos agitado que antes, puede ser una señal fatal. Una nota de suicidio, antecedentes personales o familiares de intentos autolíticos, aumentan el riesgo de muerte.

Entre los elementos correspondientes a los signos y síntomas del riesgo suicida, hay que valorar los intentos previos o suicidios "fantaseados"; la presencia de ansiedad, depresión o agotamiento; disponibilidad de medios de suicidio.

La impulsividad o el pesimismo excesivo sobre el futuro colocan al paciente en una situación arriesgada. Una situación difícil se presenta cuando el peligro no parece ser tan inmediato, pero la amenaza está presente, mientras la persona permanece deprimida.

En el caso de los pacientes violentos, las razones pueden ser varias y la entrevista estará encaminada a averiguar las causas subyacentes de tal conducta y los factores predictores, entre los que se señalan la ingesta excesiva de alcohol; antecedentes de actos violentos, con detenciones o actividad delincuente e historia de maltratos en la infancia.

Entre los signos de violencia inmediata se señalan los actos recientes de violencia, las amenazas verbales o físicas, y portar armas u objetos que puedan ser usados con esa finalidad, como tenedores, ceniceros, piedras y otros. Los cuadros de agitación psicomotriz progresiva entrañan una posible conducta violenta; la intoxicación por alcohol o droga y los rasgos paranoides en un sujeto psicótico, donde con relativa frecuencia aparecen voces imperativas.

Los pacientes con excitación catatónica, depresión agitada, trastornos de personalidad con tendencia iracunda y al descontrol de los impulsos, maníacos, son muy proclives a los actos de violencia.

El médico debe realizar una evaluación mental rápida y proceder al examen físico; así mismo, debe tener presente que muchas enfermedades orgánicas tienen una expresión psicológica. Los traumatismos craneoencefálicos, las alteraciones cerebrovasculares, las anormalidades metabólicas y la intoxicación por alcohol o drogas, pueden desencadenar conductas muy patológicas, cuyas características son sugerentes de organicidad.

Entre los elementos más significativos se encuentran el comienzo agudo, que se presenta en un tiempo muy breve; alteraciones perceptivas, por lo general no auditivas, sino preferentemente visuales; síntomas neurológicos, como pérdida de conciencia, convulsiones, trastornos en la visión y cambios en las características del padecimiento de cefalea.

En el estado mental se presentan signos específicos que se convierten en elementos clásicos: obnubilación, desorientación, alteraciones de la atención-concentración y afectación de la memoria de fijación (para hechos recientes), además de algunas manifestaciones catatónicas, como negativismo, rigidez, flexibilidad cérea, posturas antigravitatorias, ecopraxia, ecolalia, mutismo y otros.

Existen diferencias entre las urgencias psiquiátricas y las médico-quirúrgicas, en estas últimas están implícitos el peligro o el riesgo inminente por enfermedad, accidente o catástrofe, mientras que en la urgencia psiquiátrica lo característico es lo agudo de la situación, más o menos brusca o súbita, traducida por síntomas y conductas que a veces suponen riesgos para todos. La clave radica entonces en descifrar este epifenómeno (o punta de *iceberg*) que es la crisis aguda y la enfermedad subyacente.

Otros factores se relacionan con la comorbilidad, su manifestación en las etapas infantojuvenil y seniles, y las atipicidades en la presentación. No obstante, existe la creencia de que las urgencias psiquiátricas tienen menos repercusión o exigencia de inmediatez que la urgencia médica, lo que no se corresponde con la realidad.

El psiquiatra de urgencias debe tener suficientes conocimientos médicos para confeccionar la historia clínica, efectuar las investigaciones necesarias y realizar las orientaciones terapéuticas correctas. Tras la urgencia, es necesario planificar el seguimiento asistencial, ya sea ambulatorio, domiciliario, en hospital de día o en régimen de ingreso.

Se consideran indicadores de ingreso, la gravedad del cuadro clínico, los riesgos vitales autoagresivos o heteroagresivos, la tendencia suicida, la necesidad de cuidados especializados, las dificultades para el tratamiento ambulatorio, los problemas diagnósticos y las mayores ventajas de la hospitalización en la aplicación de la terapéutica.

La intervención médica debe ser puntual, inmediata, intensiva y de duración suficiente. No se debe obviar el tema de la seguridad, tanto para el paciente como para los profesionales; el emplazamiento del lugar debe tener al menos una mínima seguridad, facilidad de acceso y de evacuación, con buena funcionalidad técnica; seguridad asistencial para evitar riesgos y posibles daños, con garantías que protejan tanto a los pacientes como al equipo médico.

Es frecuente que la demanda de la urgencia surja a partir de una crisis, que implica situaciones concretas y diversas, como ocurre ante las crisis de angustia, depresiva y de histeria. Un por ciento elevado de estas es reactivo a diferentes situaciones como pérdidas, vivencias de inferioridad ante los demás, sobrecargas emocionales o sentimentales, factores psicofísicos

(menopausia y disfunciones hormonales) e incluso eventos sociales (en inmigrantes o en diferentes etnias), todas influidas, además, por factores psicológicos individuales, culturales, sociales, económicos, etc., que matizarán los síntomas evidenciados.

En la actualidad, la calidad del paciente que demanda atención de urgencia ha ido cambiando, por lo que cada vez más se presentan problemas de personalidad, ansiedad y neuróticos, en general; desadaptaciones, consecuencias de toxicomanías, crisis, conductas suicidas, personas más jóvenes y mayor comorbilidad, lo que supone entre el 30 o 40 % de dicha demanda. Sin embargo, en los adultos se presentan más problemas depresivos, esquizofrenias y cuadros delirantes, agitaciones y agresividad. En ambos grupos son frecuentes el alcoholismo y sus múltiples consecuencias (10 %). En la tercera edad predominan las depresiones, intolerancias a los tratamientos, problemas sociales, abandono familiar, etcétera.

Las herramientas básicas para evaluar una urgencia psiquiátrica son la exploración física, la entrevista psiquiátrica, el examen del estado mental y las pruebas complementarias.

A continuación se describen algunas estrategias generales para la evaluación del paciente, según el *Manual de urgencias*, de Kaplan y Sadock.

Autoprotección. Es necesario conocer todo lo que sea posible de los pacientes, antes de entrevistarlos. Dejar los procedimientos de sujeción mecánica a quienes están preparados para ello. Estar alerta ante los riesgos de violencia inmediata. Cuidar la seguridad de los alrededores físicos (puertas de acceso, objetos de la habitación, etc.). Contar con la presencia de otros durante la evaluación, si es preciso. Contar con la presencia de otros en las cercanías. Procurar establecer una alianza con el paciente (no enfrentarse, ni amenazar a paranoicos).

Prevenir lesiones. Prevenir autolesiones y suicidios. Utilizar cualquier método necesario para evitar que los pacientes se dañen a sí mismos. Prevenir la violencia hacia otros. Valorar brevemente el riesgo de violencia. Si se estima que dicho riesgo es significativo, considerar estas opciones: informar al paciente de que la violencia no es aceptable; acercarse al paciente de una forma no amenazadora; reasegurar, tranquilizar o ayudarlo a mantenerse en contacto con la realidad; ofrecerle medicación; informarle que se utilizará el aislamiento o la sujeción, si es preciso; contar con un equipo preparado para sujetar al paciente; cuando los pacientes están sujetos, han de permanecer bajo observación constante y comprobación de los signos vitales. Separarlos de estímulos desencadenantes de agitación. Establecer inmediatamente un plan de tratamiento: medicación, tranquilización y evaluación médica.

Descartar trastornos orgánicos cerebrales. Es necesario tener en cuenta que a veces llegan pacientes cuyas manifestaciones remedan un cuadro clínico psiquiátrico agudo; en no pocas ocasiones, estos síntomas obedecen a una enfermedad orgánica subyacente, bien se trate de una alteración neurológica o de la afectación de otros sistemas.

El alcoholismo y las toxicomanías bajo las formas de intoxicaciones agudas y cuadros de abstinencia son las condiciones más comunes y a veces las más difíciles de diagnosticar, tal es así que de todos los pacientes que acuden a la urgencia psiquiátrica, entre el 40 y el 60 % padecen de abuso de sustancia como diagnóstico primario o secundario.

Las enfermedades endocrinas y las que afectan múltiples órganos, debido a sus características confusas y cambiantes, son muy frecuentes. Entre estas se encuentran: disfunciones tiroideas, hiperglicemia e hipoglicemia, neoplasias cerebrales (tumores del lóbulo frontal, parietal, occipital, temporal y cerebelosos), traumatismos craneoencefálicos, sida, síndrome de Cushing, trastornos comiciales, hiperparatiroidismo e hipoparatiroidismo, lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple, corea de Huntington, deficiencias vitamínicas, etcétera.

Por lo general, las alteraciones psicopatológicas se presentan de manera brusca en las personas que no tienen antecedentes de enfermedad psiquiátrica. En el caso de los que ya tienen una historia de enfermedad mental, el cuadro clínico se manifiesta con características diferenciales respecto a su afección habitual o síntomas clínicos atípicos, como la presencia de alucinaciones visuales. Presentan una clara afectación del estado general (con fiebre, hipotensión, taquicardia o disnea), obnubilación de la conciencia (en ausencia de consumo de tóxicos), síntomas vegetativos relevantes y déficit neurológico congruente con territorios vasculares anatómicos.

Los más frecuentes son el síndrome psicoorgánico, el síndrome amnésico, los trastornos orgánicos de la personalidad, algunas entidades neurológicas, los accidentes vasculares, la epilepsia, la demencia y las encefalopatías, la enfermedad de Parkinson y otras.

Es imprescindible la insistencia en la detección de organicidad; para ello, se deben tener muy presentes la anamnesis y la exploración médica general, antes de dar una valoración psiquiátrica, con sus respectivos exámenes complementarios; la entrevista psiquiátrica aportará elementos de organicidad, la forma de presentación de los síntomas (agudos o crónicos) y su evolución; la asociación temporal del curso de la enfermedad con factores somáticos evidentes.

En los antecedentes personales y familiares se designarán detalladamente la enfermedades médicas e intervenciones quirúrgicas; los factores principales de

riesgo vascular (hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemias y tabaquismo); las enfermedades crónicas, como cardiopatías, trastornos respiratorios, enfermedad osteoarticular y otras. También se debe especificar el consumo de fármacos no psiquiátricos.

Se consideran indicadores de trastorno mental orgánico los siguientes:

- Comienzo reciente o brusco (horas/días) sin historia previa de enfermedad psiquiátrica.
- Síntomas psicóticos en mayores de 40 años, sin otros antecedentes similares.

La evolución del trastorno psiquiátrico aporta algunos elementos: acceso, reacción, fase, brote y cursos procesal, de desarrollo y fásico. Los accesos duran minutos u horas; las fases, días o meses. En las reacciones vivenciales es mayor el criterio de organicidad o endogenicidad, si la vivencia actúa más como factor cuantitativamente estresor (reacción desencadenada) que como factor cualitativamente comprensible en lo biográfico, lo psicológico y lo relativo al carácter.

Cuando las manifestaciones psiquiátricas son atípicas (síntomas depresivos o ansiosos no habituales, en una agrupación de síndromes disarmónicos) se presentan signos clásicos en el estado mental, con desorientación, fluctuación o alteraciones de la conciencia, afectación de la memoria, alteraciones de la atención-concentración, discalculia y pensamiento concreto.

Consumo habitual de sustancias psicótropas, alcohol y fármacos, con potencial acción psicótropa. Hallazgos anormales en el examen físico, como alteraciones pupilares, incontinencia de esfínteres, afectación en las constantes vitales, signos neurológicos focales y trastornos de los movimientos, la marcha y el lenguaje.

Manifestaciones catatónicas, con negativismo, rigidez, flexibilidad cérea, posturas antigravitatorias, ecopraxia, ecolalia, mutismo, gesticulación, etcétera; presencia de síntomas neurológicos, como pérdida de la conciencia, convulsiones, traumatismos craneoencefálicos, cambios en las características de la cefalea y cambios agudos en la visión.

Descartar psicosis inminentes. El término psicosis hace referencia a la gravedad de los síntomas y del grado de alteración. El estado de autismo, el nivel de afectividad, el funcionamiento intelectual y el alcance de la regresión, son otros parámetros importantes que se deben observar. La afectación de cualquiera de estas áreas puede llevar a dificultades en el proceso de evaluación, las que a su vez pueden dar como resultado una conducta agitada, agresiva o de fracaso en la colaboración con las recomendaciones terapéuticas.

La comunicación con los pacientes se debe hacer de manera directa; las intervenciones clínicas se deben explicar de manera breve y con un lenguaje comprensible; no se debe suponer que el paciente confía, cree en el médico o incluso que desea su ayuda, todo lo contrario; un paciente paranoide, hipervigilante, puede malinterpretar el ofrecimiento de ayuda como una agresión y responder en defensa propia, arrojar la medicación a la basura e incluso abandonar la sala de observación donde esté ubicado.

Se deben valorar aquellos cuyos síntomas psicopatológicos evidencian una determinada ruptura con la realidad del entorno, asociados a trastornos de la conducta. En estos casos, la falta de información fiable, la rapidez con que se deben tomar las decisiones y el riesgo, por lo general autoagresivo y heteroagresivo, que llevan aparejados, implican un conocimiento suficiente de la semiología psiquiátrica, debido a que con frecuencia solo existe un conocimiento transversal del caso y en periodos relativamente cortos se deben tomar decisiones clínicas ponderadas, para resolver la situación de manera satisfactoria.

Entre los síntomas más característicos se encuentran los delirios, en su condición de ser ideas falsas, irrebatibles a cualquier argumentación lógica, diferenciadas de las creencias ancestrales, mágicas y religiosas de los factores socioculturales.

Las alucinaciones, concebidas como percepciones sin objeto, que surgen sin estímulo exterior y se caracterizan por tener un juicio de realidad positivo, son independientes de la voluntad del sujeto y no son sensibles a la sugestión.

La catatonía, considerada en la actualidad como un trastorno psicomotor, es cada vez más infrecuente. Las características que lo identifican son la acinesia/hipercinesia, que es la oscilación entre estados de quietud absoluta y otros de agitación psicomotriz, sin relación aparente con el entorno; la catalepsia, con adopción durante periodos prolongados de posturas fijas, a veces inducidas a posiciones determinadas que se mantienen prolongadamente (flexibilidad cérea); la obediencia automática/negativismo, estados que también aparecen de manera alternantes; los manierismos, dados por gestos, muecas y gesticulaciones inadecuadas; la ecolalia y otras conductas motoras repetitivas.

En esencia, el paciente psicótico puede presentar cualquier manifestación psicopatológica, como son las alteraciones del pensamiento, de la sensopercepción, alteraciones afectivas, agitación o inhibición psicomotriz, tentativas de suicidio, agresividad e incluso efectos secundarios atribuibles a la medicación. Es frecuente que el paciente no reconozca que está alterado su juicio de realidad, por lo que la intervención médica adquiere gran

relevancia desde el plano médico legal y en ocasiones es preciso adoptar medidas terapéuticas en contra de su voluntad, aplicar contención mecánica y farmacológica e incluso determinar ingresos involuntarios.

Aspecto y conducta del paciente

Con una perspectiva centrada en el individuo, se tendrán en cuenta la apariencia física general: signos prominentes de enfermedad; la indumentaria y conservación o no del aseo personal. Observar la complexión física, talla y peso aproximado (por si es necesario medicar).

La apariencia personal puede aportar pistas cruciales respecto a la capacidad para valerse por sí mismo, además de su juicio y raciocinio. Un paciente desgreñado o casi desnudo, es alguien cuya capacidad está disminuida para cuidar de sí mismo y, por ende, evidencia un alto riesgo.

La conducta y la actividad psicomotriz se refieren a los aspectos cuantitativos y cualitativos del comportamiento motor e incluyen manierismos, gesticulaciones, contracciones, conducta estereotipada, ecopraxia, hiperactividad, agitación, retorcimiento de las manos, caminar constante y otras manifestaciones contrarias, como el retardo psicomotor y el enlentecimiento de los movimientos. La peligrosidad no solo depende de la agresividad, sino también del tamaño y de la fuerza del agresor.

Las actitudes de dramatismo exagerado, teatralidad y simulación deben ser señaladas; de igual modo las actitudes en que se minimizan o se ocultan deliberadamente los síntomas; estos elementos son de particular interés cuando se sospecha consumo de tóxicos (sobre todo en mujeres con alcoholismo oculto).

Estas informaciones le pueden brindar al médico la dirección hacia el diagnóstico adecuado.

En la demanda de atención psiquiátrica de urgencia se deben valorar las cuestiones siguientes:

- ¿Qué tipo de paciente acude a la consulta?
- ¿De dónde procede o quién lo deriva?
- ¿Cómo viene? Se tendrán en cuenta su aspecto, actitud, comunicación y estado físico.
- ¿Cuál es su historia previa o actual?
- ¿Qué complementarios informativos presenta? Se refiere a informes médicos, familiares y de amigos.
- ¿Qué grado de afectación de la conciencia presenta?
- ¿Qué riesgos muestra para él o para otros?
- ¿Qué ordenación semiológica, sindrómica y conductual provisional se puede hacer?

- ¿Qué posibilidades terapéuticas se deben implantar a corto o mediano plazo? ¿Habrá que ingresarlo o derivarlo a otro servicio?
- ¿Están claros los árboles de decisión diagnósticos, terapéuticos y legales?

Para dar respuesta a estas interrogantes, debemos organizar nuestro pensamiento según los principios de la metodología clínica médica.

Confección de la historia clínica

Un aspecto fundamental radica en la confección de la historia clínica, en la cual se deben esclarecer los elementos siguientes:

- Referencia detallada de la queja principal, por la cual demanda atención.
- Cambios recientes en el curso de su vida (especialmente enfermedades físicas y pérdidas).
- Niveles de ajuste anteriores a la urgencia.
- Consumo de drogas.
- Historia anterior de enfermedades médicas, psiquiátricas y respuesta al tratamiento.
- Historia familiar e historia personal.

Entrevista psiquiátrica

En la práctica psiquiátrica urgente el diagnóstico se teje fundamentalmente en los primeros minutos, por lo que ese primer contacto con el paciente es fundamental; luego depende de la evolución de la entrevista. Las palabras iniciales son un momento vulnerable tanto para el paciente como para el médico.

Es tan nociva una actitud demasiado apresurada y contundente con un paciente temeroso, como una actitud blanda y desenfadada con un psicópata; el tono seguro se irá amoldando en función de la dinámica generada.

La urgencia no significa prisa, sino optimización del tiempo. Es necesario llamar al paciente por su nombre, presentarse de forma adecuada y explicar el propósito de la entrevista. No debe ser dirigido en sus respuestas, si es capaz de dar su propia versión coherentemente. La información espontánea tiene un valor semiológico más elevado que sus respuestas a preguntas concretas. La inspección es constante durante la entrevista: interesa lo que dice, lo que no dice y cómo lo dice, así como las resonancias afectivas.

Las preguntas deben ser sencillas y claras, en correspondencia con el nivel del paciente; se tornarán más directas y específicas para clarificar los síntomas, los antecedentes médico-psiquiátricos personales y familiares, los tratamientos anteriores, los antecedentes sociolaborales, etc. Los silencios,

que en el contexto psicoterapéutico tienen gran relevancia, pierden valor significativo en la urgencia, por la premura, el ruido de fondo, la menor intimidad, la sobrecarga de ansiedad y el ambiente de crisis.

El problema se construye con la narración del paciente, en interacción con el psiquiatra, así como con los datos confirmados de los acompañantes, familiares presentes o por vía telefónica; se clarificarán los síntomas respecto a los conflictos interpersonales y en relación con sus rasgos de personalidad premórbidos.

La entrevista puede finalizar invitando al paciente a hacer las preguntas que desee, al igual que su aporte con alguna información adicional. La terminación se anticipa con el discurso y el tono del diálogo; se evitarán brusquedades insatisfactorias.

Brindar datos excesivamente concretos o exactos, relativos a diagnóstico, efectos secundarios de los tratamientos y otras informaciones, a veces es contraproducente en la urgencia, debido a que la capacidad de asimilar información está demasiado condicionada al fenómeno de la crisis.

Examen mental

Es la parte crucial de la evaluación psiquiátrica urgente, puesto que brindará una imagen transversal del paciente. Es su fotografía en el momento de la urgencia, la única prueba objetiva que existe, la cual no se repetirá o al menos no se repetirá del mismo modo, por lo que exige una pericia en psicopatología clínica para brindarla adecuada y detalladamente.

Aunque en la práctica hay una tendencia a fundir los pasos exploratorios, en una impresión global, que se obtiene sobre todo durante la anamnesis, es necesario mantener una sistemática exploratoria que debe comenzar por el punto más somático de lo psicopatológico, el estado de conciencia. Este es, quizás, el punto más significativo del examen mental urgente, ya que solo los psiquiatras y neurólogos son capaces de realizarlo de manera exhaustiva y rápida.

En otros contextos pierde importancia con respecto a la evaluación fenomenológica y semiotécnica genuinamente psiquiátricas, pues es de suponer que en estos casos el estado de conciencia es claro, o al menos estable. Para la urgencia psiquiátrica, en que se desconocen la gravedad, los factores causales y el tiempo de evolución, se convierte en un elemento prioritario.

¿Qué signos se buscan para iniciar la exploración de la conciencia?

Forma básica de explorar la conciencia. Se hace mediante la observación del comportamiento: velocidad de conductas, repetición, complejidad, espontaneidad, etcétera. Igualmente, pueden servir de apoyo estos tres ejes de evaluación:

- Vigilancia: es la facultad de permanecer deliberadamente alerta en lugar de estar dormido (dormido, somnoliento, hipoalerta e hiperalerta); es una dimensión cuantitativa; para un mismo nivel de vigilancia puede haber diferencias cualitativas, según el nivel de atención y de lucidez.
- Brillo o lucidez de la conciencia (claridad u oscurecimiento): se trata de un factor cualitativo, mediante el cual el sujeto tiene la facultad de identificar estímulos nítidos con el sensorio; o la capacidad para darse cuenta de todas las sensaciones internas y externas.
- Conocimiento del propio yo: es el conocimiento del propio ser en cuanto a lo corporal, lo psíquico y su relación con el mundo circundante, que en la práctica consiste en darse cuenta de la propia actividad, de la propia unidad, de la propia identidad y de los límites del yo. Es un factor cualitativo que se altera por los dos factores antes descritos.

Forma de inicio. Todo lo que curse sobre alguien previamente normal, en forma de acceso, con brusquedad, brevedad y grandes fluctuaciones. En la urgencia siempre es necesario descartar lo somático, por su condición potencialmente grave a corto plazo.

Dimensiones neuropsicológicas alteradas de forma aguda. Aparecen en personas previamente normales y de forma aguda, trastornos importantes de la atención, orientación, memoria, cálculo o lenguaje. La capacidad comprensiva del mundo y del yo por la conciencia, está enfocada por la atención.

¿Cómo denominar los trastornos de conciencia? Para dar respuesta a esta interrogante, a continuación se brinda un resumen del *Manual del Residente de Psiquiatría*.

Trastornos cuantitativos de la conciencia

Obnubilación. Es el estado menos grave de deterioro de la conciencia. El sujeto presenta una capacidad reducida de captación del entorno, como si estuviese a punto de iniciar el sueño; a diferencia del sueño fisiológico, puede estar excitable e incluso agitado. Obedece órdenes sencillas, aunque puede realizar mal las complejas. Los reflejos están ligeramente disminuidos. Obliga a descartar organicidad, aunque puede aparecer de manera ocasional en cualquier trastorno psiquiátrico urgente.

Algunos estadios impiden el examen mental psiquiátrico, como la somnolencia, en la que el paciente está despierto, pero se duerme si se libera de estímulos sensoriales; el sopor, en que el sujeto está inconsciente, pero responde a estímulos de gran intensidad, y el coma, en que no responde a ningún estímulo y es imposible despertarlo, se altera la respiración y no hay reflejos.

Trastornos cualitativos de la conciencia

Fluctuación del nivel de conciencia. Hay oscilaciones cuantitativas, características del *delirium*.

Confusión. El pensamiento no es claro (obnubilación) y está desordenado (incoherencia); si estos elementos generan una incapacidad para distinguir globalmente lo real de lo imaginario, entonces se denomina confusooniris-mo. Si hay alucinaciones, se produce el síndrome confusional-alucinatorio.

Estado crepuscular. Ocurre cuando el pensamiento no es claro (obnubi-lación) y el individuo piensa y actúa parcialmente incoherente, preservando dos órdenes separados: el de los elementos cognitivos (que se interrumpen) y el de las conductas (que continúan con aparente normalidad, pero de modo automático y a veces muy complejas). Se suele explicar no como una reducción del nivel de conciencia, sino como un estrechamiento, donde toda la actividad consciente se concentra en un solo objeto mental y el resto queda desenfocado. Tiene un inicio y fin bruscos, en el contexto de una conducta tranquila y con amnesia del episodio.

Estupor. Es una reducción o ausencia de funciones de relación con el entorno, básicamente del movimiento y el habla. El nivel de conciencia puede ser normal u obnubilado, pero esto es solamente intuible, dada la dificultad que tiene el paciente para comunicarse.

Examen físico

Se debe efectuar con la mayor inmediatez que la situación de urgencia demande; se tendrán en cuenta los cinco parámetros fundamentales: tensión arterial, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria y nivel de conciencia. Si el problema médico lo precisa, se debe hacer una exploración neurológica básica, que en caso de ser necesario puede ser más exhaustiva o reclamar de la interconsulta de neurología.

Las dimensiones neuropsicológicas pueden estar alteradas por la propia ansiedad del paciente, no obstante, la presencia de algunos síntomas y signos serán elementos indispensables para la elaboración del diagnóstico, tal como se describe a continuación.

Orientación espacial, temporal y de persona. La desorientación es un signo muy importante, por lo que hay que preguntarle al paciente su nombre, edad, lugar en que se encuentra, direcciones, fechas y estaciones del año; el nombre de familiares, personas conocidas, que identifique acontecimientos recientes, etcétera.

Cuando se presenta como un trastorno agudo pasajero, orienta predominantemente hacia un cuadro clínico confusional de base orgánica, aunque también se puede evidenciar en algunas psicosis, sin embargo, cuando

se mantiene de manera persistente, se corresponde, por lo general, con lesiones cerebrales avanzadas.

La exploración de la orientación no solo se realiza mediante el interrogatorio, sino que se puede deducir por el diálogo y la observación del comportamiento. Cuanto más nuevo es un ambiente para el paciente, más desorientado estará y con frecuencia existe una diferencia entre la orientación práctica (el paciente no se pierde en su casa) y la orientación abstracta (el paciente no es capaz de localizar las partes de su casa). La desorientación se observa en demencias avanzadas, pero si esta es selectiva y sin demencia, se puede apreciar en cuadros histéricos.

Atención. Es el grado en que el paciente puede advertir los estímulos de todos los ámbitos sensoriales. La concentración es la capacidad para mantener dicha atención centralizada y la distractibilidad, cuando existen dificultades para lograr la concentración. Cuando el paciente está excesivamente atento (hiperprosexia), le ocurre algo similar a cuando está hipervigilante, en que la hiperatención hacia determinados estímulos desdibuja todos los demás.

Los trastornos de la atención son habituales en la ansiedad, los trastornos afectivos neuróticos y psicóticos, las encefalopatías tóxicas y metabólicas, y en las lesiones corticofrontales. Si la atención no es suficiente, no se puede valorar la memoria.

Memoria. Se explorará con detenimiento si se sospecha su déficit, pero no de manera sistemática. La fijación (captar y retener) requiere un nivel de vigilia y la conservación de estructuras cerebrales específicas (límbicas y temporales mediales). La evocación (recordar o rememorar) se relaciona más con la codificación del pensamiento y estados afectivos, y no tiene una localización cerebral precisa, por eso en los trastornos de fijación se sospechará más un factor orgánico (encefalopatía y demencia) y en los de evocación, un factor psicológico (depresión, psicosis, amnesias disociativas, simulación, etc.).

Lenguaje y habla. Las afectaciones neurológicas se limitan a la alteración de la articulación del habla y del lenguaje, mientras que lo psicológico altera el discurso, el cual refleja una alteración psíquica global que incluye pensamientos y afectos. Entre los signos neurológicos del lenguaje que hay que identificar en la urgencia se señalan:

- Disartria: articulación distorsionada del habla; sugiere enfermedad cerebral, como intoxicación, lesiones difusas o focales.
- Disprosodia: inflexión y ritmo de habla anormales; sugiere lesión cerebral, sobre todo síndromes extrapiramidales y cerebelosos.

- Afasia/disfasia: incapacidad para la nominación correcta, con errores gramaticales o en la elección de palabras. En la afasia motora hay pobreza del discurso, que puede llegar al mutismo e interpretarse erróneamente como psiquiátrico. En la afasia de Wernicke (de comprensión) el discurso es fluido, abundante y con neologismos, lo cual se puede confundir con el discurso neologístico y paragramático del esquizofrénico.
- Agrafia y alexia: es expresión de lesión neurológica focal.

Inteligencia. El servicio de urgencia no es el lugar adecuado para cuantificarla, salvo cuando sea preciso hacerlo, con la finalidad de distinguir estados psicóticos defectuales enmascarados, retraso mental y demencias incipientes.

Psicopatología

Otro aspecto importante en la exploración psicopatológica es el contacto que se establece con el paciente; quizás, es un elemento algo intuitivo, que se relaciona con la subjetividad y la pericia del entrevistador. Se tendrán en cuenta: la atmósfera que rodea al paciente, el primer contacto visual, el lenguaje no verbal y otras actitudes significativas como el mutismo, las actitudes negativistas, el autismo, la manipulación, la mitomanía, la dramatización exagerada, etcétera.

A partir de estos elementos se establecen estilos de contacto específico, relacionados con la psicopatología predominante:

- Contacto depresivo: activa sentimientos y nos mueve a sentir con él; remueve nuestros propios aspectos depresivos.
- Contacto maníaco: la inestabilidad puede determinar en el interlocutor actitudes desconcertantes; ruptura de la sensación de distancia personal, hilaridad contagiosa o irritación, imprevisibilidad, desconsideración, etcétera.
- Contacto esquizofrénico: presentimiento de lo paradójico que afecta la vida psíquica y se manifiesta instantáneamente; angustia indescriptible que lo penetra todo. Repliegue, pérdida del contacto vital con la realidad. Empobrecimiento de la realidad, defecto disarmónico del estar, paramimias y ambivalencia.
- Contacto caracteropático: proximidad de la pulsión (la sentimos en el paciente y este, al mismo tiempo, nos la hace sentir). Aspereza, juegos de seducción; sentimientos de frustración y de rechazo, que pueden desembocar en actitudes represoras, distantes y de ira.
- Contacto neurótico histérico: caricatura de la normalidad, cercano a nosotros; ansiedad, estilo agresivo, versatilidad (la gran máscara). Respuestas variables

y confundibles, que van desde la compasión hasta la irritación; desde sentirse halagado hasta sentirse chantajeado. Curiosidad sin límites, confusión erótico-afectiva, seducción, ambivalencia sexual y actitudes mitómanas y manipulativas.
- Contacto disfórico: se irrita y nos irrita con facilidad. Inespecífico, se puede encontrar en cualquier enfermedad psiquiátrica; es frecuente en las intoxicaciones.
- Contacto orgánico: está condicionado por la obnubilación. Impresión de deterioro cognitivo y de malestar físico; transferencia apagada, pero no autística.

Psicomotricidad. Los síntomas psiquiátricos agudos, relacionados con los trastornos de la psicomotricidad, están encaminados a la detección de signos extrapiramidales y alteraciones en la psicomotricidad, a partir de la queja específica del paciente o ante la presencia de ansiedad cuando se lleva tratamiento psicofarmacológico.

Signos extrapiramidales:
- Temblor: si es "grosero" o reciente, derivar a medicina (deprivación alcohólica, intoxicación por litio, lesiones cerebelosas, etc.). Si es semifino, se debe precisar si se presenta en reposo (parkinsoniano), o si es de actitud (esencial).
- Síndrome parkinsoniano: explorar si hay rigidez articular, la marcha (caminar, levantarse, movimientos de los brazos y giro); presencia de temblor de reposo (labios de conejo y dedos en "cuenta monedas"); si es asimétrico (más orgánico); si es simétrico (más farmacógeno).
- Distonía: si es leve o grave, precoz o tardía, focal o segmentaria. Crisis oculogiras (la mirada va hacia el techo). El trismo facial distónico provoca disartria.
- Discinesia tardía: mezcla de varios tipos de movimiento (distónicos, coreoatetósicos, flexoextensión del tronco, de los dedos y de las extremidades, y movimientos orolinguomandibulares).
- Acatisia: inquietud subjetiva y ansiedad extrema.
- Síndrome de piernas inquietas.

Alteraciones de la psicomotricidad. Puede presentar conductas muy llamativas (manierismos, estereotipias, perseveraciones, automatismos y catalepsias) y otras muy aparatosas (agitación y estupor).
- Alteraciones cuantitativas de latencia, velocidad y energía de los movimientos (enlentecimiento, retardo, inhibición, hipomimia, hiperactividad, pobreza, anergia/hiperergia y adinamia/hiperdinamia).

- Gesticulaciones faciales (paramimias, estereotipias de lamentación en melancólicos, tics faciales, suspiros, muecas, etc.).
- Movimientos repetitivos (actividades perseverativas en estados defectuales crónicos, delirios ocupacionales, compulsiones y rituales obsesivos).

Emociones, humor y afectividad. Las emociones son estados afectivos agudos, que se suelen acompañar de síntomas vegetativos y somáticos. El llanto puede aliviar la angustia (ansiedad) o por el contrario, mantenerla o aumentarla en la depresión. El humor o estado de ánimo es el estado afectivo más mantenido y a veces cíclico.

La incontinencia emocional es una expresión emocional fácil y exagerada, a veces inmotivada, de trasfondo orgánico. La labilidad emocional se refiere a cambios bruscos de la expresión emocional, provocados por estímulos externos que pueden ser de causa psicológica o de base orgánica.

El humor se puede valorar por su cualidad (alegre/hipertímico, triste/hipotímico e irritado/disfórico); por su intensidad; proporcionalidad a la situación y repercusión conductual. Es necesario precisar si es reactivo o no a desencadenantes ambientales. El grado de concordancia entre las expresiones verbal y no verbal permite valorar la sinceridad, y la congruencia o incongruencia con la vivencia desencadenante, la disociación de ánimo, que en caso de que esta sea muy marcada orientará hacia la psicosis.

El afecto se entiende como una dimensión social o visible y describe la valoración que el examinador hace de las respuestas conductuales y emocionales del paciente. Puede ser deprimido, ansioso, irritable, exaltado, expansivo, colérico y suspicaz, o bien, adecuado o inadecuado a la situación. El embotamiento afectivo es el bloqueo de expresión del afecto, transitorio o mantenido; se observa en la depresión, la esquizofrenia, cuadros orgánicos y otros.

Discurso. El lenguaje y el pensamiento son dos funciones hipotéticamente diferentes, ambas difíciles de discernir, pero teóricamente medibles a través del discurso.

Estructura del discurso. El discurso debe mantener una estructura adecuada, de manera que el sujeto narre de forma lógica y cronológica y, si se le interrumpe, sea capaz de retomarlo. En este acto se observa el ritmo del pensamiento reflejado en el ritmo del habla, con diferentes alteraciones; en la taquifasia es rápida, puede llegar hasta la fuga de ideas; en la verborrea hay sobreproducción de ideas; en la bradifasia, lentitud o pobreza de pensamientos. En las demencias, el discurso es ambiguo, con locuacidad aparente (con pocas ideas y muchas palabras sinónimas o vacías). En los epilépticos el discurso es prolijo y en los obsesivos hay dificultad para

seleccionar las ideas, lo que le da un aspecto detallista y circunstancial. El discurso perseverante es frecuente en los casos de organicidad. El cese brusco del discurso puede ser un reflejo de bloqueo del pensamiento o por fenómeno de interceptación alucinatoria, alteraciones propias de la esquizofrenia.

Contenido del discurso. Es posible valorar algunos elementos, indudablemente psicóticos, como los fenómenos delirante-alucinatorios primarios (síndrome de automatismo psíquico de Clerambault) y los fenómenos secundarios evidentes (sistematizados, disgregados o delirantes).

Temas del discurso. El contenido del discurso puede ser: de celos, perjuicio, persecución, místico-religioso, cósmico, erotomaníaco, de fracaso, ruina, enfermedad, abandono, megalomaníaco, etcétera.

Riesgos del discurso. Aquellos discursos con ideación suicida u homicida llevan implícito un riesgo potencial, por lo que pueden ser determinantes de la conducta a seguir, de forma tal que en un caso de neurosis en situación de crisis reúna más criterios de ingresos que un comienzo esquizofrénico con escasa repercusión conductual.

Trastornos de la percepción. Estas alteraciones se deben valorar desde que se inicia el contacto con el paciente; se pueden reflejar en su aspecto, su conducta (actitudes de escucha), su discurso (bloqueos, interrupción del pensamiento, soliloquios y musitaciones). Si presenta hipocondría, se explorará la presencia de automatismos somáticos (alucinaciones cinestésicas).

La presencia de alteraciones perceptivas de intensidad (hiperestesias o hipoestesias), sinestesias y distorsiones (micropsias, macropsias, dismorfopsias y dismegalopsias), es demostrativa de organicidad. Por otra parte, las alteraciones perceptivas menores pueden apoyar el diagnóstico cuando existen dudas, por ejemplo, alteraciones en la intensidad y el colorido de las imágenes (vivo en la manía y mortecino en la depresión); de la vivencia del paso del tiempo (detenido en la depresión; fulgurante y pleno en la manía; a saltos en la esquizofrenia y sobrestimado en las desorientaciones orgánicas).

Así mismo, se presentan urgencias psiquiátricas con crisis agudas, cuyo fondo nosológico es multivariado, por lo que el diagnóstico no siempre es claro al inicio del trastorno, sin perder de vista los posibles riesgos, como suicidio, organicidad, agitación del epiléptico, etc., y sin olvidar que la agresividad puede ser la máscara de organicidad en la evolución de un hematoma subdural, las distimias epilépticas temporales, las intoxicaciones, etcétera.

En la primera valoración se deben buscar los síntomas más relevantes, los cuales se clasifican como autoagresivos o heteroagresivos, ansiosos,

depresivos, obnubilados, agitados, estuporosos y delirantes; en quienes subyacen cuadros psiquiátricos variados, con la particularidad de que un mismo trastorno psiquiátrico puede contener los cuadros antes citados.

Es conveniente saber escuchar, dejar que el paciente se exprese e intentar reconocer las quejas o molestias fundamentales. Para el profesional es inevitable soportar mucho estrés, ya que con frecuencia se siente limitado y no dispone de tiempo suficiente. En ocasiones, la colaboración del paciente es escasa o nula; la inespecificidad del cuadro clínico es frecuente y el origen multicausal de las enfermedades condiciona el diagnóstico, tan necesario para la premura terapéutica con que se debe actuar.

Ante estas limitaciones se deben aplicar modelos diagnósticos sencillos, apropiados para la toma de decisiones en esas circunstancias. Si se consideran los modelos sindrómicos en sus vertientes conductual y psicopatológica, se observa que cuando prima la urgencia asistencial, el profesional actúa a nivel conductual, mientras que, por el contrario, cuando es posible a partir de las condiciones del paciente, se afinará más a un nivel clínico y fenomenológico, para establecer un síndrome clínico, pensando, además, en que cada síndrome incluye desde las expresiones más claras del trastorno hasta aquellas manifestaciones más atípicas.

Los síndromes de alteración o perturbación conductual se basan en comportamientos/conductas objetivables fácilmente, que ofrecen dimensiones conductuales de agitación psicomotora, estupor, conductas suicidas, hostilidad, etc., lo que permite una decisión rápida, mientras que la otra alineación es psicopatológica, lo que constituye los síndromes clínicos de urgencia.

Entre los síndromes de perturbación conductual se encuentran los siguientes:

- Agitación psicomotora: se acompaña de un compromiso al nivel de la conciencia; se dificulta el control verbal del paciente y se presentan riesgos agresivos y cuadros de agresividad que pueden dañar a terceros. Es necesario descartar organicidad, si a su vez hay estrechamiento de la conciencia. Se puede presentar a partir de cualquier enfermedad psiquiátrica y de manera fundamental durante la evolución de cuadros de alcoholismo, manía, epilepsia, histeria y esquizofrenia.
- Estupor: fluctúa entre el enlentecimiento y la inmovilidad; en ocasiones se agregan otras manifestaciones, como estereotipias, flexibilidad cérea y un amplio espectro catatónico. Es importante distinguirlo del coma, de la depresión inhibida, de la histeria conversiva/disociativa y de las lesiones cerebrales.
- Intento/conducta suicida: se presenta durante la evolución de autolesiones, ideas/intentos, seudointentos y suicidios frustrados. Los pacientes

con ideas suicidas y/u homicidas son peligrosos para sí mismos y para los demás; se deben tomar en serio todas las actitudes, amenazas y pensamientos suicidas. Siempre hay que preguntarle al paciente por sus sentimientos autolíticos, los que pueden ser evidentes en diversas formas como la depresión, los trastornos de la personalidad, las situaciones de conflictos, la esquizofrenia, etcétera.

- Violencia y heteroagresividad: son de origen multicausal, biológico y social. Lo integran trastornos de personalidad sociopática y *bordeline*, epilepsias temporales, baja ingesta de tóxicos en la esquizofrenia, depresión psicótica no congruente, paranoia o celopatías, manías disfóricas, psicosis tóxicas u orgánicas, suicidios y suicidios ampliados, ambiente familiar de malos tratos, abusos, violaciones y marginalidad.

Luego de ser ubicado el síndrome al que pertenece el trastorno conductual, es necesario buscar alguna relación etiopatogénica posible, con la finalidad de facilitar las decisiones a tomar. Los casos de origen endógeno requieren, por lo general, hospitalización, tratamiento psicofarmacológico con dosis que pueden llegar a ser elevadas y algunas terapias especializadas y complejas. Cuando el origen es exógeno, ya sea por lesión física o funcional del sistema nervioso central, se administrarán los psicofármacos con menos frecuencia y en dosis bajas, por lo general es necesario el asesoramiento de otros especialistas. Las alteraciones de origen psicogenético o psicosocial, que suelen ser secundarias a conflictos personales y/o sociales, se benefician con pequeñas dosis de psicofármacos, pero por lo regular requieren tratamiento psicológico, en estos casos no siempre es necesaria la hospitalización.

Los síndromes más frecuentes son los siguientes:

- Síndrome esquizofrenimorfo: traducción de una esquizofrenia o de determinadas psicosis tóxicas por drogas, de enfermedades orgánicas y algunas psicosis epilépticas e histéricas.
- Síndrome paranoide: predominan las ideas de perjuicio, celos, conductas pleitistas, etc., de imitación de una paranoia, desarrollos paranoides, epilepsias, psicosis reactivas breves, etcétera.
- Síndrome depresivo: lo más frecuente es el ánimo triste, con ideas de culpa, ruina, minusvalía o riesgos suicidas. En dependencia del mayor o menor trasfondo biológico, incluye la depresión mayor endógena y las distimias.
- Síndrome maníaco: ánimo hipertímico, aceleración psicomotora, verborrea y actitudes expansivas megalomaníacas. Incluye las manías endógenas y otros trastornos, ya sean cerebrales, endocrinos e intoxicaciones por drogas.

- Síndrome alucinatorio: se pueden presentar alucinaciones de cualquier tipo, con o sin perturbación del nivel de conciencia, que originan delirios poco estructurados. Se presenta en los que consumen alcohol y drogas, así como en pacientes con epilepsia, histeria y psicosis.
- Síndrome obnubilatorio: alteración cuantitativa de la conciencia y disminución general de la actividad psíquica, en ocasiones gradual, con embotamiento, fallos mnésicos, afectividad atenuada y pensamiento incongruente. Se pueden desencadenar por fármacos depresores del sistema nervioso central, drogas, tóxicos y lesiones cerebrales.
- Cuadro clínico de *delirium*: también puede ser confusoonirismo difuso agudo (síndrome de reacción exógena aguda). Se manifiesta con alteración cualitativa de la conciencia, pérdida de la relación con el medio, falsas percepciones alucinatorias, con evolución fluctuante; agravamiento nocturno y riesgos físicos vitales. Se corresponde con procesos de abstinencia de alcohol o drogas, al efecto de todo tipo de noxa sobre el cerebro, como uremia, isquemia o toxemias de diversas causas.
- Síndrome crepuscular: es una alteración cualitativa especial de la conciencia, con estrechamiento de su campo, vivencias en función de un afecto exaltado que mueve la conducta; de interrupción brusca, sin pródromos, que puede evolucionar hasta un onirismo más o menos severo y termina también de manera brusca. Sus causas más comunes son la histeria y la epilepsia.
- Síndrome demencial: se caracteriza por la disminución intelectual, hasta afectar la funcionalidad sociofamiliar del paciente. Se presentan fallos mnésicos, de juicio y raciocinio, y del pensamiento abstracto, etc., que llevan a un deterioro de la personalidad. Existe una causa cerebral o también una seudodemencia depresiva (cuadro clínico de Ganser). Algunas pueden ser reversibles.
- Síndrome somatomorfo: se presentan molestias somáticas inespecíficas, difusas, sin que se objetive organicidad, con probable relación con factores emocionales. Los pacientes hipocondríacos y psicosomáticos están muy relacionados, pero se diferencian de los cuadros conversivos.
- Síndrome conversivo: presencia de síntomas somáticos, algias, parálisis, ceguera, afonía, etc., que pudieran remedar a enfermedad orgánica. Se postula un mecanismo psicológico, la disociación, en la patogénesis de los síntomas. La existencia de posible ganancia secundaria de enfermedad puede facilitar su aparición. Tiene un comienzo brusco; su prototipo es la histeria, pero se deben descartar la epilepsia y la esquizofrenia.
- Síndrome disociativo: predominan los síntomas de origen psíquico, en los que se postula el mecanismo disociativo descrito; alteraciones de

la conciencia, de la identidad y de la psicomotilidad, como el estupor psicógeno, amnesia, automatismos y fugas; despersonalización, personalidad múltiple, etc.; la histeria es el prototipo de este trastorno.

- Síndrome angustioso: se presenta la angustia patológica, circunscrita o difusa, de manera episódica o crónica. La angustia/ansiedad expectante, el apremio psicofísico y los componentes somáticos de la angustia constituyen el rasgo fundamental. El trastorno de ansiedad generalizada, las crisis de pánico, las alteraciones de la personalidad, las abstinencias y numerosos cuadros médicos son los trastornos generalmente desencadenantes; también en el caso de los componentes angustiosos de la depresión.
- Síndrome fóbico: se presenta como una angustia mórbida ante situaciones que no suponen un peligro verdadero. A partir de ahí se desencadenan las conductas de evitación, reconocidas por el propio sujeto como anormales y justificadas solo por la percepción del temor irracional que lo domina. Está presente en las diferentes fobias, se complica con crisis de angustia y depresión.
- Síndrome sociopático: predominio de conductas desadaptadas, con respuestas desproporcionadas a conflictos habituales cotidianos, en ausencia de psicosis o demencia. Comportamientos violentos poco planificados o instintivos; perversiones sexuales; simulaciones; mitomanías y piromanías. Los trastornos de personalidad sociopáticos y límites son los más frecuentes.
- Síndromes de impregnación y de abstinencia objetivables: las toxicomanías por drogas duras y blandas (alcohol, opiáceos, barbitúricos, etc.) constituyen el ejemplo característico de este cuadro.
- Síndrome de las crisis (o intercrisis) epilépticas: las más significativas son las crisis temporales de presentación brusca, en accesos, estereotipados y recurrentes, debido a descargas en el sistema nervioso central. Además de los posibles síntomas neurológicos motores, sensitivos, sensoriales, psíquicos, con o sin alteraciones de la conciencia.
- Otros síndromes: son innumerables los síndromes que se pueden presentar, con carácter patoplástico variado, con componentes psicológicos-personales, sociales, étnicos, económicos, que marcan una determinada atipicidad.

Exámenes complementarios

Para obtener una información adecuada se deben realizar algunos exámenes complementarios, que orientarán en cuanto a las consideraciones

diagnósticas realizadas. Entre estos se encuentran las pruebas hemáticas sistemáticas, los estudios de determinación de tóxicos en sangre y orina (alcoholemia, cocaína y opiáceos), la radiografía de tórax, el electrocardiograma, la prueba de embarazo (mujeres en edad fértil), los estudios tiroideos y de función hepática, y otras pruebas de laboratorio de interés, como los niveles séricos de litio (litemia) y fenitoína.

Valoración clínico-diagnóstica

La sala de urgencia no es el lugar apropiado para diagnosticar enfermedades. Con un diagnóstico sintomático o sindrómico, o una descripción razonada del cuadro clínico, se puede componer una idea aproximada y suficiente del problema psicopatológico urgente.

La urgencia es el lugar para aplicar diagnósticos multiaxiales, dado que las decisiones que se van a tomar no solo dependen del hallazgo psicopatológico (eje I), sino de los riesgos derivados de los otros ejes diagnósticos: dimensiones de personalidad (impulsividad y confiabilidad), riesgos somáticos asociados, estrés psicosocial en torno a la crisis y nivel de adaptación a los recursos sociofamilia res disponibles en su entorno.

Con estos elementos se valoran las decisiones a tomar, de manera que durante la confección de la historia clínica hay que buscar los datos que respondan a cada uno de estos ejes, por ejemplo, ante una psicosis de manejo ambulatorio difícil, no es importante precisar si es reactiva o no; si es bipolar, esquizofrénica o atípica, ya que independientemente de estos elementos, la conducta a tomar debe ser el ingreso, aplicar la terapéutica adecuada y adoptar medidas ante una posible agitación.

Chinchilla, en su *Manual de urgencias psiquiátricas* describe los pasos que se deben seguir en el abordaje del caso urgente:

- Problemas psíquicos (primarios o secundarios a trastornos somáticos):
  - Síntomas depresivos (por depresión o por otros motivos).
  - Síntomas de ansiedad, pánico o angustia (incluida angustia psicótica).
  - Alteraciones de conciencia cuantitativas-cualitativas, como sinónimo de trastorno mental orgánico.
- Problemas somáticos, aparentemente basados en causas psicológicas.
- Problemas interpersonales (quejas derivadas de la conducta del paciente o de otros):
  - Examen físico general y neurológico.
  - Entrevista psiquiátrica.
  - Examen mental.
  - Pruebas complementarias.

Sin embargo, es importante conocer si el paciente presenta, además, una bronquitis descompensada (ante lo cual se tendrá cuidado con el uso de los sedantes); si tiene antecedentes de crisis comiciales (por el cuidado con el uso de fármacos que disminuyen el umbral convulsivo); de igual modo, si el paciente procede de un ambiente social marginal (analizar la presencia de sustancias tóxicas en orina; prueba de embarazo, si es mujer, etc.).

Decisión. A veces, la toma de decisiones médicas se debe hacer con la aprobación del propio paciente; al otorgársele esta opción, se le brinda un sentimiento de dominio sobre su propia vida y una participación en las decisiones terapéuticas. Esta expectativa solo es posible para casos muy específicos, pues en otros, debido al grado de peligrosidad que presentan, la decisión es solamente médica y el ingreso puede llegar a transformarse en involuntario.

Ingreso. Generalmente, el ingreso está condicionado por factores que se relacionan con el médico, el paciente y su familia, el lugar, etc. El médico debe tener una formación mínima para la atención de la urgencia, en particular el interno y el residente; dominar las guías prácticas de diagnóstico y tratamiento, así como los conocimientos que lo orienten hacia la petición de exámenes complementarios; valorar si el paciente se presenta por decisión propia o si ha sido remitido por otros médicos y si presenta comorbilidad; debe saber evaluar si existe conciencia de enfermedad y si están presentes signos de organicidad o toxicidad; objetivar los riesgos presentes, ya sean de fuga, de excitabilidad o de suicidio, e identificar la presencia de efectos secundarios, de riesgos vitales en caso de *delirium tremens*, síndrome de Cotard, crisis comiciales, embriaguez patológica, etcétera.

De lo anterior se deduce que no es el pronóstico a largo plazo lo que determina un ingreso, sino la contención de lo que es incontenible fuera del hospital, por lo que un paciente con un primer brote esquizofrénico, sin conducta ni ideaciones de riesgo, puede ser dado de alta con más seguridad que un neurótico en situación de crisis; o que un paciente con una melancolía inhibida, sin ideación suicida estructurada y con buen soporte familiar, puede ser egresado y quizás haya que ingresar a un caso de distimia descompensada con un intento suicida.

Tratamiento

La mayoría de las veces, el plan terapéutico es psicofarmacológico, con posibilidades, en algunos casos, de aplicar determinados recursos psicoterapéuticos sencillos; en ocasiones hay que posponer el diagnóstico y aplicar acciones terapéuticas, que van desde la contención mecánica hasta la aplicación de psicofármacos, para evitar acciones hostiles con riesgo autoagresivo y heteroagresivo.

Hay que tener en cuenta que no en todos los casos se puede esperar que los pacientes colaboren, sobre todo los que presentan conductas autistas, paranoides extremadamente recelosos, catatónicos y aquellos con un cuadro clínico importante de agitación psicomotriz. Ante estas situaciones se deben establecer algunas consideraciones previas al tratamiento:

- Conocimientos clínicos, pronósticos y evolutivos.
- Diagnóstico de situación o psicopatológico preciso.
- Severidad y riesgo del cuadro clínico.
- Identificación de los objetivos terapéuticos.
- Valoración de la actitud del paciente y/o la familia y posibles resistencias o rechazos.
- Respetar la dignidad y los valores socioculturales o étnicos del paciente.
- Valorar los medios y posibilidades reales del terapeuta.
- Compatibilidad con la psicoterapia.
- Necesidad de psicofármacos.
- Consejos al paciente y su familia relacionados con el plan terapéutico y su cumplimiento.
- Informar los posibles efectos adversos de los psicofármacos.
- Empezar por el tratamiento más sencillo y seguro, sobre la base del diagnóstico; tratamiento adaptado a la situación del paciente y posibilidades de recursos en su entorno; agilizar y a veces improvisar en función de la urgencia y sus prioridades, y optimizar todas las técnicas terapéuticas tan pronto como sea posible.
- Valorar en el paciente su capacidad para comunicarse, grado de deterioro psicofísico, conciencia o no de enfermedad, estructura de personalidad, severidad del trastorno y necesidad de tratamiento urgente, capacidad para la tolerancia terapéutica, duración del cuadro clínico y sus repercusiones.

Resumen

La urgencia psiquiátrica consiste en toda situación o estado clínico que en un momento determinado genera una demanda de atención y resolución asistencial psiquiátrica inmediata.

El médico de urgencias debe realizar un diagnóstico inicial, identificar los factores precipitantes y las necesidades inmediatas, indicar el tratamiento o derivar el caso a un ámbito terapéutico más apropiado.

La presencia de pacientes crónicos en las áreas de salud también incrementa la demanda por urgencia.

En toda urgencia psiquiátrica hay que considerar las exploraciones psicopatológicas en busca de organicidad y la orientación clínico-diagnóstica eficiente para llegar al tratamiento terapéutico correspondiente.

Determinadas condiciones orgánicas, como la diabetes mellitus, enfermedades tiroideas, intoxicaciones agudas, estados de abstinencia, sida y traumatismos craneoencefálicos, se pueden presentar con cambios prominentes del estatus mental que imitan enfermedades psiquiátricas comunes.

Conceptualmente, la urgencia psiquiátrica se define como la situación en la que el trastorno del pensamiento, afecto y conducta es en tal grado disruptivo, que el propio paciente, la familia o la sociedad, consideran que requiere atención inmediata. Son expresión de una alteración psicológica aguda, que implica riesgo de daño personal o interpersonal y evidencia un comportamiento profundamente desorganizado.

La decisión a tomar se basa en la observación de la conducta y del contexto de la crisis desencadenante, debe ser producto del análisis cuidadoso de la situación. Desde el punto de vista metodológico se controlará la situación, se recopilarán datos del paciente entre los familiares u otras personas y se identificará el problema.

Entre los elementos correspondientes al riesgo suicida hay que valorar los intentos previos o suicidios "fantaseados", la presencia de ansiedad, la depresión o el agotamiento y la disponibilidad de medios de suicidio.

En el caso de los pacientes violentos, las razones pueden ser varias y la entrevista estará encaminada a investigar las causas subyacentes de tal conducta y los factores predictores.

Los que presentan excitación catatónica, depresión agitada, trastornos de la personalidad con tendencia iracunda y al descontrol de los impulsos, y los maníacos, son muy proclives a los actos de violencia.

El comienzo agudo, las alteraciones perceptivas, preferentemente visuales; síntomas neurológicos, como pérdida de conciencia y convulsiones; obnubilación, desorientación, alteraciones de la atención-concentración y algunas manifestaciones catatónicas, como negativismo, rigidez, flexibilidad cérea, posturas antigravitatorias, ecopraxia, ecolalia, mutismo y otros.

Tras la urgencia, es necesario planificar el seguimiento asistencial, ya sea ambulatorio, domiciliario, en hospital de día o en régimen de ingreso.

Se consideran indicadores de ingreso, la gravedad del cuadro, los riesgos vitales autoagresivos o heteroagresivos, la tendencia suicida, la necesidad de cuidados especializados, las dificultades para el tratamiento ambulatorio, los problemas diagnósticos y las mayores ventajas de la hospitalización en la aplicación de la terapéutica.

En la actualidad, el paciente que demanda atención de urgencia ha ido cambiando; se presentan personas más jóvenes, con problemas de personalidad, ansiedad y conductas neuróticas en general; desadaptaciones, consecuencias de toxicomanías, crisis, conductas suicidas y mayor

comorbilidad. En los adultos se originan más problemas depresivos, esquizofrenias y cuadros delirantes, agitaciones y agresividad. Con frecuencia, están presentes el alcoholismo y sus múltiples consecuencias. En la tercera edad predominan las depresiones, la intolerancia a los tratamientos, los problemas sociales y el abandono familiar.

Las herramientas básicas para evaluar una urgencia psiquiátrica son la exploración física, la entrevista psiquiátrica, el examen del estado mental y las pruebas complementarias.

Estrategias generales:

- Autoprotección: estar alerta ante los riesgos de violencia inmediata. Cuidar la seguridad de los alrededores físicos.
- Prevenir lesiones: evitar que los pacientes se dañen a sí mismos. Prevenir la violencia hacia otros.
- Establecer de manera inmediata un plan de tratamiento: medicación, tranquilización y evaluación médica.

Descartar trastornos orgánicos cerebrales: el alcoholismo y las toxicomanías por intoxicaciones agudas y síntomas de abstinencia son los más comunes. Las enfermedades endocrinas y las que afectan múltiples órganos, debido a sus cuadros clínicos confusos y cambiantes, son muy frecuentes. Los más comunes son el síndrome psicoorgánico, el síndrome amnésico, los trastornos orgánicos de la personalidad, algunas afecciones neurológicas, los accidentes vasculares, la epilepsia, la demencia y encefalopatías y la enfermedad de Parkinson.

Descartar psicosis inminentes: el estado de autismo, el nivel de afectividad, el funcionamiento intelectual y el alcance de la regresión, son otros parámetros importantes que se deben observar. Entre los síntomas más característicos se encuentran los delirios, las alucinaciones y la catatonía.

Aspecto y conducta del paciente: se tendrá en cuenta la apariencia física general: los signos prominentes de enfermedad y la indumentaria y conservación o no del aseo personal. Las actitudes en que se minimizan o se ocultan deliberadamente los síntomas son de particular interés cuando se sospecha el consumo de tóxicos (sobre todo en mujeres con alcoholismo oculto).

El especialista organizará su pensamiento de acuerdo con los principios de la metodología clínica médica: confección de la historia clínica, entrevista psiquiátrica y exámenes mental y físico; en este último debe incluir los cinco parámetros fundamentales: tensión arterial, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria y nivel de conciencia.

Los síndromes más frecuentes son: esquizofrenimorfo, paranoide, depresivo, maníaco, alucinatorio, cerebral orgánico agudo (obnubilatorio, *delirium* y crepuscular), demencial, somatomorfo, conversivo, disociativo, angustioso, fóbico, sociopático, de impregnación y abstinencia objetivables y síndrome de las crisis (o intercrisis) epilépticas.

Exámenes complementarios: pruebas hemáticas, estudios de determinación de tóxicos en sangre y orina (alcoholemia, cocaína y opiáceos), radiografía de tórax, electrocardiograma, prueba de embarazo (mujeres en edad fértil), estudio tiroideo, de función hepática y otras pruebas de laboratorio de interés, como los niveles séricos de litio (litemia) y fenitoína.

Valoración clínico-diagnóstica: la urgencia es el lugar para aplicar diagnósticos multiaxiales, dado que las decisiones no solo dependen del hallazgo psicopatológico (eje I), sino de los riesgos derivados de los otros ejes diagnósticos: dimensiones de personalidad (impulsividad, confiabilidad), riesgos somáticos asociados, estrés psicosocial en torno a la crisis y nivel de adaptación a los recursos sociofamiliares.

Decisión: la toma de decisiones médicas debe hacerse con la aprobación del propio paciente, aunque solo es posible para casos muy específicos.

Ingreso: está condicionado por factores relacionados con el médico, paciente y/o familia.

Tratamiento: el plan terapéutico es psicofarmacológico; las acciones terapéuticas van desde la contención mecánica hasta la aplicación de psicofármacos; empezar por el tratamiento más sencillo y seguro sobre la base del diagnóstico; valorar en el paciente su capacidad para comunicarse; grado de deterioro psicofísico; conciencia o no de enfermedad; estructura de personalidad; severidad del trastorno y necesidad de tratamiento urgente.

SÍNDROME ALUCINATORIO

Las manifestaciones alucinatorias pueden constituir una parte de los síntomas principales con que acuden los pacientes a las unidades de urgencia psiquiátrica; estas quejas pueden ser espontáneas (del propio paciente) o impuestas por quienes le acompañan.

En esas condiciones pueden llegar ancianos, con síntomas incipientes de demencia; adolescentes intoxicados con estimulantes y adultos en pleno *delirium* o en crisis histéricas.

Durante la anamnesis se puede observar que el paciente no se queja directamente de las alucinaciones (no alude, ni pregunta al respecto), ni pone en duda su situación, porque no tiene conciencia de la enfermedad; por otro lado se puede asociar a expresiones de perplejidad y falta de referentes conceptuales para expresar o entender el fenómeno psicopatológico; o por el contrario, puede estar angustiado si estas manifestaciones se asocian con el humor delirante, que en ocasiones, sobre todo si ocurre durante el primer brote psicótico, no encontrará términos específicos para definirla, o empleará vocablos como depresión o ansiedad.

La actitud del paciente puede ser congruente con el fenómeno alucinatorio, por lo que puede estar hipervigilante y tener actitudes de huida, de defensa, de obediencia, de búsqueda de emisores o receptores, como cámaras de televisión, micrófonos, chips, etc. Puede entablar soliloquios o musitaciones, risas o actos de furia cortante e inapropiada. En esta primera etapa intentará aliviarse con la colocación de tapones en los oídos, o auriculares con música a gran volumen.

En otros casos, es posible que el paciente oculte los síntomas y se queje solo de molestias ansiosas; no obstante, acabará rompiendo el silencio, hasta calificar lo que le ocurre como alucinaciones y trasmitirá su temor a volverse loco o a no poder controlarse ante las órdenes que recibe.

Cuando el paciente refiere sus alteraciones con aparatosidad, sin congruencia con el resto de las funciones psíquicas; destaca la concepción popular del fenómeno alucinatorio (de ver u oír cosas), preserva la crítica o la exagera, sin que estén presentes otros componentes perceptivos y característicamente esquizofreniformes, del que emergen las percepciones delirantes, sin alteraciones cualitativas de la conciencia, cuyas conductas se adaptan al contexto social y son comprensibles con un acontecimiento

estresante reciente, con sugestionabilidad y búsqueda de contacto psicológico con el entrevistador, se sospechará un hiperdramatismo involuntario (histeria) o voluntario (simulación).

Conceptualmente, las alucinaciones son percepciones sensoriales falsas, que ocurren en ausencia de cualquier estímulo exterior. Se relacionan con modalidades sensoriales específicas (auditivas, visuales, táctiles, olfatorias y gustativas) que le permiten ser claramente identificables.

La duración, las circunstancias y la interpretación del significado de las alucinaciones son muy importantes. Es necesario identificar si la persona ha tenido experiencias alucinatorias pasadas y cómo son las interpretaciones delirantes que establece a partir de estas.

Las alucinaciones son síntomas psicóticos y ante su presencia se debe elaborar un diagnóstico, al menos presuntivo. Las auditivas son las más comunes y se presentan en diversos trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, manía, depresión con síntomas psicóticos, psicosis reactiva breve y psicosis inducida.

Las visuales, olfatorias y gustativas orientan más hacia los trastornos orgánicos, por ejemplo, en la epilepsia temporal; las alucinaciones táctiles de parásitos arrastrándose sobre o bajo la piel, sensaciones eróticas en genitales, son comunes en las intoxicaciones por cocaína y anfetaminas, al igual que en la abstinencia de alcohol y sedantes.

Algunos medicamentos pueden provocar alucinaciones por efecto secundario, como ocurre con los fármacos antiparkinsonianos. Las alucinaciones que se presentan solo cuando la persona se está durmiendo (hipnagógicas) o al despertar (hipnopómpicas), no se consideran patológicas. En circunstancias excepcionales y en algunas culturas, determinadas alucinaciones son normales, por ejemplo, al escuchar la voz o ver la imagen de un ser querido fallecido, en el periodo de duelo; de alguna forma la persona reconoce que estas alteraciones no son reales.

En la evaluación y el manejo, el médico de urgencia debe controlar los signos vitales del paciente y realizar estudios toxicológicos en orina, que orientarán hacia una posible causa orgánica. Es importante conocer los medicamentos que consume habitualmente, ya sean por prescripción médica o sustancias de abuso, que pueden originar dichos síntomas por intoxicación y por abstinencia.

Se descartará la posibilidad de otras afecciones, entre estas los trastornos tiroideos, las epilepsias y las infecciones del sistema nervioso central.

Mediante las entrevistas personal y familiar se explorará la presencia de trastornos psiquiátricos previos, que hayan evolucionado con alucinaciones, y se investigará si en el presente son similares o si han aumentado en

intensidad y frecuencia, y si mueven la conducta del paciente al responder con actos peligrosos que ponen en riesgo la vida.

De acuerdo con Chinchilla, las cuestiones para dirigir el examen mental del síndrome alucinatorio son las siguientes:

- ¿Cómo es el nivel y la cualidad de la conciencia?
- ¿Existen causas orgánicas, identificables de inmediato?
- ¿Es una percepción o la interpretación de una percepción?
- ¿Está presente el objeto percibido en el momento de producirse la experiencia perceptiva?
- ¿Qué cualidades formales tiene el fenómeno perceptivo?
- ¿Es una experiencia aislada o se acompaña de elementos sintomáticos y de vivencias características?
- ¿Qué alteración perceptiva predomina?
- ¿En qué modalidad sensorial se produce la alucinación?
- ¿Está preservado el juicio de realidad?
- ¿Qué implicaciones afectivas tienen: tema, humor de fondo, repercusión emocional?

Hay que tener en cuenta que en un servicio de urgencias es mucho mayor el perjuicio de pasar por alto un síndrome orgánico cerebral, que el propio proceso psiquiátrico en sí. Como principio general, un cuadro clínico con disminución del nivel de conciencia es un trastorno psicoorgánico, mientras no se demuestre lo contrario, y se debe evaluar de manera pormenorizada antes de considerarse como un caso psiquiátrico, aunque se conoce que en la práctica diaria los pacientes pueden comenzar con una catatonía, o llegar intoxicados por drogas de abuso, e incluso, ancianos con psicosis crónicas, coincidir con una encefalopatía hepática.

En los estados crepusculares el nivel de conciencia es casi normal; solo hay un estrechamiento en el campo de atención, con focalización en una idea fija, mientras que el medio es percibido como irreal, de límites desdibujados y lejanos (onirismo) y las conductas tendientes al automatismo perseverativo, condicionado a la ideación fija; puede existir amnesia del episodio (por la disminución de la atención).

Causas orgánicas identificables

Entre las psicosis agudas de base orgánica que evolucionan con confusión, el *delirium tremens* es el más común; puede presentar diversas alucinaciones, aunque habitualmente son visuales simples (manchas coloreadas móviles), que producto de la alteración de la conciencia se pueden tornar en ilusiones

y alucinaciones de "bichos" (zoopsias) (alucinaciones microzoópsicas). También puede haber escenografías visuales complejas, que mueven la conducta de acuerdo con las imágenes visuales, con actos de defensa, huida y pánico. A veces se observan conductas automáticas complejas que ejecutan la escena onírica percibida o representan las actividades habituales del paciente (delirio ocupacional) con gesticulaciones de barrer, manejar, escribir, etcétera.

Las intoxicaciones por drogas de abuso se manifiestan de diferentes maneras; con el *cannabis* (marihuana) se presentan sinestesias sensoriales visuogustativas y visuotáctiles (se produce la activación de una modalidad por la estimulación de otra). Con otros estimulantes (cocaína y alucinógenos anfetamínicos) se produce un proceso en progresión, que se inicia con una hipervigilancia precoz y posteriormente con ilusiones, hasta las alucinaciones paranoides, con delirios de persecución, perjuicio y agresión. En otros casos, tras el consumo de cocaína se producen alucinaciones táctiles subcutáneas, como si pequeños bichos se desplazaran bajo la piel. Los alucinógenos provocan alucinaciones visuales y cenestésicas simples o complejas, de colores y movimientos caleidoscópicos.

En las epilepsias se presentan diversas expresiones que objetivan las crisis epilépticas reales. En el momento de la crisis pueden aparecer intensas vivencias alucinatorias visuales y somáticas; olfativas y gustativas; estados crepusculares, crisis psicomotrices, etc. Entre las crisis o independientes de estas pueden mostrar estados delirantes y alucinatorios, a veces con síntomas esquizofreniformes.

En los casos de demencias, incluso sin descompensación confusional, los pacientes pueden tener alucinaciones olfatorias (parosmias, disosmias y cacosmias); alucinaciones visuales, de inicio sin crítica, ni repercusión afectiva ni conductual; en los casos de alucinosis por arterioesclerosis cerebral y enfermedades con lesiones neurológicas focales pueden tener escuchas de ruidos y música, y crítica parcial ante las alucinaciones visuales.

En la figura 2.1 se representa la orientación diagnóstica de las alteraciones perceptivas de causa médico-orgánica.

En las enfermedades somáticas locales se presentan alucinaciones elementales; si se trata de lesiones neurológicas focales, alucinaciones sensoriales en correspondencia con el área dañada: olfativas (tumores orbitofrontales y temporales), visuales (corteza visual) y auditivas (lesiones cocleares); el fenómeno de desaferentización sensorial, como es el "fenómeno del miembro fantasma" en los sujetos amputados; las alucinaciones visuales en personas con déficit visual o con deprivación sensorial (en ancianos recién operados de catarata) y las alucinaciones auditivas en personas con hipoacusia.



Fig. 2.1. Orientación diagnóstica de las alteraciones perceptivas de causa médico-orgánica.
Fuente: Chinchilla, A. *Manual de urgencias psiquiátricas*. Edit. Masson S.A. 2004.

Las alucinaciones (percepciones sensoriales) adquieren un significado anormal cuando se estructuran los delirios. La percepción delirante, síntoma de primer rango diagnóstico de la esquizofrenia, es un juicio patológicamente construido, desde la percepción en sí misma correcta. A partir de esta se debe valorar que:

- Se presentan formaciones delirantes sin alucinaciones (trastorno delirante crónico, psicosis esquizoafectivas y en determinadas esquizofrenias paranoides crónicas).
- Hay vivencias alucinatorias de diversas causas, sin formación de delirios (alucinosis orgánicas).
- Presentación conjunta de alucinaciones y de delirios (en la esquizofrenia y las psicosis afectivas).

El psiquiatra de urgencias debe identificar las cualidades que caracterizan a las alucinaciones para asociarlas con un trastorno psiquiátrico en particular:

- Ningún síndrome psiquiátrico tiene un síntoma sensoperceptivo (alucinaciones) patognomónico.
- Ningún tema (ruina, celos, persecución) es necesariamente psicótico y no hay temas patognomónicos.
- Una alteración sensoperceptiva aislada (sin correlato afectivo, ni cognitivo, ni conductual) no constituye nunca un síndrome psiquiátrico, pero sí puede ser la señal de un síndrome orgánico.
- Aunque el diagnóstico formal en psiquiatría exige la suma de suficientes criterios semiológicos (signos y síntomas), en el diagnóstico clínico la suma de síntomas es necesaria, pero no suficiente: solo es el reflejo de una alteración que el paciente tiene de la vivencia hacia sí mismo y al mundo.

Alucinaciones auditivas

Son las más frecuentes y características de la esquizofrenia; pueden ser ruidos simples, ulteriormente interpretados de modo delirante, o voces en primera persona (autoescucha y eco del pensamiento); en segunda persona (voces que insultan, animan, ordenan o inculcan ideas) y en tercera persona (una o varias voces que acompañan y comentan los actos o pensamientos).

Puede haber transiciones fluidas con el fenómeno de control del pensamiento (inserción, lectura, robo, difusión o interceptación), a partir de lo cual puede tener la sensación de que en realidad no percibe sonidos por el oído, sino que los siente en el cerebro, en la cabeza o a través de su cuerpo. Estas manifestaciones se interpretan como seudoalucinaciones.

Alucinaciones visuales

Pueden ser simples o complejas; las primeras, en forma de luces, colores, etc., se evidencian en enfermedades oftalmológicas y neurológicas; en la esquizofrenia no son frecuentes y, cuando se presentan, no son intensas ni claramente configuradas. Las alucinaciones complejas pueden ser incluso escenográficas y obligan a descartar la presencia de elementos de organicidad; se presentan en estados confusionales de cualquier causa, así como en la arterioesclerosis cerebral, las deprivaciones sensoriales y las crisis epilépticas.

Alucinaciones olfativas y gustativas

Se pueden presentar en casos de tumores, durante el aura de algunas crisis epilépticas y en algunas demencias incipientes. También se manifiestan en el comienzo de una esquizofrenia, con alucinaciones y percepciones delirantes autorreferenciales de temática olfativa e igualmente cuando están presentes delirios de envenenamiento, en los que la percepción real de un olor sospechoso se interpreta de manera delirante; así mismo, son evidentes cuando la referencia del olor surge del cuerpo o de sus partes específicas; en el caso del delirio nihilista de Cotard, el paciente percibe el olor a podrido, hasta el extremo de interpretarlo como el olor de un cadáver en descomposición, propio o ajeno.

Alucinaciones táctiles

Se refieren a sensaciones cutáneas: el paciente experimenta la sensación de que lo agarran, lo sujetan, lo soplan, lo queman, lo pinchan, lo atraviesan, le hacen cosquillas, lo estrangulan, etc., con o sin sensaciones de dolor. Pueden ser alucinaciones térmicas (sensación de calentado o enfriado)

y alucinaciones hídricas (sensación de ser humedecido). La alucinosis táctil aguda se observa en adictos a cocaína (síndrome de Mangan); la alucinosis táctil crónica sobre o bajo la piel (delirio dermatozoico) se caracteriza por sensaciones de hormigueo en el interior del cuerpo, intestino y genitales.

Alucinaciones cenestésicas de un fenómeno

Son variadas y muestran diferencias con respecto a las alucinaciones táctiles. Las sensaciones se perciben como estar desecado, petrificado, reducido de tamaño, ahuecado y vaciado; sentirse por dentro de cristal, madera o metal; o que el cuerpo está inundado por rayos o sometido a torsiones, estiramientos y desgarros. Pueden afectar los órganos genitales (extracción de esperma, estimulaciones eléctricas y vivencias alucinatorias de coito). También se pueden presentar como vivencias de deformación corporal: el cuerpo se desfigura, crece, se engrosa, se vuelve más pesado o ligero; determinadas partes cambian de tamaño y de forma. Estos trastornos son frecuentes en las esquizofrenias no paranoides; en las catatónicas (de modo intenso); en las residuales, defectuales y de inicio insidioso (modo atenuado y fugaz).

En los esquizofrénicos estas alucinaciones se relacionan con su bagaje cultural y suelen ser interpretadas por la influencia de espíritus, fuerzas telúricas y extraterrestres, dioses, hipnosis, radiaciones, chips, embrujos y mal de ojo.

El juicio de la realidad respecto a un fenómeno perceptivo se mueve en relación con las circunstancias del sujeto, de tal modo que en plena crisis epiléptica, evolución de una alucinosis o esplendor de un *delirium*, está convencido de la realidad de la alucinación, la que se desmoronará en cuanto se recupere el nivel de conciencia o disminuya la ansiedad inicial.

En la esquizofrenia es tan importante la persistencia de la convicción de la realidad de lo percibido, como la alteración persistente del modo de vivenciarse a sí mismo y al mundo, que esto desencadena. Se rompe el modo anterior de existir, surgen nuevas significaciones y resonancias afectivas que la vivencia alucinatoria o seudoalucinatoria aporta.

No existe un tema patognomónico, sin embargo, determinadas narrativas culturales y personales se ajustan más a un tipo de experiencia alucinatoria que a otras, lo que en alguna medida es válido como pista diagnóstica. Existen determinadas temáticas que se ajustan más que otras a las vivencias esquizofrénicas primarias, por ejemplo, la vivencia del control ejercido por entes externos poderosos, fuerzas sobrenaturales, religiosas o extraterrestres.

De acuerdo con Chinchilla, en su *Manual de urgencias psiquiátricas* él plantea que la orientación diagnóstica, según la modalidad sensorial de la alucinación, se lleva a cabo de la manera siguiente:

- Acústica:
  - Esquizofrenia (seudoalucinaciones): frecuentes y características.
  - Otras manifestaciones esquizofreniformes (psicosis afectivas atípicas).
  - Psicosis afectivas: infrecuentes, suelen ser congruentes con el humor.
  - Alucinosis alcohólica: insultantes, con juicio de realidad preservado.
  - Alucinosis por desaferentización, tumores y demencias incipientes.
- Visuales:
  - Con nivel de conciencia disminuido: síndrome confusional por *delirium*, intoxicaciones, etcétera.
  - Con estrechamiento del campo de conciencia: estados crepusculares (trastornos disociativos neuróticos y estados disociativos epilépticos).
  - Alucinosis por desaferentización: lesiones oftalmológicas y neurológicas focales, deprivación sensorial.
  - Demencias (conciencia normal): arterioesclerosis cerebral.
  - Efectos secundarios de fármacos.
- Olfativas y gustativas:
  - Trastorno médico-orgánico: epilepsias, demencias, lesiones neurológicas focales, lesiones de órganos gustativos y olfatorios.
  - Depresiones endógenas graves.
  - Esquizofrenia.
- Somáticas:
  - Táctiles: alucinosis táctiles agudas (cocaína y otros tóxicos); alucinosis táctiles crónicas (tóxicos); alucinaciones e interpretaciones delirantes (trastorno delirante crónico de tipo somático); alucinaciones con disgregación del yo corporal y cenestopatías (esquizofrenia).
  - Cenestésicas: esquizofrenia, epilepsia, lesiones neurológicas difusas y *delirium*.

También se pueden experimentar como persecuciones policiales, sin motivos claros; fuerzas naturales, susceptibles de ser ligadas a componentes mágicos, como la radioactividad, ondas electromagnéticas, hallazgos médicos, etcétera.

La vivencia de rotura de estos límites se expresa mediante preocupaciones hipocondríacas, sexuales y dismorfofóbicas; replanteamientos de normas morales y sociales, y convicción de tener dones especiales premonitorios. El humor de fondo en el contexto delirante puede tener una expresividad emocional de tonalidad ansiosa-angustiada, maníaca o depresiva, de perplejidad o de pasividad.

En las crisis histéricas psicóticas el humor de fondo suele ser eutímico, aunque no son raras las máscaras histérico-disociativas; la expresión emocional oscila entre la llamativa indiferencia y los momentos de angustia extrema ante las alucinaciones. El sujeto mantiene una búsqueda de contacto afectivo con el entrevistador y en sus temáticas se reflejan conflictos sexuales, problemáticas relacionales, parentales y conyugales, con proyección e intencionalidad agresiva y abuso en los medios familiar y social.

En los fenómenos alucinatorios orgánicos el paciente podrá tener un humor eutímico, a la vez que la expresividad emocional se disparará durante la crisis, sin embargo, no pretenderá darle conexión a lo que le ocurre componiendo un delirio; en las alucinaciones no hay un tema específico típico y la exacerbación de la angustia se circunscribe al momento alucinatorio.

En relación con lo anterior y a manera de ejemplos, el paciente con *delirium tremens*, si se trata de un campesino, tendrá vivencias de escenas del campo, mientras que el sujeto de la ciudad verá insectos confundidos entre luces de colores, escenas orgiásticas o actos de violencia. A su vez, en la alucinosis alcohólica en que el tema de las alucinaciones auditivas es insultante y amenazador, el varón con incertidumbres acerca de su virilidad oirá insultos de tema sexual, sobre todo relacionados con su masculinidad "homosexual"; en otros casos se cuestionará su capacidad de trabajo y el tema alucinatorio podrá culparlo por vagancia.

Resumen

Las manifestaciones alucinatorias pueden constituir una parte de los síntomas principales con que acuden los pacientes a las unidades de urgencia psiquiátrica. Los ancianos, con síntomas incipientes de demencia; adolescentes intoxicados con estimulantes y adultos en pleno *delirium* o en crisis histéricas.

El paciente no se queja directamente de las alucinaciones, ni pone en duda su situación porque no tiene conciencia de la enfermedad; se puede asociar a expresiones de perplejidad y falta de referentes conceptuales para expresar o entender el fenómeno psicopatológico; puede estar angustiado si estas manifestaciones se asocian al humor delirante.

La actitud del paciente puede ser congruente con el fenómeno alucinatorio; es posible que oculte los síntomas y se queje solo de molestias ansiosas.

Conceptualmente, las alucinaciones son percepciones sensoriales falsas, que ocurren en ausencia de cualquier estímulo exterior. Se relacionan con modalidades sensoriales específicas (auditivas, visuales, táctiles, olfatorias y gustativas). Son síntomas psicóticos y ante su presencia se debe elaborar un diagnóstico, al menos presuntivo. Las auditivas son las más comunes

y se presentan en diversos trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia, trastornos esquizofreniforme y esquizoafectivo, manía, depresión con síntomas psicóticos, psicosis reactiva breve y psicosis inducida. Las visuales, olfatorias y gustativas orientan más hacia los trastornos orgánicos.

Algunos medicamentos pueden provocar alucinaciones por sus efectos secundarios.

En la evaluación y el manejo, el médico de urgencia debe controlar los signos vitales del paciente y realizar estudios toxicológicos en orina, que orientarán hacia una posible causa orgánica.

Se descartará la posibilidad de afecciones médicas, entre estas las neurológicas, como trastornos tiroideos, epilepsias e infecciones del sistema nervioso central.

Causas orgánicas identificables: entre las psicosis agudas de base orgánica que evolucionan con confusión, el *delirium tremens* es el más común; puede presentar diversas alucinaciones, visuales simples (alucinaciones microzoópsicas); escenografías visuales complejas, conductas automáticas complejas.

En las intoxicaciones por drogas: *cannabis* (marihuana) se presentan sinestesias sensoriales visuogustativas y visuotáctiles; con otros estimulantes (cocaína y alucinógenos anfetamínicos).

En las epilepsias se manifiesta en diversas expresiones; en la crisis se pueden presentar intensas vivencias alucinatorias visuales y somáticas; olfativas y gustativas, estados crepusculares, crisis psicomotrices, etcétera.

En los casos de demencias, los pacientes pueden tener alucinaciones olfatorias.

En las enfermedades somáticas locales se presentan alucinaciones elementales; si se trata de lesiones neurológicas focales, alucinaciones sensoriales de acuerdo con el área dañada.

Presentación conjunta de alucinaciones y delirios (en la esquizofrenia y las psicosis afectivas).

Ningún síndrome psiquiátrico tiene un síntoma sensoperceptivo (alucinaciones) patognomónico. Ningún tema (ruina, celos, persecución, etc.) es necesariamente psicótico y no hay temas patognomónicos.

Las alucinaciones auditivas son las más frecuentes y características de la esquizofrenia: voces en primera, segunda y tercera personas. Las alucinaciones visuales pueden ser simples o complejas.

Las alucinaciones olfativas y gustativas se pueden presentar en casos de tumores, durante el aura de algunas crisis epilépticas y en el delirio nihilista de Cotard.

Las alucinaciones táctiles se refieren a sensaciones cutáneas: el paciente experimenta sensaciones de que le agarran, le sujetan, le soplan, le queman, le pinchan, le atraviesan, le hacen cosquillas, le estrangulan, etcétera.

Las alucinaciones cenestésicas son variadas y muestran diferencias con respecto a las alucinaciones táctiles. Las sensaciones se perciben como estar desecado, petrificado, reducido de tamaño, ahuecado, vaciado; sentirse por dentro de cristal, madera o metal, o que el cuerpo está inundado por rayos o sometido a torsiones, estiramientos y desgarros.

El juicio de la realidad con respecto a un fenómeno perceptivo se mueve en relación con las circunstancias del sujeto.

En las crisis histéricas psicóticas el humor de fondo suele ser eutímico, aunque no son raras las máscaras histérico-disociativas.

En los fenómenos alucinatorios orgánicos el paciente podrá tener un humor eutímico.

En las alucinaciones no hay un tema específico típico y la exacerbación de la angustia se circunscribe al momento alucinatorio.

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

La agitación psicomotriz se caracteriza por un estado de excitación mental, con aumento de la actividad motriz, que suele, en muchos casos, preceder la violencia y se puede presentar en una gran variedad de trastornos psíquicos. Este episodio es probablemente el más clásico de la urgencia psiquiátrica, ya que requiere de asistencia inmediata.

Es de vital importancia la orientación diagnóstica acerca de la causa del cuadro, se debe descartar como elemento prioritario la posibilidad de organicidad, fenómeno muy frecuente como causa de los cuadros de agitación.

Es importante tener una orientación diagnóstica acerca de los factores etiológicos que la desencadenan, por lo que se distinguen las agitaciones orgánicas y las agitaciones psiquiátricas, cuyas características semiológicas deben ser destacadas.

Agitación psiquiátrica. Se caracteriza por una psicopatología propia de alguna enfermedad psiquiátrica. La conciencia está clara y generalmente no hay desorientación temporoespacial. Pueden existir alucinaciones auditivas (raramente visuales), ideación delirante de daño (esquizofrenia o trastornos delirantes) o megalomaníaca (manía), alteraciones de la afectividad (disforia o euforia), hostilidad o agresividad. El discurso se hace en un tono elevado, en ocasiones vociferante, verborreico, disgregado y en la crisis maníaca con la clásica fuga de ideas.

Causas:

- Agitación psicótica: esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, crisis maníaca y depresiva (depresión agitada) y trastorno por ideas delirantes persistentes.
- Agitación no psicótica: reacciones de estrés agudo, trastornos de personalidad (histriónico, límite y paranoide) y explosivo intermitente, crisis de angustia y conversiva, y alteración de la conducta en el retraso mental o la demencia.

Es importante precisar las características del paciente violento, el cual se identifica por su agresividad, hostilidad con tendencia manifiesta a la destrucción, que puede mostrarse con autoagresividad o heteroagresividad. Habitualmente se pueden conocer algunos elementos como signos de violencia inminente, por ejemplo, la forma de hablar con un tono

amenazador y grosero; la elevada tensión muscular reflejada en la cara, los brazos y los puños cerrados; deambulación continua, golpear puertas o repiquetear en los muebles y, por supuesto, la historia anterior de otros cuadros de violencia.

Agitación orgánica. Se caracteriza por alteraciones de la conciencia, desorientación temporoespacial, confusión mental, discurso incoherente y dificultad para la marcha. Hay que sospechar organicidad cuando se presente agitación aguda o subaguda en una persona sin antecedentes psiquiátricos. El paciente se muestra inquieto, sudoroso, demanda por sus pertenencias, exige que se le deje marchar y vocifera pidiendo ayuda.

Tiende a la fluctuación (este es un signo frecuente en las agitaciones orgánicas), por lo que el paciente puede pasar de una actitud adecuada, orientado y colaborador, a un estado de agitación con obnubilación de la conciencia, sobre todo en el anochecer. Además, puede tener alucinaciones visuales (signo bastante específico de organicidad), delirio y actividad ocupacional; ideas delirantes de daño y, con escasa frecuencia, ideas megalomaníacas. Generalmente, detrás de la agitación hay una amnesia completa del evento. Al examen físico puede presentar fiebre, taquicardia, taquipnea, sudación, temblor, ataxia y algún signo neurológico.

En los exámenes complementarios se pueden evidenciar alteraciones metabólicas; en caso de procesos intracraneales se presentan alteraciones en las neuroimágenes, y alteraciones en el líquido cefalorraquídeo si se trata de infecciones del sistema nervioso central.

Causas:

- Síntomas de intoxicación: alcohol, estimulantes, *cannabis*, antidepresivos, neurolépticos, benzodiacepinas y anticolinérgicos.
- *Delirium* o cuadro clínico confusional agudo: infecciones sistémicas o del SNC, fiebre, insuficiencias respiratoria, cardíaca, hepática y renal; traumatismos craneoencefálicos y politraumatismos, estados posoperatorios, alteraciones metabólicas, ictus isquémicos o hemorrágicos, tumores intracraneales, tratamientos con levodopa, digital, corticoides, cimetidina, ranitidina, anticolinérgicos, atropina, antihistamínicos, antiepilépticos, benzodiacepinas y neurolépticos sedantes (tioridacina, clorpromacina y levomepromacina).
- Síndromes de abstinencia: alcohol (*delirium tremens*), benzodiacepinas y opiáceos.
- Agitación mixta: se trata de pacientes psiquiátricos que presentan un componente de organicidad, generalmente intoxicaciones etílicas y/o por otros tóxicos.

Conducta terapéutica

El tratamiento del síndrome de agitación se debe enfocar en tres aspectos (verbal, mecánico y farmacológico).

Contención verbal. La contención verbal es el primer paso del proceso terapéutico; es útil para recoger información, observar la lucidez de conciencia, el grado de comprensión, el discurso, la presencia de alucinaciones o delirios y si existen signos de intoxicación.

Desde el punto de vista práctico, se procurará calmar al paciente y establecer algún diálogo con él; no enfrentársele y hacerle saber que se escucharán sus quejas y preocupaciones; tranquilizarlo, trasmitirle seguridad y que se encuentra en un lugar seguro. Hay que permanecer sereno y, si el diálogo no resulta, se debe aislar y evitarle una excesiva estimulación por parte del personal y de otros pacientes.

Antes de iniciar la entrevista hay que recabar la mayor información posible, ya sea con los familiares o quien lo haya traído (policía, personal de emergencia, etc.)

Si la excitación persiste y el enfermo está a punto de perder el control, hay que hacerle saber que existe un personal preparado que le ayudará a mantener dicho control. Se debe tratar de disminuir los miedos irracionales para calmar el pánico, la ansiedad y la agitación.

Los miembros del personal se deben proteger y evitar aquellas situaciones que puedan desencadenar un ataque, donde algún miembro del equipo resulte agredido. Es necesario contar con un personal suficiente para sujetar al paciente, si es preciso.

La sujeción mecánica se realizará en caso de que la violencia sea inminente, para ello se debe contar con un personal entrenado. Los miembros del personal deben mantener una actitud consciente respecto al plan terapéutico y le trasmitirán al paciente mensajes claros acerca de las conductas que no se le tolerarán. Es muy importante no dejar al paciente solo (bajo ningún concepto).

Cuando el paciente amenaza con abandonar el hospital, en contra del consejo médico, hay que decidir si está capacitado para esa opción o si el abandono del centro supone un riesgo vital para él. Es indispensable escribir en la historia clínica este suceso.

Contención mecánica. Es un procedimiento que consiste en restringir los movimientos del paciente, con la finalidad de disminuir los riesgos de agresividad hacia sí mismo y hacia los demás; impedir que interfiera con otras medidas terapéuticas, como el uso de sondas, venoclisis, etc., sobre todo los pacientes orgánicos, y evitar la fuga, en particular aquellos con afecciones psiquiátricas, ingresados involuntariamente.

Este proceso requiere de correas; se deben evitar las vendas y las sábanas, y se llevará a cabo en una habitación aislada de otros pacientes. Se deben sujetar entre dos puntos (brazo y pierna contralaterales) o cinco puntos, en aquellos que presentan una agitación intensa (cuatro extremidades y cintura). El cuerpo debe quedar de tal forma que no se golpee; se comprobará que no tenga a su alcance objetos peligrosos; se deben vigilar la temperatura del lugar y su hidratación.

Un paciente contenido implica siempre una vigilancia extrema; de no tener la presencia permanente de una persona, debe ser controlado, al menos, cada 15 min, sobre todo si se encuentra bajo acción medicamentosa o cuando se trata de una excitación orgánica. Es necesario mantener un control riguroso de las constantes vitales (tensión arterial, temperatura, pulso y frecuencia respiratoria); se mantendrá el control de los exámenes complementarios (hemograma, glicemia, urea, creatinina, electrólitos, etc.), el electrocardiograma (ECG) y el examen físico.

Contención farmacológica. El tratamiento farmacológico se indica en la mayoría de los casos, tanto en pacientes psiquiátricos como en orgánicos; en general, cualquier paciente que requiera contención mecánica, por el grado de agitación que presenta, es susceptible de tratamiento farmacológico.

En los pacientes con agitación orgánica, lo más recomendable son los neurolépticos, ya sea por vía oral o intramuscular. De primera elección son los de elevada potencia, como el haloperidol; entre sus inconvenientes se reportan los síntomas extrapiramidales y la posibilidad de que se presenten crisis comiciales, al disminuir el umbral convulsivo, es por esta razón que se debe evitar en los casos de *delirium tremens* o en los síntomas de abstinencia a benzodiacepinas. Las dosis se ajustarán según el grado de agitación, la enfermedad subyacente y la edad del paciente.

Tomando como referencia a Chinchilla, en su libro *Manual de urgencias psiquiátricas*, las diferentes pautas en el tratamiento farmacológico de la agitación psicomotriz orgánica son las siguientes:

− Episodio agudo:
  - Haloperidol: 1 ámp. i.m., cada 30-40 min.
  - Haloperidol: 30 gotas v.o., repetir cada 30 min, hasta 100-120 gotas.
  - Olanzapina: 1 comprimido (10 mg).
  - Risperidona: solución 3-4 mL.
  - Orfidal (lorazepam): añadir 1-2 comprimidos (1 mg) (ansiedad asociada, escasa o nula confusión).

− Estado subagudo o crónico:
  - Haloperidol: 5-20 gotas cada 8 h; se pueden añadir 15-25 adicionales en la noche.

- Risperdal: 1-2 mg cada 12 h; se pueden añadir 1-3 mg por la noche.
- Olanzapina: 2,5-5 mg cada 12 h; se pueden añadir 5-7,5 mg por la noche.
- Orfidal (lorzepam): media tableta en la mañana, media en la tarde y una en la noche (ansiedad, escasa confusión).

Las benzodiacepinas se deben evitar en la mayoría de las agitaciones de origen orgánico, tanto por su efecto sobre el centro respiratorio, como porque el efecto sedante aumenta la confusión y puede exacerbar la agitación, sin embargo, son de elección en el *delirium tremens*, en la abstinencia a benzodiacepinas, opiáceos y en algunas intoxicaciones por psicoestimulantes (anfetaminas y cocaína).

Los neurolépticos de baja potencia, como la levomepromacina, la clorpromacina y la tioridacina son extraordinariamente sedantes, pero presentan riesgo de hipotensión, alteraciones cardíacas y *delirium* anticolinérgico, además, pasado el efecto sedante puede aumentar la confusión y reaparecer la agitación algunas horas después de la sedación.

Los neurolépticos atípicos, como la olanzapina y la risperidona, comienzan a incorporarse a la terapéutica de la agitación orgánica. La olanzapina (Zyprexa) es bastante eficaz y provoca menos efectos extrapiramidales que el haloperidol, además, tiene un buen perfil sedante. La risperidona también es eficaz en la agitación orgánica, sobre todo en el *delirium* leve-moderado y para los síntomas psicóticos en el curso de las demencias.

En los casos de agitación psiquiátrica (de intensidad leve a moderada) puede ser suficiente la administración oral de benzodiacepinas, sobre todo cuando la causa de la agitación no es psicótica y el cuadro clínico se caracteriza por una reacción aguda asociada al contexto psicosocial, angustia, elementos histéricos, etcétera.

En caso de agitación más intensa o de origen psicótico se emplearán neurolépticos incisivos, que podrán llegar hasta dosis elevadas, como el haloperidol, la levomepromacina o la clorpromacina. También se pueden emplear antipsicóticos atípicos, como la olanzapina (20 mg), la risperidona (6-8 mg) y la quetiapina (200 mg), que se pueden acompañar de benzodiacepinas (diacepam y cloracepato), o incluso se puede intentar controlar con benzodiacepinas solamente, sobre todo si el tratamiento inicial se realiza en una sala de observación, lo que permitirá su valoración al día siguiente, libre del efecto de los neurolépticos, para precisar sus posibilidades de internamiento.

Si es factible, según el grado de agitación que presente, se deben comprobar sus signos vitales, en caso de que estuviese hipotenso; así mismo,

se deben evitar los neurolépticos de baja potencia, como la clorpromacina. Si se trata de un paciente que mantiene el tratamiento con un fármaco en particular o tiene historia de respuesta a una medicación específica, se debe utilizar como primera elección.

Siguiendo los esquemas de Chinchilla, las diferentes pautas en el tratamiento farmacológico de la agitación psicomotriz psiquiátrica se relacionan a continuación.

Agitación psicótica. Si el cuadro clínico es intenso o no acepta la vía oral:

- Haloperidol: 2 ámp. i.m.
- Haloperidol: 2 ámp. + 2 ámp. de diacepam (10 mg); se puede repetir 1 ámp., cada una a 45 min.
- Haloperidol: 2 ámp. + 1 ámp. de diacepam (10 mg), que se puede repetir a los 45 min.
- Haloperidol: 1 ámp. + 1 ámp. de diacepam (10 mg) + 1 ámp. de levomepromacina (25 mg); se puede repetir a los 45 min, excepto la levomepromacina.
- Haloperidol: 1 ámp. + 1 ámp. de diacepam (10 mg) + 1 ámp. de clorpromacina (25 mg); repetir a los 45 min, excepto la clorpromacina.

Si el cuadro clínico es moderado o acepta la vía oral:

- Haloperidol: 50-70 gotas, se puede repetir a los 30 min.
- Haloperidol: 50-70 gotas + idalprem (Bzd) 25 mg, se puede repetir a los 45 min.
- Haloperidol: 50-70 gotas + idalprem 25 mg + ½ o 1 tab. de levomepromacina + 1 tab. de clorpromacina (25 mg).

Episodio subagudo:

- Haloperidol: 1 ámp. + 1 ámp. de diacepam (10 mg) cada 8 h.
- Haloperidol: 2 ámp. + 1 ámp. de diacepam (10 mg) cada 8 h.
- Haloperidol: 1 ámp. + 1 ámp. de diacepam (10 mg) + 1 ámp. de levomepromacina (25 mg) cada 8 h.
- Haloperidol gotas: (40-40-40) + diacepam 10 mg (1-1-1).

Agitación no psicótica:

- Idalprem (Bzd): 5 mg, se puede repetir cada 30 min.
- Diacepam 10 mg: 1 ámp. o comprimido, se puede repetir a los 30 min.
- Idalprem (Bzd): 5 mg o diacepam: 10 mg + haloperidol: 50 gotas.

Benzodiacepinas. Una benzodiacepina es tan eficaz como cualquier otra, sin embargo, su elección se basa en la forma de administración, rapidez de la acción y vida media de eliminación. El lorazepam, 1-2 mg, v.o. o i.m., es

de elección frecuente, ya que posee una vida media de eliminación intermedia y su presentación parenteral es de acción rápida sobre el sistema nervioso central.

Antipsicóticos. La elección se basa en las formas de administración, potencia y perfil de efectos secundarios. Por lo general son de elección los de elevada potencia, aunque produzcan efectos secundarios extrapiramidales; en la mayoría de los casos estos efectos se pueden tratar con anticolinérgicos. Los antipsicóticos de baja potencia, aunque son más sedantes, pueden causar efectos secundarios anticolinérgicos e hipotensión. El fármaco de elección habitual es el haloperidol, 5 mg, v.o. o i.m., que se puede repetir (si es preciso) cada 1 h.

Combinación de antipsicóticos y benzodiacepinas. Esta es una combinación segura, muy utilizada, y puede ser más eficaz que cada fármaco por separado; de este modo, los antipsicóticos reducen el riesgo de desinhibición de las benzodiacepinas y estas, a su vez, disminuyen la posibilidad de que se presente la acatisia.

Resumen

La agitación psicomotriz se caracteriza por un estado de excitación mental, con aumento de la actividad motriz, que en muchos casos suele preceder a la violencia y se puede presentar en diversos trastornos psíquicos.

Es muy importante la orientación diagnóstica respecto al origen del cuadro clínico; se debe descartar como elemento prioritario la posibilidad de organicidad, fenómeno muy frecuente como causa de los estados de agitación.

Agitación psiquiátrica: se caracteriza por una psicopatología propia de alguna afección psiquiátrica. La conciencia está clara y por lo general no existe desorientación temporoespacial. Se pueden presentar alucinaciones auditivas (raramente visuales), ideación delirante de daño (esquizofrenia o trastornos delirantes) o megalomaníaca (manía) y alteraciones de la afectividad.

Entre sus causas se destacan:

- Agitación psicótica: esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.
- Agitación no psicótica: reacciones de estrés agudo; trastorno de personalidad (histriónico, límite y paranoide).
- Agitación orgánica: se caracteriza por alteraciones de la conciencia, desorientación temporoespacial, confusión mental, discurso incoherente y dificultad para la marcha. En los exámenes complementarios se pueden presentar alteraciones metabólicas; en los procesos intracraneales, alteraciones en las neuroimágenes, y si se trata de infecciones del sistema nervioso central, alteraciones en el líquido cefalorraquídeo.

Cuadros de intoxicación: alcohol, estimulantes, *cannabis*, antidepresivos, neurolépticos, benzodiacepinas y anticolinérgicos. *Delirium* o cuadro clínico confusional agudo: infecciones sistémicas o del sistema nervioso central, fiebre, insuficiencias respiratoria, cardíaca, hepática y renal; traumatismo craneoencefálico y politraumatismos, estados posoperatorios, alteraciones metabólicas, ictus isquémicos o hemorrágicos y tumores intracraneales.

Agitación mixta: se observa en pacientes psiquiátricos que presentan un componente de organicidad. El tratamiento del síndrome de agitación se debe enfocar en tres aspectos: verbal, mecánico y farmacológico.

Contención verbal: es el primer paso dentro de todo el proceso terapéutico; un paciente contenido implica siempre vigilancia extrema, mantener un control riguroso de las constantes vitales (tensión arterial, temperatura, pulso y frecuencia respiratoria); se debe tener un control de los exámenes complementarios (hemograma, glicemia, urea, creatinina, electrólitos, etc.), el electrocardiograma y el examen físico.

Contención farmacológica: el tratamiento farmacológico se indica en la mayoría de los pacientes, tanto en psiquiátricos como en orgánicos.

En los que presentan agitación orgánica, lo más recomendable son los neurolépticos, ya sea por la vía oral o intramuscular. Las dosis se ajustarán de acuerdo con el grado de agitación, la enfermedad subyacente y la edad del paciente.

Las benzodiacepinas se deben evitar en la mayoría de las agitaciones de origen orgánico. Los neurolépticos de baja potencia, como la levomepromacina, la clorpromacina y la tioridacina, son extraordinariamente sedantes. Los neurolépticos atípicos, como la olanzapina y la risperidona, comienzan a incorporarse a la terapéutica de la agitación orgánica.

En los casos de agitación psiquiátrica de intensidad leve a moderada, puede ser suficiente la administración oral de benzodiacepinas, sobre todo cuando la causa de la agitación no es psicótica. Si la agitación es más intensa o de origen psicótico, se emplearán neurolépticos incisivos, que podrán llegar hasta dosis elevadas; pueden acompañarse de benzodiacepinas.

Benzodiacepinas: su elección se basa en la forma de administración, rapidez de acción y vida media de eliminación.

Antipsicóticos: su elección se basa en las formas de administración, potencia y perfil de efectos secundarios. Son de elección los de elevada potencia, aunque provoquen efectos secundarios extrapiramidales. La combinación de antipsicóticos y benzodiacepinas es muy segura y utilizada, y puede ser más eficaz que cada fármaco por separado.

TRASTORNO DE ANSIEDAD

La ansiedad es un estado de temor que se acompaña de signos somáticos indicativos de una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo; constituye un síntoma específico que, con frecuencia, es una emoción normal; cuando alcanza un rango patológico es desproporcionada a la amenaza real y resulta desadaptativa.

Todas las personas han sentido ansiedad en momentos específicos de sus vidas. La ansiedad es una respuesta adaptativa humana ante una situación estresante y desaparece una vez que cesa el estímulo, de esa forma incita a actuar, a enfrentar una situación peligrosa; mantiene la condición de alerta y ayuda a enfrentar las diversas situaciones de la vida cotidiana. Esta emoción, normalmente útil, se puede transformar en una ansiedad patológica y provocar el resultado contrario; evita que esa persona pueda enfrentar una situación determinada y trastorna su vida diaria.

La ansiedad es una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga, que se puede acompañar de síntomas autónomos que varían de un individuo a otro, las más características son cefalea, palpitaciones, opresión en el pecho, molestias gástricas e inquietud motora.

Los trastornos de ansiedad tienen gran importancia en la psiquiatría de urgencia, por la elevada demanda que presentan, así como por la trascendencia de las enfermedades somáticas que pueden subyacer a un cuadro clínico de ansiedad. Es importante desde este nivel, poder establecer si los signos y síntomas de ansiedad constituyen la respuesta a un estrés; si son las manifestaciones de una enfermedad somática subyacente o si en realidad se encuadran en un trastorno psiquiátrico específico.

La gestión del psiquiatra de urgencia ante un paciente con ansiedad se debe enfocar en tres actuaciones fundamentales:

- Descartar la presencia de enfermedad orgánica que justifique el cuadro clínico de ansiedad: existen numerosas enfermedades con un elevado índice de mortalidad, que se pueden presentar como una crisis de ansiedad aguda: infartos y arritmias cardíacas, tromboembolismo pulmonar, intoxicación o abstinencia de tóxicos.
- Identificar alguno de los trastornos específicos de ansiedad: mediante una adecuada exploración psicopatológica y la confección de la historia clínica se podrá establecer el diagnóstico oportuno y se trazarán las medidas terapéuticas correspondientes.

- Pautar un tratamiento adecuado: es necesario tratar el episodio agudo y pautar un tratamiento de mantenimiento; la hospitalización en sala de agudos se realizará en los casos que sea necesario.

De acuerdo con Chinchilla, las manifestaciones clínicas de la ansiedad son las siguientes:

- Síntomas físicos:
  - Autonómicos: palpitaciones, sudación, hiperhidrosis (transpiración excesiva), temblores, sequedad de la boca, dolores de espalda y de cabeza.
  - Relacionados con el tórax y el abdomen: tensión muscular, disnea, sensación de ahogo e hiperventilación, dolor precordial, náuseas, malestar abdominal, diarreas, mareos, desvanecimientos, hormigueo en las extremidades e incremento de la frecuencia urinaria.
- Síntomas psíquicos: se relacionan con el estado mental: sensación de desrealización/despersonalización, impresión de muerte inminente, inestabilidad y miedo a perder el control, a volverse loco o a perder el conocimiento.
- Síntomas generales: rubor y palidez, sofocos de calor o escalofríos, manos frías, dificultad para tragar, aturdimiento, parestesias o sensación de hormigueo.
- Síntomas psicológicos y cognoscitivos: la experiencia de ansiedad tiene dos componentes:
  - La conciencia de las sensaciones fisiológicas: palpitaciones y sudores.
  - La conciencia de estar nervioso o asustado.

Además de los efectos motores y viscerales, la ansiedad afecta el pensamiento, el aprendizaje y provoca distorsión en la percepción en tiempo, espacio, persona y en relación con el significado de los sucesos. Ocasiona disminución de la libido, insomnio, hipervigilancia y sentimientos de terror.

Crisis de angustia (pánico)

Las crisis de angustia o de pánico se caracterizan por ser periodos breves de intensa ansiedad, que se presentan de manera súbita y alcanzan rápidamente la máxima intensidad, en un tiempo aproximado de 10 min. Son crisis paroxísticas, con un complejo sintomático de ansiedad que puede incluir disnea, vértigos, palpitaciones y miedo intenso a morir o a volverse loco.

A menudo, la primera crisis es espontánea, aunque en algunos casos sucede a la excitación, al ejercicio físico, a la actividad sexual o a un trauma moderado, de ahí que no siempre se identifica como una crisis de

ansiedad y el paciente acude a reclamar urgencia médica, preocupado por los síntomas físicos que presenta (disnea, palpitaciones y dolor torácico).

Los síntomas mentales principales son el miedo extremo, con sensación de estar sentenciado y de muerte inminente, y los signos físicos más importantes, taquicardia, palpitaciones, disnea y sudación. En la exploración médica, durante la crisis se observan dificultad en el habla (tartamudeo), memoria deteriorada y algunas expresiones propias de la depresión y la despersonalización; por lo general, los pacientes no pueden identificar el origen de sus miedos.

Aunque estas crisis no se limitan a ninguna situación en particular y son impredecibles, es importante descartar qué hábito o situación las preceden (a cada sujeto en específico); entre las actividades más frecuentes se encuentran el consumo de cafeína, alcohol, nicotina y otras sustancias; patrones de sueño y alimentación inadecuados, y entornos medioambientales delimitados, como la mala iluminación en el trabajo, el ruido excesivo, etcétera.

Aproximadamente el 1,7 % de la población adulta (entre 18 y 54 años) padece trastorno de pánico; las mujeres, con el doble de posibilidades que los hombres; por lo general el trastorno se inicia en adultos jóvenes, cerca del 50 % antes de los 24 años de edad.

Para la evaluación y el tratamiento es necesario descartar cualquier trastorno orgánico, antes de considerar otros diagnósticos. Para ello se tendrán en cuenta los aspectos siguientes:

- ¿Tiene el paciente que sufre una crisis de ansiedad, una arritmia cardíaca o hipertiroidismo?
- ¿Este paciente está tomando medicamentos que provocan ansiedad?
- ¿Consume grandes cantidades de bebidas con cafeína?
- Determine los factores precipitantes, la gravedad y la duración de la ansiedad; síntomas asociados, como la depresión y el insomnio, y la variación diurna de la angustia.
- Realice la historia clínica completa, incluya el examen neurológico e interconsulte el caso con neurología, si existen dudas. Al recoger esta información, céntrese en los factores precipitantes, la conducta evasiva, los problemas médicos, las obsesiones, las complicaciones y el tiempo, la evolución y la naturaleza de los síntomas.
- Antes de hacer un diagnóstico definitivo, considere los argumentos siguientes:
  - ¿Sufre el paciente una depresión mayor o algún otro trastorno psicótico?
  - ¿Se trata de un cuadro clínico de ansiedad situacional?
  - ¿Padece una toxicomanía o un trastorno de la personalidad?

- ¿Manifiesta alguna alteración orgánica cerebral?
- ¿Tiene un síndrome de hiperventilación?

− Muéstrese tranquilo y tranquilizador, recuerde que el paciente ansioso se siente desvalido, asustado y fuera de control; anímelo a expresar sus ideas y preocupaciones. Infórmele acerca de la naturaleza de sus síntomas, que no tendrá un ataque cardíaco, ni se volverá loco.
− Comuníquele el diagnóstico de forma clara y esperanzadora; los pacientes pueden encontrar el alivio al conocer la causa de su ansiedad y las alternativas terapéuticas disponibles.
− Indique análisis de sangre, de orina y estudios toxicológicos. Si no tiene antecedentes previos de crisis de angustia, haga un electrocardiograma para descartar una crisis coronaria.
− Realice una tomografía axial computadorizada (TAC) de cráneo, si es necesaria.

Tratamiento de la crisis de pánico. Las crisis de pánico se controlan de manera rápida y eficaz con cualquier benzodiacepina oral (diacepam: 10 mg, repetir a la hora si no ha remitido la crisis). En el tratamiento a medio y largo plazos son necesarios otros fármacos que ejercen un efecto preventivo en la recurrencia de las crisis y del componente fóbico que suele desarrollarse cuando las crisis se repiten (Tabla 4.1).

Tabla 4.1. Drogas antipánico

Droga	Dosis iniciales (mg/día)	Dosis promedio (mg/día)
Imipramina	10	100-150
Moclobemida	150	300-600
Fluoxetina	5	10-20
Sertralina	25	25-50
Citalopram	10	20-60
Paroxetina	10	20-40
Fluvoxamina	50	100-200
Venlafaxina	37,5	75-150
Alprazolam	1,5	3-6
Clonazepam	1	1,5-4

Fuente: *Fundamentos de Medicina-Psiquiatría*. Edit. Corporación para investigaciones biológicas. Colombia, 2004.

Tradicionalmente se utilizan los antidepresivos tricíclicos, sobre todo la imipramina y la clorimipramina, con dosis iniciales de 25-50 mg/día, que se incrementarán de manera progresiva hasta la remisión de la crisis, en un plazo de 2 a 3 semanas; la dosis máxima no excederá los 225 mg/día.

En la actualidad los fármacos de primera elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), entre estos paroxetina, fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram. En ocasiones es conveniente asociarlos durante 2 a 3 semanas con alguna benzodiacepina, que se retirará progresivamente.

Es conveniente mantener el ISRS entre 6 y 12 meses e ir retirándolo de manera paulatina, con la finalidad de detectar precozmente la reaparición de los síntomas de ansiedad, en cuyo caso es preferible continuar con su uso, dada su eficacia y buena tolerancia. También se recomiendan las benzodiacepinas a largo plazo, fundamentalmente el alprazolam (4-6 mg/día) y el clonacepam, teniendo en cuenta las dificultades para su retirada, por la habituación y la progresiva tolerancia que provocan.

El IMAO reversible, la moclobemida, no requiere las precauciones dietéticas de los IMAO clásicos y se emplea en dosis de 300-600 mg/día.

Las terapias conductuales son otro tipo de estrategias terapéuticas, entre estas se encuentran las que se concentran en cambiar acciones específicas y utilizan varias técnicas para disminuir o detener un comportamiento indeseable. Existen técnicas para entrenar a los pacientes en la respiración diafragmática, lentas y profundas, que logran reducir la ansiedad; esto es necesario porque con la hiperventilación inhalan pequeñas cantidades de aire, lo que puede provocar taquicardia, mareos, calambres, tetania y otros síntomas.

Otra técnica de indudable eficacia, sobre todo cuando se desarrollan síntomas agorafóbicos, es la terapia de exposición *in vivo*, que consiste en enfrentar al paciente a aquella situación que lo asusta, luego de que la cobertura farmacológica haya atenuado los síntomas agudos y le brinde seguridad y confianza para enfrentarse a las situaciones que teme. Este proceso se debe realizar de manera paulatina y con las mejores condiciones posibles.

Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada consiste en una preocupación y tensión crónicas: el sujeto anticipa siempre un desastre, preocupación excesiva por la salud, desasosiego ante el hecho de pasar el día, etc., con una carga de ansiedad mucho más elevada que la que se experimenta normalmente; se mantiene de manera prolongada y la raíz de donde parte dicha preocupación es difícil de identificar.

Su síntoma principal es la presencia de ansiedad generalizada y persistente, no limitada, ni asociada a ninguna circunstancia ambiental que interfiera con el desarrollo de la vida social del sujeto, a lo que se añaden otras manifestaciones: tensión motora (temblores), inquietud y cefalea; hiperactividad autónoma, dada por respiración entrecortada, sudación excesiva, palpitaciones y diferentes síntomas gastrointestinales; además, alerta cognoscitiva, que se hace evidente por la irritabilidad y la facilidad con la que se sobresaltan dichos pacientes.

Estos acuden con frecuencia a los servicios de atención de urgencia, en busca de tratamiento para sus síntomas somáticos, ya que, en ocasiones, el único síntoma psíquico que refieren es el ánimo discretamente deprimido. La incapacidad funcional asociada a este trastorno es leve, por lo que habitualmente cumplen con sus demandas sociales y laborales, salvo en los casos de mayor gravedad, que pueden resultar muy incapacitantes y limitar seriamente sus actividades sociales simples.

El trastorno de ansiedad generalizada se inicia por lo general a finales de la infancia o inicios de la adolescencia, con menos frecuencia hacia la adultez; afecta, aproximadamente, el 2,8 % de la población entre 18 y 54 años, es más común en las mujeres y con frecuencia se encuentran antecedentes familiares.

La conducta terapéutica habitual consiste en el empleo de las benzodiacepinas (diacepam, alprazolam y clonacepam), sobre todo para la atención a corto plazo, sin embargo, por los inconvenientes que surgen con el uso prolongado a partir del aumento de la tolerancia, la dependencia y los síntomas de abstinencia, cuando se suprimen no son los más confiables.

En la actualidad, los más recomendados son los antidepresivos tricíclicos, ISRS e ISRSN, inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (venlafaxina: 75-225 mg/día), a los que se puede unir alguna benzodiacepina durante el periodo de latencia de los antidepresivos y retirarlos de manera gradual.

Fobias

Desde el punto de vista conceptual, la fobia es un miedo irracional a un objeto específico, una actividad o una situación, que lleva al sujeto a asumir conductas de evitación consciente al objeto o situación temida. Tanto la presencia como la anticipación del fenómeno fóbico provocan un estrés grave en la persona afectada.

Las fobias son trastornos mentales comunes, aunque un porcentaje elevado de los que las padecen, no buscan ayuda médica y en otros no

se diagnostican correctamente. Pueden ser únicas o múltiples, discretas o globales, y estar asociadas a un mayor o menor grado de incapacidad.

Se subdividen en tres categorías:

- Fobias específicas: el temor se relaciona con un objeto o situación circunscrita.
- Agorafobia: generalmente es múltiple y se refiere al temor a estar en una situación alejada del lugar o la persona que el paciente considera seguros.
- Fobia social.

Las fobias simples afectan a más de una de cada 10 personas; se desconoce cómo surgen, aunque puede existir una predisposición hereditaria; son más frecuentes en las mujeres y se inician, por lo general, en la adolescencia; se presentan de manera repentina y son más persistentes que cuando se inician en la niñez.

Se manifiestan por miedos poco realistas a un estímulo específico, como arañas, serpientes, animales, alturas, tormentas, enfermedades, heridas, la soledad, la contaminación y la muerte.

Los pacientes pueden desarrollar una comorbilidad por dependencia al consumo de alcohol, al utilizar esta sustancia con fines de automedicación frente a la ansiedad. Los esquizofrénicos pueden presentar miedos delirantes, sin crítica a los mismos y asociados a otros síntomas psicóticos. En otros, los trastornos fóbicos serán difíciles de diferenciar de los trastornos obsesivo-compulsivos, ya que la idea obsesiva lleva al ritual compulsivo, con el objetivo de aliviar la ansiedad.

Durante la entrevista conviene afrontar directamente el tema del miedo, dado que el paciente se percata de lo irracional de su temor. Es importante preguntar acerca de la severidad que alcanzan las conductas de evitación y el modo en que estas interfieren en su vida cotidiana. Se explorarán las características de los síntomas de ansiedad, si son crisis de angustia, síntomas de estrés postraumático, depresión, psicosis y abuso de sustancias; toda información brindada por el paciente es valiosa y, por tanto, se debe tomar en cuenta. Hay que tranquilizarlo y explicarle que su trastorno puede ser controlado, si es debidamente tratado.

Para la evaluación y la conducta terapéutica es necesario realizar una historia clínica detallada del estímulo fóbico específico, duración, severidad con que interfiere en la vida cotidiana y presencia de otras fobias asociadas. Se realizará una evaluación psiquiátrica detallada para identificar la presencia de otros trastornos de ansiedad (trastorno obsesivo compulsivo,

crisis de angustia y ansiedad generalizada); depresión, trastorno psicótico y uso de drogas o alcohol.

La agorafobia es el miedo a sufrir una angustia intensa, en lugares donde las posibilidades de escapar se perciben como limitadas o, en caso de que aparezca la crisis de manera inesperada, no puedan disponer de ayuda. Los temores agorafóbicos se relacionan con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de la casa, mezclarse con varias personas a la vez, pasar sobre un puente, y viajar en autobús, automóvil, tren y/o avión.

La manifestación clínica esencial son los ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico); los síntomas dominantes incluyen: inicio repentino de palpitaciones, dolor torácico, mareos, impresión de asfixia, sensaciones de irrealidad (despersonalización o desrealización), miedo a morir y temor a perder el control.

Casi siempre los pacientes agorafóbicos tienen una historia infantil de timidez, angustia de separación y fobia escolar; muchos presentan antecedentes familiares de ansiedad y fobias. Pueden manifestar una ansiedad anticipatoria antes de enfrentar el estímulo fóbico y desarrollar posteriormente conductas evitativas; rara vez acuden al hospital con quejas de agorafobia, sin embargo, el trastorno puede llegar a ser tan incapacitante, que le impida realizar sus actividades sociales.

Las crisis de angustia con agorafobia (no tratadas) presentan una tasa elevada de depresión y ponen en riesgo de suicidio a la persona afectada. Los pacientes pueden presentar síntomas que se podrían confundir con un trastorno límite de la personalidad, como ira intensa, sentimientos de soledad, gestos suicidas y actitudes manipuladoras.

Es importante tener en cuenta que estos pacientes pueden haber hecho numerosos intentos infructuosos de lograr un tratamiento y se han convertido de manera progresiva en seres frustrados y desesperanzados. Se les informará que ha de pasar algún tiempo antes de que los síntomas se eliminen totalmente y que el proceso terapéutico es gradual, pero eficaz.

Una vez que se controlen las crisis, el enfoque psicoterapéutico más eficaz será la terapia de conducta (desensibilización o de exposición): paroxetina, fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram. También pueden ser eficaces las terapias de grupo y familiar. El éxito del tratamiento de la agorafobia requiere de la cooperación de aquellos en los que el paciente confía.

La persona que presenta fobia social teme sentirse en ridículo en situaciones específicas, como hablar, escribir o actuar ante otras personas; comer sola en un restaurante, utilizar un baño público, acudir a fiestas y verse

expuesta a ser presentada a otros que no pertenecen a su ámbito familiar, etc. Este trastorno perturba la vida del sujeto, lo limita e interfiere en su desarrollo profesional y en todo lo que demande de la relación social.

El individuo teme a actuar de un modo o mostrar en público sus síntomas de ansiedad, que lo hagan sentir en una posición humillante o embarazosa, ya que la exposición a las situaciones sociales temidas provocan, invariablemente, una respuesta inmediata de ansiedad, que puede derivar en una crisis de marcada angustia.

En ocasiones, este trastorno se confunde con la timidez, sin embargo, las personas tímidas se pueden sentir incómodas con otras, pero sin experimentar la extrema ansiedad anticipatoria a una situación social, ni evitan las circunstancias que las hacen sentirse cohibidas, mientras que las personas que presentan fobia, no son necesariamente tímidas.

Aproximadamente el 80 % de las personas que sufren fobia social, encuentran alivio a sus síntomas cuando se les proporciona el tratamiento farmacológico o la terapia cognitivo-conductual, y preferiblemente una combinación de ambos.

En la terapia conductual se aplica la desensibilización sistemática o terapia de inundación (imaginación virtual o in vivo), que demanda un esfuerzo considerable y una elevada implicación terapéutica del paciente. El procedimiento comienza con una desensibilización progresiva a estímulos cada vez más ansiógenos. El paciente debe buscar repetidamente el objeto fóbico, sin tener la posibilidad de evitarlo y aprender a afrontar la ansiedad subsecuente.

Con esta terapia, debe aprender a sentir los eventos sociales de una manera diferente; exponerse a una situación social, aparentemente amenazadora, de modo que le sea más fácil enfrentarse a ella; debe aprender técnicas para reducir la ansiedad y adquirir habilidades sociales, además, se aplican la terapia de familia, la psicoterapia de apoyo y la terapia de grupo, sobre todo con otros miembros que comparten algún tipo de fobia y se ayudan mutuamente. La terapia de relajación y la hipnosis se pueden aplicar como técnicas alternativas.

Desde el punto de vista farmacológico se emplean antidepresivos tricíclicos (imipramina y amitriptilina), benzodiacepinas (loracepam, alprazolam y clonazepam) y los ISRS como fármacos de elección (fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram); como segunda línea terapéutica los ISRSN (venlafaxina). Más recientemente se recomiendan algunos anticonvulsivantes, como la gabapentina y la pregabalina, así como los β-bloqueadores (propanolol), en particular a músicos, conferencistas y otras personas con miedo escénico, que deben actuar ante un público.

Trastorno por estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por ansiedad, inestabilidad autonómica, embotamiento emocional y reexperimentación de la experiencia traumática, tras un acontecimiento físico o emocional que va más allá del marco habitual de las experiencias humanas y sería muy angustiante para casi todas las personas.

En este caso el sujeto ha sido testigo o partícipe de un suceso traumático extremo, o bien ha escuchado acerca de él y reacciona ante esta experiencia con miedo e impotencia; revive persistentemente el suceso e intenta evitar que se lo recuerden. Puede estar originado por distintas experiencias, como haber sido víctima de una violación, combatir en una guerra, catástrofes naturales, presenciar un asesinato, la muerte de un ser querido, verse implicado en un accidente de tránsito y otras situaciones similares.

Cuando el evento surge, se cataloga como trastorno por estrés agudo y los síntomas se presentan en el primer mes del acontecimiento traumático; el sujeto revive el suceso traumático en sus sueños y pensamientos diarios; puede sufrir embotamiento en sus respuestas o estados de hiperestimulación y entre otros síntomas, ansiedad, depresión, trastornos de la concentración y otras dificultades cognitivas.

La prevalencia de este trastorno es de 0,5 % en los hombres y de 1,2 % en las mujeres; en los primeros, el agente estresor más frecuente son las experiencias militares de combate y en las mujeres, las agresiones y la violación; la mayoría de los pacientes son adultos jóvenes.

El trastorno se puede desarrollar en cualquier momento tras el acontecimiento; la forma de inicio tardío puede aparecer muchos años después del hecho traumático y en algunos se desarrollan formas crónicas del estrés postraumático.

El pronóstico es bueno cuando los síntomas se presentan un poco después del hecho; si el tiempo de duración es breve; si existe un funcionamiento premórbido adecuado; si tiene un soporte social conveniente y si el paciente no sufre otro trastorno psiquiátrico.

Para su diagnóstico, la *American Psychiatric Association* ha emitido los criterios siguientes:

1. El individuo ha vivido un acontecimiento que se encuentra fuera del marco habitual de sus experiencias y le es extremadamente angustiante, con amenaza grave para la propia vida o integridad física; amenaza de daño para los hijos, el cónyuge u otros parientes cercanos; destrucción súbita del hogar o de su comunidad; visión de cómo una persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o de violencia física.

2. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente, en una de las formas siguientes:
   a) Recuerdos desagradables, recurrentes e invasores, del acontecimiento.
   b) Sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento.
   c) Conducta y sentimientos súbitos que aparecen como si el agente traumático operara de nuevo; en estos fenómenos se incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos (*flash-back*), incluso cuando ocurren al despertar o como consecuencia de alguna intoxicación por drogas.
   d) Malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.
3. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma o falta de capacidad general de respuestas (no existentes antes del trauma), puestas de manifiesto por algunos de los fenómenos siguientes:
   a) Esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas con el trauma.
   b) Esfuerzos para evitar las actividades o las situaciones que provocan el recuerdo del trauma.
   c) Incapacidad para recordar algunos de los aspectos importantes del trauma (amnesia psicógena).
   d) Disminución marcada del interés en las actividades significativas (niños pequeños: pérdidas de habilidades del desarrollo, recientemente adquiridas); sensación de distanciamiento con los demás.
   e) Sentimiento de desapego o desconocimiento de los demás.
   f) Afecto restringido con incapacidad de experiencias amorosas.
   g) Sensación de acortamiento del futuro.
4. Síntomas persistentes de aumento de la actividad (*arousal*), que no existían antes del trauma, y se manifiestan, por lo menos, dos de los fenómenos siguientes: dificultad para mantener o conciliar el sueño; irritabilidad o explosiones de ira; dificultad para la concentración; hipervigilancia; respuesta de alarma exagerada y reactividad fisiológica frente a la exposición a aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.
5. Agudo: la duración del trastorno (síntomas descritos en 2, 3 y 4) ha sido por lo menos de 1 mes. Crónico: si la duración de los síntomas es de 3 meses o más.

La presentación del trastorno depende de la severidad del agente estresor y de la vulnerabilidad de la persona; los niños son más vulnerables que los adultos, probablemente porque aún no han desarrollado

estrategias de afrontamiento ante situaciones muy estresantes; los ancianos también son muy vulnerables, ya que pueden ser rígidos en sus mecanismos de afrontamiento e incapaces de adaptarse a una situación repentina e imprevista.

Existen otros hechos asociados, como la dependencia al alcohol o a las drogas, sentimientos de culpabilidad prominentes, insomnio, depresión, problemas de memoria o de concentración, ilusiones o alucinaciones, disociación, crisis de angustia, agresividad, control escaso de los impulsos y violencia.

Para la evaluación diagnóstica es importante ceñirse a los criterios establecidos; hay que valorar las posibles causas orgánicas y, por ende, es conveniente explorar mediante los exámenes físico y neurológico, si existen antecedentes de traumatismos craneoencefálicos u otros traumas físicos asociados. Se realizarán electroencefalograma, tomografía axial computarizada y resonancia magnética, si son necesarios. Es muy importante ganarse la confianza del paciente para que exprese sus experiencias con detalles, sobre todo los que han sido víctimas de violación. Son aplicables las terapias de grupo, que incluyan a pacientes con afecciones similares.

El tratamiento farmacológico se debe iniciar cuando se haya establecido una adecuada relación terapéutica, dado que el abuso de sustancias es muy frecuente en estos casos.

Los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina e imipramina), los ISRS (sertralina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram) y los ISRSN (venlafaxina) son eficaces: mejoran el ánimo, la ansiedad, y normalizan las alteraciones del sueño. Las benzodiacepinas alivian algunos síntomas, pero tienden a incrementar la disforia, lo que unido al fenómeno de adicción, hace que no se consideren ideales, aunque se pueden emplear ante una crisis aguda de ansiedad o en caso de agitación psicomotriz.

Respecto a la hipótesis de un supuesto fenómeno *kindling* en la génesis del trastorno y la semejanza de los *flash-back* o reviviscencia con algunos fenómenos epileptoides, se han utilizado diferentes fármacos anticomiciales como la carbamacepina, el valproato y la lamotrigina.

Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo se describe como obsesiones y compulsiones recurrentes, lo suficientemente graves como para consumir tiempo o causar un malestar marcado o deterioro significativo.

La obsesión es una idea, pensamiento o impulso patológico, persistente, recurrente e irresistible, que no se puede eliminar de la conciencia por la lógica y el razonamiento; la compulsión es la necesidad patológica, repetitiva e indeseada de realizar un acto, como respuesta a una obsesión.

Las obsesiones incrementan la ansiedad, mientras que llevar a cabo las compulsiones, la reducen; cuando la persona se resiste a realizar la compulsión, la ansiedad aumenta; por tanto, una persona con trastorno obsesivo-compulsivo experimenta de forma egodistónica las obsesiones y las compulsiones.

Las obsesiones más comunes incluyen el disgusto con la suciedad, las excreciones y secreciones corporales, los gérmenes, la contaminación o las toxinas; el miedo a que algo terrible vaya a pasar; la necesidad de simetría, orden o exactitud; orar de manera excesiva o los pensamientos religiosos; la creencia en números de la mala y la buena suerte, y pensamientos sexuales prohibidos (ser homosexual y las conductas incestuosas).

Las compulsiones comunes incluyen, por lo general, el lavado excesivo de las manos, ducharse, bañarse, lavarse los dientes y asearse; rituales repetidos, comprobación de puertas, cerraduras, manecillas del gas y puertas del automóvil; acaparamiento y coleccionismo; limpieza para quitar contaminantes; tocamientos; ordenaciones y ajustes; recuentos; medidas para prevenir el daño a otros y a sí mismo.

El trastorno obsesivo-compulsivo puede ser extremadamente incapacitante, ya que las obsesiones pueden consumir gran tiempo e interferir de manera significativa en la rutina normal de la persona, su rendimiento laboral y sus actividades sociales y familiares.

Se considera que entre el 1 y 2 % de la población padece un trastorno obsesivo-compulsivo en algún momento de su vida; afecta por igual a hombres y mujeres; comienza durante la adolescencia o la infancia (en general desarrollan la enfermedad antes de los 25 años).

De acuerdo con Chinchilla, los patrones sintomáticos principales de este trastorno son los siguientes:

- Contaminación: es el más común, hasta el 50 % de los casos se acompaña de frecuentes lavados o de la evitación del objeto contaminado. Cuando este es difícil de evitar (orina, heces, polvo o gérmenes) genera gran ansiedad e incapacidad (pueden lavarse hasta despellejarse las manos o son incapaces de salir de la casa por miedo a los gérmenes.
- Dudas: es el segundo patrón más frecuente (25 %), se acompaña de frecuentes comprobaciones. La idea obsesiva suele implicar cierto peligro para el paciente (olvidar cerrar el gas o la puerta) y la comprobación puede ocasionar que regrese a la casa muchas veces. Los pacientes pueden sentirse culpables de haberse olvidado o haber hecho algo.
- Pensamientos intrusos: el tercer patrón en frecuencia (15 %) es el de pensamientos obsesivos intrusivos, que se acompañan de compulsiones internas. Estas obsesiones pueden ser pensamientos repetitivos de actos sexuales o agresivos que el paciente considera reprobables.

− Lentitud obsesiva primaria: el cuarto patrón más común (10 %) es un subgrupo de pacientes obsesivos, cuya conducta se caracteriza por extrema lentitud, no secundaria a rituales o rumiaciones, aunque estos pueden presentarse. Tiene frecuentemente obsesiones en relación con el paso y el control del tiempo.

Para su evaluación, cuantifique las obsesiones y compulsiones en términos de tipo, número y frecuencia; el tiempo que le ocupan y el deterioro en su funcionamiento social y laboral. Investigue si las obsesiones y las compulsiones son diferentes a las que se identificaron en un inicio. Muchos pacientes sufren múltiples obsesiones y compulsiones relacionadas; reconocen la irracionalidad de sus obsesiones y compulsiones y las ven como una fuente de ansiedad.

Complete la exploración psicopatológica para descartar otros trastornos, es frecuente que se incluyan de manera comórbida otras afecciones como la depresión (50 %), la esquizofrenia y las fobias.

Algunos autores incluyen trastornos médicos y psiquiátricos que comparten determinadas características clínico-terapéuticas-comorbilidad, en un grupo que consideran parte de dicho trastorno, al cual denominan espectro del trastorno obsesivo-compulsivo, entre estos se encuentran la hipocondría, la anorexia nerviosa, la bulimia y los trastornos de control de impulsos (juego patológico, cleptomanía, explosivo intermitente, piromanía y tricotilomanía).

Se considera como tratamiento de elección la terapia conductual, con técnicas de desensibilización e inundación (*in vivo* y virtual) y condicionamiento aversivo como posible alternativa; estas terapias requieren mucho compromiso por parte del paciente. También se utilizan la terapia de exposición y la prevención de respuestas, en las que se exponen voluntaria y deliberadamente al paciente, aquellas situaciones que normalmente desencadenan sus pensamientos obsesivos y se le entrena en técnicas para evitar la realización de los rituales compulsivos y a manejar la ansiedad. Además, se utilizan las terapias de familia, que les ayudan a tolerar su funcionamiento deficiente, así como el disfuncionamiento conyugal.

En el orden farmacológico, al paciente que llega a urgencias en estado de ansiedad aguda, se le indicarán benzodiacepinas (loracepam: 1-2 mg; alprazolam: 0,25-1 mg y clonazepam: 0,5-1 mg, todas por vía oral). La clomipramina, antidepresivo tricíclico de potente acción inhibidora de la recaptación de serotonina, se considera como primera línea de elección; los ISRS (fluoxetina, paroxetina, citalopram y sertralina) también son efectivos. El litio, la carbamazepina, la buspirona, la trazodona, la gabapentina, el

ácido valproico y los antipsicóticos atípicos (risperidona), han demostrado ocasionalmente alguna efectividad.

Resumen

La ansiedad es un estado de temor que se acompaña de signos somáticos indicativos de una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo; es una respuesta adaptativa humana ante una situación estresante y desaparece una vez que cesa el estímulo.

Los trastornos de ansiedad tienen gran importancia en la psiquiatría de urgencia, por la elevada demanda que presentan, así como por la trascendencia de las enfermedades somáticas que pueden subyacer a un cuadro clínico de ansiedad.

La gestión del psiquiatra de urgencia ante un paciente con ansiedad se debe enfocar en tres actuaciones fundamentales: descartar la presencia de enfermedad orgánica que justifique el cuadro clínico de ansiedad, identificar alguno de los trastornos específicos de ansiedad y pautar un tratamiento adecuado.

Aproximadamente el 1,7 % de la población adulta (entre 18 y 54 años) padece trastorno de pánico; las mujeres con el doble de posibilidades sobre los varones. Las crisis de pánico se controlan de forma rápida y eficaz con cualquier benzodiacepina oral (diacepam: 10 mg, repetir a la hora si no ha remitido la crisis). En el tratamiento a mediano y largo plazos son necesarios otros fármacos, que ejercen un efecto preventivo en la recurrencia de las crisis y del componente fóbico que suele desarrollarse cuando las crisis son a repetición.

En la actualidad los fármacos de primera elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: paroxetina, fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram.

Entre otras estrategias terapéuticas se encuentran las terapias conductuales, que se concentran en cambiar acciones específicas y utilizan varias técnicas para disminuir o detener un comportamiento indeseable. Otra técnica de indudable eficacia, sobre todo cuando se desarrollan síntomas agorafóbicos, es la terapia de exposición *in vivo*.

El trastorno de ansiedad generalizada consiste en una preocupación y tensión crónicas; el sujeto anticipa siempre un desastre, preocupación excesiva por la salud, desasosiego ante el hecho de pasar el día, etc., con una carga de ansiedad mucho más elevada que la que se experimenta normalmente.

El síntoma principal de este cuadro clínico es la ansiedad generalizada y persistente, no limitada, ni asociada a ninguna circunstancia ambiental.

Se inicia por lo general a finales de la infancia o inicios de la adolescencia, es más común en las mujeres y con frecuencia se encuentran antecedentes familiares.

La conducta terapéutica habitual consiste en el empleo de las benzodiacepinas. En la actualidad, los más recomendados son los antidepresivos tricíclicos, los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y los ISRSN (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina-noradrenalina), como la venlafaxina.

La fobia es un miedo irracional a un objeto específico, una actividad o una situación, que lleva al sujeto a realizar conductas de evitación consciente al objeto o situación temida. Las fobias son trastornos mentales comunes, aunque un porcentaje elevado de los que la padecen no buscan ayuda médica y en otros casos están mal diagnosticadas.

Se subdividen en tres categorías:

- Fobias específicas: temor a un objeto o situación circunscrita.
- Agorafobia: por lo general es múltiple y se refiere al temor a estar en una situación alejada del lugar o la persona que el paciente considera seguros.
- Fobia social: las fobias simples afectan a más de una de cada 10 personas.

Los pacientes pueden desarrollar una comorbilidad por dependencia al consumo de alcohol, al utilizar esta sustancia con fines de automedicación frente a la ansiedad.

La agorafobia es el miedo a sufrir una intensa angustia, en lugares donde las posibilidades de escapar se perciben como limitadas. La manifestación clínica esencial son los ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico).

Casi siempre, los pacientes agorafóbicos tienen una historia infantil de timidez, angustia de separación y fobia escolar.

Una vez que se controlan las crisis, el enfoque psicoterapéutico más eficaz es la terapia de conducta (desensibilización o de exposición).

En la fobia social el paciente teme sentirse en ridículo en situaciones específicas, como hablar, escribir o actuar ante otras personas.

Aproximadamente el 80 % de las personas que sufren de fobia social encuentran alivio a sus síntomas cuando se les proporciona tratamiento farmacológico o terapia cognitivo-conductual y preferiblemente una combinación de ambos.

El trastorno por estrés postraumático es un síndrome que se caracteriza por ansiedad, inestabilidad autonómica, embotamiento emocional y reexperimentación de la experiencia traumática, tras un acontecimiento físico o emocional que va más allá del marco habitual de las experiencias humanas.

La prevalencia de este trastorno es del 0,5 % en los hombres y 1,2 % en las mujeres; el agente estresor más frecuente en los hombres son las experiencias militares de combate y en las mujeres, las agresiones y la violación; la mayoría de los pacientes son adultos jóvenes.

El tratamiento farmacológico se debe iniciar cuando se haya establecido una relación terapéutica adecuada, dado que el abuso de sustancias es muy frecuente en estos casos.

El trastorno obsesivo-compulsivo se describe como obsesiones y compulsiones recurrentes, lo suficientemente graves como para consumir tiempo o causar un malestar marcado o deterioro significativo.

Las obsesiones incrementan la ansiedad, mientras que llevar a cabo las compulsiones la reducen. Las obsesiones más comunes incluyen el disgusto con la suciedad, el miedo a que algo terrible vaya a pasar, la necesidad de simetría, orden o exactitud, pensamientos religiosos y pensamientos sexuales prohibidos.

Compulsiones comunes incluyen el lavado excesivo de las manos, ducharse, bañarse, lavarse los dientes y asearse en general; rituales repetidos, acaparamiento y coleccionismo; tocamientos; ordenaciones y ajustes.

El trastorno obsesivo-compulsivo puede ser extremadamente incapacitante, entre el 1 y 2 % de la población padece de un trastorno obsesivo-compulsivo en algún momento de su vida. Se considera como tratamiento de elección la terapia conductual, con técnicas de desensibilización e inundación (*in vivo* y virtual) y condicionamiento aversivo como posible alternativa.

En el orden farmacológico, al paciente que llega a urgencias en estado de ansiedad aguda, se le indicarán benzodiacepinas.

La clomipramina, antidepresivo tricíclico de potente acción inhibidora de la recaptación de serotonina, es considerada como primera línea de elección; los ISRS son efectivos. El litio, carbamazepina, buspirona, trazodona, gabapentina, ácido valproico y antipsicóticos atípicos (risperidona) han demostrado alguna efectividad ocasionalmente.

TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO

El paciente psicótico puede manifestar cualquiera de las alteraciones psicopatológicas propias de las entidades clínicas psicóticas y expresarse desde la sintomatología cardinal, como son las alteraciones de las sensopercepciones y/o del pensamiento, hasta las alteraciones afectivas; inhibición o agitación psicomotriz; tentativas de suicidio; agresividad; quejas somatomorfas o cuadros por efectos secundarios de los medicamentos.

La valoración clínica de estos casos debe estar apoyada por un conocimiento muy amplio de la semiología psiquiátrica, ya que es frecuente la falta de información; en otros momentos es necesario tomar decisiones en un tiempo breve, dado el riesgo de agresividad que llevan aparejados estos trastornos, por lo que con frecuencia se dispone solamente de un enfoque transversal para resolver la situación existente de manera satisfactoria.

Es común que el paciente psicótico no reconozca que el origen de sus síntomas consiste en un trastorno que altera su juicio de la realidad, por lo que en ocasiones es necesario adoptar medidas terapéuticas en contra de su voluntad, ya sea aplicando medidas de contención mecánica, recursos farmacológicos e incluso ingresos involuntarios.

Antes de evaluar al paciente, es importante obtener la mayor cantidad de información, para tener una mejor orientación en la conducta a seguir. La terapéutica se debe hacer en un clima empático, con baja estimulación sensorial, donde se establecerán de forma clara y comprensible los límites y el marco de la relación.

Es necesario caracterizar lo más detalladamente posible la crisis actual, que motiva la demanda de atención médica; determinar el perfil cronológico del inicio de la sintomatología, los factores precipitantes o desencadenantes y la presencia de síntomas clínicos previos con características similares; detectar la presencia de elementos orgánicos que originan el cuadro, ante la duda es indispensable realizar una exploración física detallada y los exámenes complementarios.

Los aspectos siguientes aluden a la enfermedad orgánica como desencadenante del cuadro clínico:

- Inicio brusco de los síntomas, sin periodo prodrómico.
- Alteración del nivel de conciencia.

- Antecedentes de consumo de tóxicos o signos clínicos indicativos de consumo/abstinencia a tóxicos.
- Alteraciones en los signos vitales.
- Antecedentes personales o familiares de enfermedad orgánica, que puede evolucionar con síntomas de intensidad psicóticos.
- Ausencia de historia personal de psicosis.
- Características clínicas de atipicidad: edad de presentación inhabitual, fluctuación de los síntomas, presencia de alucinaciones visuales, etcétera.

Cuando las manifestaciones psicóticas se presentan en una persona que no tiene un diagnóstico previo de enfermedad psiquiátrica, es necesario organizar nuestro pensamiento médico, a partir de los parámetros siguientes:
- Determinar la existencia de antecedentes familiares de psicosis.
- Identificar la presencia de síntomas prodrómicos que hayan pasado desapercibidos.
- Presencia de síntomas de primer orden de esquizofrenia.
- Existencia de factores de estrés psicosocial que hayan podido actuar como precipitantes.
- Antecedentes de consumo de sustancias tóxicas.
- Factores de personalidad.
- Funcionamiento sociofamiliar premórbido.

Si el paciente tiene un diagnóstico previo de psicosis (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno delirante), hay que determinar si el cuadro clínico actual es similar a los anteriores; también se precisará si existen otros factores que pueden distorsionar el cuadro clínico (consumo de tóxicos, afecciones físicas y problemáticas sociofamiliares). Así mismo, se deben identificar los factores precipitantes (situaciones de estrés, abandono de la terapéutica y consumo de sustancias psicótropas), y evidenciar la efectividad alcanzada con los tratamientos anteriores.

En estos casos hay que restaurar el tratamiento neuroléptico, si se ha abandonado, y precisar la necesidad de incremento de las dosis, o el cambio de fármacos, si fuese necesario.

Para los recién diagnosticados, el tratamiento se debe iniciar con antipsicóticos; las dosis iniciales y de mantenimiento se deben ajustar en función de la intensidad de los síntomas y sus características generales: edad, peso, talla, estado general y afecciones orgánicas asociadas.

En la evaluación del paciente psicótico el aspecto más relevante es conocer la necesidad de hospitalizar o no hospitalizar de manera urgente, para ello se tendrá en cuenta si resulta una amenaza para su integridad o

para terceros, sin que pueda ser controlado ambulatoriamente; que la actividad psicótica sea intensa y genere una angustia marcada; que no tenga el suficiente apoyo sociofamiliar o existan otras emergencias psicosociales y, por supuesto, cuando se reporte un fracaso terapéutico, haya necesidad de emplear recursos terapéuticos no disponibles para uso ambulatorio, o bien si es dudoso el cumplimiento de la terapéutica ambulatoria.

Existen algunos elementos semiológicos típicos de las psicosis, que se deben tener en cuenta al valorar la demanda de atención de urgencia (Tabla 5.1).

Manifestaciones clínicas

Esquizofrenia

Es un trastorno psicótico, de carácter crónico, recurrente y remitente; su presentación es común en las salas de urgencia, por la severidad de sus síntomas; pueden ser los primeros episodios, debido a que cuando la esquizofrenia irrumpe en la vida del sujeto, se produce una ruptura biográfica o vital; un antes y un después claramente delimitados por el inicio de la enfermedad, aunque pueden mostrarse algunas alteraciones prodrómicas, generalmente sutiles e insidiosas (merma en el rendimiento laboral o académico, disminución de intereses sociales y tendencia al aislamiento), que no siempre se evidencian por parte de los familiares.

Los pacientes pueden estar asustados por la confusión de sus pensamientos, el carácter extravagante de sus ideas, la angustia que desencadenan las alucinaciones y por un torrente de emociones o aplanamiento de las respuestas emocionales.

Entre las alteraciones más comunes se encuentran los delirios, entendidos como alteraciones del contenido del pensamiento, especialmente ideas de contenido referencial y persecutorio (las percepciones e interpretaciones delirantes surgen a partir de elementos habituales del entorno, que de pronto cobran una significación especial, con una elaboración cognitiva elevada).

Las alteraciones sensoperceptivas son algunos de los síntomas más atribuibles a la esquizofrenia, aunque no exclusivos de esta. Las alucinaciones auditivas son las más comunes, pueden provenir de voces de personas conocidas o no por el paciente, una o varias a la vez, de manera directa o hablando de él en tercera persona, comentando de manera insultante o burlona sobre su actividad, lo cual le genera una angustia muy marcada.

Las alucinaciones visuales no son frecuentes y su presencia debe orientar hacia un posible trastorno orgánico o consumo de sustancias tóxicas.

Tabla 5.1. Características semiológicas de las psicosis

Entidad	Cuadro clínico	Conciencia	Pensamiento: Curso/contenido	Alteraciones perceptuales
Esquizofrenia	Suspicacia/agitación	Normal	Disgregado/delirios	Auditivas
Trastorno delirante	Suspicacia	Normal	Normal/delirios (daño)	Ausentes
Personalidad histérica (disociativa)	Confusión/teatralidad	Alteración cualitativa	Normal/ideas autocondicionadas	Visuales (poco frecuentes)
Trastorno esquizoafectivo	Expansividad/ desinhibición/agitación	Normal	Acelerado/delirio (más frecuente megalomaníaco)	Auditivas
Delirium (psicosis por enfermedad somática)	Confusión/agitación	Disminución	Normal/ delirio (daño)	Visuales (ilusiones) y escenográfica

Fuente: Chinchilla, A. *Manual de urgencias psiquiátricas.* Edit. Masson S.A. 2004.

Los bloqueos, robos y difusión del pensamiento, surgen por la interrupción del flujo de las ideas por influencias ajenas a su voluntad, esto les hace sentir que han perdido el control sobre su voluntad y sus pensamientos, ya que otros pueden conocerlos e incluso verlos difundidos a través de los medios de comunicación.

En la medida que la enfermedad progresa y las consecuencias psicosociales se hacen evidentes, se presentan depresiones secundarias e ideas suicidas, lo que incrementa su condición de alto riesgo, no solo por la psicosis en sí misma, sino también por la desmoralización y el deterioro que esta conlleva.

En otros casos, la demanda de atención de urgencia se presenta como reagudizaciones, o sea, descompensaciones en pacientes ya diagnosticados, que en su mayoría incumplen la terapéutica, o porque están sometidos a situaciones de estrés laboral o conflictos familiares.

Algunos pacientes evolucionan hacia un deterioro progresivo y se convierten en discapacitados, lo que provoca que requieran custodia, incluso para aspectos básicos elementales de nutrición e higiene; generalmente no tienen capacidad introspectiva y no aceptan la enfermedad o su carácter psicológico; vagan de un hospital a otro en busca de tratamiento para sus quejas somáticas. También pueden ser conducidos a urgencia por la policía y otras autoridades, por vagabundeo, dormir en la calle o presentar otras conductas bizarras.

Otra demanda de atención urgente en pacientes esquizofrénicos se asocia a la terapéutica, en particular por los efectos extrapiramidales causados por los antipsicóticos clásicos, aunque también es posible con los neurolépticos atípicos.

La acatisia es uno de los trastornos más frecuentes, se caracteriza por un estado de marcada inquietud, desasosiego e incapacidad para mantenerse quieto, que puede desencadenar alteraciones conductuales importantes, entre las que se incluyen los intentos suicidas. Las distonías agudas se presentan con contracciones involuntarias de grupos musculares, que generan movimientos espasmódicos, muy molestos para el paciente.

El parkinsonismo iatrogénico imita en todos sus síntomas a la enfermedad de Parkinson, se caracteriza por rigidez articular, bradicinesia, hipomimia o sialorrea. Las discinesias tardías se presentan en aquellos pacientes que han mantenido un tratamiento con neurolépticos clásicos durante mucho tiempo, por lo general en dosis elevada, y suelen empeorar cuando estos se suspenden bruscamente. Otros síntomas pueden ser la sedación excesiva, la hipotensión ortostática, la disminución del umbral convulsinógeno, que puede desencadenar crisis convulsivas, y la agranulocitosis.

La mayoría de estos efectos adversos extrapiramidales (salvo las discinesias tardías) se controla añadiendo al tratamiento fármacos anticolinérgicos y/o benzodiacepinas (diacepam, loracepam y otros).

Un cuadro clínico posible, que se debe valorar en el servicio de urgencias, es el síndrome neuroléptico maligno; este se presenta luego de un periodo de exposición a neurolépticos, que puede ser de horas o meses; se desarrolla rápidamente (en pocas horas o días), sin antecedentes de pródromos. Sus síntomas iniciales son las discinesias y los temblores; hipertonía muscular, agitación severa, inestabilidad vegetativa (taquicardia, fluctuaciones de la tensión arterial y diaforesis); puede no haber fiebre, pero esta se presenta según avanzan los síntomas; se acentúa la rigidez muscular, con agitación y confusión u obnubilación de la conciencia. En el estadio final surgen complicaciones graves como la rabdomiólisis, con elevación de la creatinfosfoquinasa (CPK), coagulación intravascular diseminada, fallo renal e insuficiencia respiratoria, con elevada mortalidad (entre el 20 % y 30 % de los pacientes que alcanzan el síndrome completo).

La terapéutica del síndrome neuroléptico maligno consiste en la supresión del neuroléptico, el empleo de agonistas dopaminérgicos, antagonistas del calcio, β-bloqueadores y terapia electroconvulsiva (a considerar).

Otro momento muy importante es la emergencia de síntomas depresivos en los pacientes esquizofrénicos, sobre todo en la fase de resolución de los síntomas psicóticos positivos. Este cuadro clínico, denominado depresión postsicótica, se caracteriza por ánimo depresivo, apatía, anhedonia e inhibición psicomotriz, además de las alteraciones concomitantes de los ritmos biológicos (apetito, sueño, sexualidad, ciclo menstrual y otros). En este periodo de la enfermedad, que es cuando el paciente toma contacto con la realidad, existe un mayor riesgo de que realice intentos de suicidio.

En general, el riesgo suicida en los esquizofrénicos es elevado y todo intento se debe considerar grave, debido a que presentan un escaso control de sus impulsos y suelen realizar estos con un alto grado de letalidad.

Existen algunos parámetros que acentúan el riesgo suicida: el comienzo de la enfermedad en edades más tempranas, tener mejor ajuste sociolaboral premórbido, los cuadros que evolucionan con recaídas frecuentes y mayor tendencia a la cronicidad; la presencia de crítica de enfermedad, mayor incidencia de síntomas negativos y los efectos secundarios de la medicación neuroléptica, sobre todo en las discinesias y la acatisia.

Las alteraciones de la psicomotricidad son las urgencias más frecuentes, se destacan la agitación, la inquietud psicomotriz y la catatonía.

La agitación psicomotriz es, quizás, uno de los motivos principales de consulta de los pacientes psicóticos; por lo general, el sujeto se encuentra muy angustiado y con sentimientos de amenaza hacia su integridad física; en estos casos no se puede perder de vista la elevada prevalencia del consumo de sustancias (alcohol y otros tóxicos), que constituyen motivo de reagudización de los síntomas psicóticos y son, en sí mismas, las que provocan los estados de agitación psicomotriz.

En la inquietud psicomotriz, el paciente se muestra intranquilo, pero sin llegar a un estado de total agitación; se acompaña de angustia, suspicacia e irritabilidad.

La catatonía se manifiesta en un subtipo clínico de esquizofrenia, en el que predominan las manifestaciones psicomotrices. Se caracteriza por la inhibición psicomotriz extrema y el exceso de actividad física, sin propósito aparente, ni relación con estímulos externos; otros síntomas son el estupor, mutismo, escasa actividad a estímulos, negativismo (a líquidos y alimentos), rigidez muscular generalizada y flexibilidad cérea. Cuando predomina la hiperactividad, el enfermo puede tener conductas extravagantes y movimientos estereotipados, manerismos, ecopraxia y ecolalia.

Los síntomas catatoniformes demandan hospitalización urgente, por el riesgo vital que comportan para el paciente y la necesidad de aplicar terapia electroconvulsiva en la mayoría de ellos.

La conducta terapéutica se orientará a las condiciones básicas que presente el paciente; el ingreso hospitalario podrá ser valorado cuando se presenten los síntomas por primera vez, ya que el hospital le brinda un medio seguro.

El ingreso hospitalario en fases posteriores estará determinado por el grado de angustia que presente, ya sea por la persistencia de las voces (continuas, denigrantes y amenazadoras). La conducta paranoide puede hacer que el paciente no duerma e incluso llevarlo a conductas defensivas peligrosas, en las que puede afirmar que prefiere morir antes que ser capturado. Si la actividad oscila entre la apatía severa y la agitación, también requerirá el ingreso.

Los delirios de tipo somático pueden desembocar en conductas de automutilación o enucleación, por lo que tienen una elevada peligrosidad hacia ellos mismos. La conducta impredecible es muy frecuente en estos pacientes, por tanto se debe mantener un alto nivel de vigilancia. Por lo general, la ideación suicida se enmarca en el contexto de una depresión, más que por la psicosis propiamente dicha, y en la mayoría de sus manifestaciones es idéntica a la ideación suicida de los que tienen pérdidas reales o desesperanza respecto al futuro.

Si el paciente se opone al internamiento, la relación terapéutica forzada debe sopesarse frente a los riesgos que representa el tratamiento ambulatorio o el hecho de que no se le aplique ningún tratamiento.

Se puede iniciar la terapéutica medicamentosa con antipsicóticos de baja potencia (clorpromacina), si está agitado o hiperactivo; los de elevada potencia (trifluoperazina), si está letárgico, y la clozapina, en los casos resistentes.

Los fármacos de alta y baja potencia son efectivos, pero cada uno de estos puede funcionar mejor en uno u otro tipo de paciente. En los brotes agudos (clorpromacina, 25 mg, v.o. o i.m.) e ir aumentando la dosis hasta 300-1 800 mg/día. Para la tranquilización rápida (haloperidol, 1-10 mg, v.o. o i.m., en 30-60 min); dosis diaria hasta 100 mg (Fig. 5.1).

Psicosis reactiva breve

En la psicosis reactiva breve el cuadro clínico psicótico se desarrollará de manera brusca, como respuesta a un factor importante de estrés psicosocial identificable; tiene una duración no mayor del mes y evoluciona con una restitución rápida, tras la resolución del factor desencadenante. Los síntomas psicóticos más frecuentes son: desorganización del pensamiento y la conducta, pérdida de las asociaciones lógicas, lenguaje disgregado, alucinaciones, delirios y conducta catatónica.

Los síntomas afectivos son más frecuentes que los síntomas clásicos de la esquizofrenia, por lo que el estado mental puede ser indistinguible entre una esquizofrenia o una psicosis afectiva. Los elementos sugerentes de un buen pronóstico son similares a los de la esquizofrenia; el comienzo brusco, un estresor severo, síntomas afectivos prominentes, buen funcionamiento premórbido, ausencia de antecedentes familiares de esquizofrenia y de rasgos esquizoides en la personalidad, existencia de un sufrimiento causado por los síntomas y escaso aplanamiento del afecto.

En cuanto a la evaluación y el manejo se debe descartar cualquier posible causa orgánica; para ello se debe precisar la estabilidad de los signos vitales y obtener una historia detallada de abuso de alcohol y drogas, así como de los fármacos que consume: esteroides, antidepresivos y otros fármacos psicótropos. Se evaluará la función tiroidea (el hipertiroidismo y el hipotiroidismo pueden ser causa de psicosis).

La hospitalización se indica aun cuando los síntomas se pueden controlar con medicación en urgencias e incluso en consultas de seguimiento. Es importante determinar los rasgos premórbidos de la personalidad del paciente, ya que estas psicosis ocurren, a menudo, en personalidades límites, esquizotípicas, narcisistas, histriónicas y paranoides.

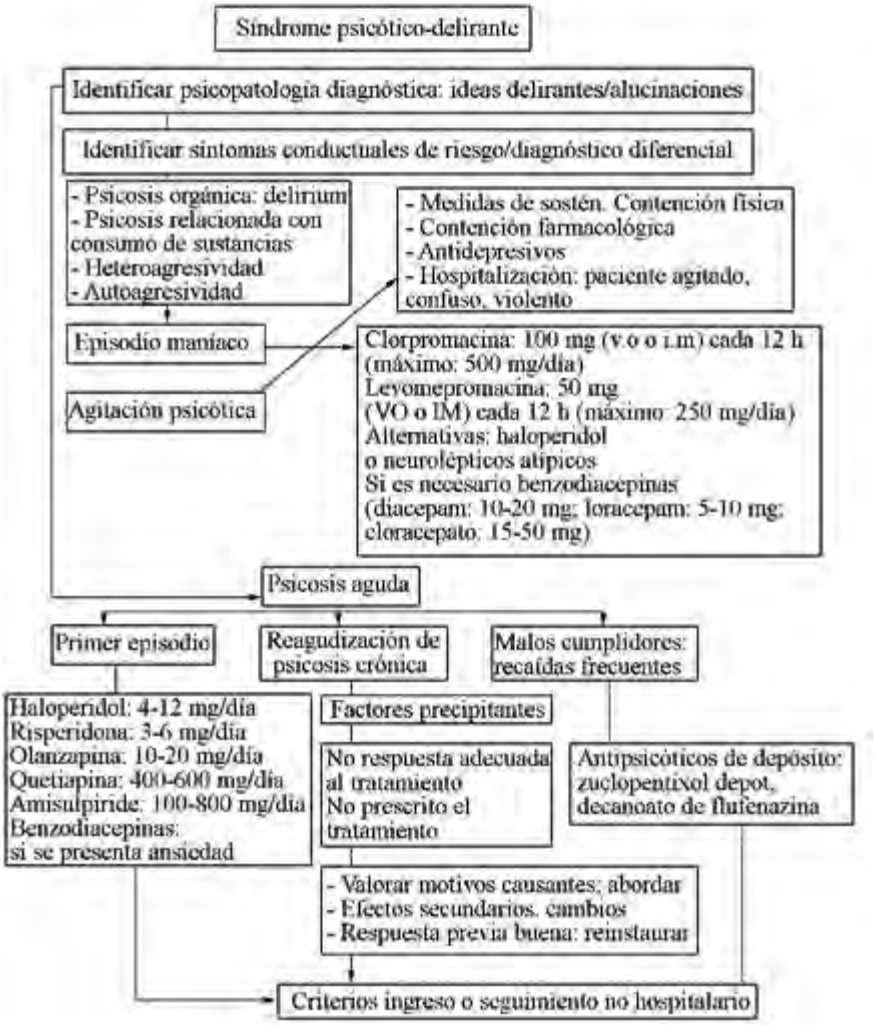


Fig. 5.1. Algoritmo terapéutico.
Fuente: Fisterra. Elsevier *Guías Clínicas* 2005; 5(41).

Se debe valorar la posibilidad de remitir al paciente para psicoterapia, en la recuperación, tras el periodo pospsicótico, en dependencia de sus necesidades. Por lo general, en este periodo los pacientes se mantienen angustiados por las vivencias psicóticas que sufrieron y pierden la confianza en sí mismos, es por ello que se pueden beneficiar con las terapias de apoyo, cognitiva, de familia o de grupo.

Si el cuadro clínico se presenta con agitación aguda, se puede intentar su control con benzodiacepinas (alprazolam: 0,5-1 mg, v.o.; loracepam: 1-2 mg, v.o. y oxacepam: 10-30 mg, v.o.), en dosis repetidas cada 2 o 4 h, según lo necesite el paciente; si las benzodiacepinas resultan ineficaces, se pasará de inmediato a los neurolépticos (haloperidol: 2-5 mg, v.o. o i.m. y flufenazina: 2-5 mg, v.o. o i.m.); la experiencia con neurolépticos atípicos es más restringida, pero se pueden utilizar (risperidona: 1-3 mg, v.o.). Estas medicaciones se deben administrar en el contexto de un tratamiento limitado a varias semanas.

Trastorno delirante (paranoide)

Se caracteriza por la existencia de creencias fijas y falsas, que no se modifican al ser contrastadas con la realidad; se presenta en edades más avanzadas, con respecto a la esquizofrenia, sin que se pueda determinar claramente en la historia de vida del paciente, una ruptura de su línea vital, en relación con el funcionamiento premórbido.

Predominan las alteraciones del contenido del pensamiento, con ideas delirantes de perjuicio y referenciales, tan bien sistematizadas que resultan creíbles en función de sus circunstancias. Duran más de 1 mes y la respuesta emocional del paciente al sistema delirante es congruente y apropiada al contenido de las ideas paranoides. La personalidad se mantiene intacta o se deteriora muy poco; el paciente suele estar hipervigilante o mostrarse hipersensible, por lo que tiende a una existencia social aislada.

Se pueden presentar otras temáticas delirantes, como la celotipia (se asocia con frecuencia al consumo de alcohol), erotomanía, grandiosidad, hipocondría y otras, en las que el sujeto se atribuye descubrimientos de relevancia científica. Por lo general, la demanda de urgencia es a petición familiar, o porque están implícitos algunos componentes afectivos, derivados de los síntomas psicóticos.

El objetivo principal de la entrevista inicial es determinar el nivel de afectación y evaluar la posibilidad de otros diagnósticos: depresión, manía, esquizofrenia, abuso de sustancias y trastornos orgánicos.

Si la ideación suicida u homicida está presente, es necesaria la hospitalización, ya que el tratamiento ambulatorio resulta difícil por la pobre colaboración del paciente. Si se presentan manifestaciones de agitación aguda, se pueden emplear benzodiacepinas (loracepam: 1-2 mg, v.o. o i.m.) o antipsicóticos (haloperidol: 2-5 mg, v.o. o i.m.; pimocide (Orap): 1-2 mg, v.o.). Si coexiste un trastorno afectivo, se emplearán antidepresivos, carbonato de litio o carbamacepina.

Trastorno esquizoafectivo

Se entiende de distintas maneras:

- Como un tipo de esquizofrenia o de trastorno afectivo.
- Como una combinación de esquizofrenia y trastorno afectivo.
- Como una enfermedad distinta de cualquiera de las anteriores.
- Como un grupo heterogéneo de trastornos que incluyen las tres posibilidades.

Es menos frecuente que la esquizofrenia o los trastornos afectivos; los signos y los síntomas clínicos incluyen todos los de la esquizofrenia, la manía y la depresión. Su evolución es variable, se incluyen desde exacerbaciones y remisiones periódicas hasta el deterioro continuo y progresivo.

Los factores que sugieren un mal pronóstico en la esquizofrenia, se aplican a dicha afección, entre estos se encuentran: mal funcionamiento premórbido, inicio insidioso, falta de un factor precipitante, predominio de síntomas psicóticos, síntomas negativos, inicio a edades tempranas, evolución sin periodos de remisión e historia familiar de esquizofrenia.

Cuando los síntomas psicóticos están presentes, también hay que explorar la presencia de síntomas afectivos, por sus implicaciones terapéuticas. Esta búsqueda puede ser difícil si el paciente presenta fuga de ideas, distractibilidad e impulsividad.

Los maníacos son sociables, sin embargo, a pesar de esa apariencia eufórica, pueden tener fuertes impulsos suicidas; con frecuencia, el estado de ánimo es inestable y pueden pasar, en un breve intervalo, de un polo a otro; presentar ideas nihilistas y suicidas, con un riesgo muy elevado.

La solicitud de urgencia se asocia a una marcada irritabilidad, carencia de necesidad de dormir, ideas o conductas bizarras y afecto inapropiado. Para el manejo terapéutico del paciente con síntomas maníacos puede ser necesario confinarlo a una habitación y reducir las visitas para minimizar la estimulación; en caso de agitación se debe recurrir al encierro o a la sujeción mecánica.

Si presenta síntomas psicóticos activos, el tratamiento inicial es similar al de la esquizofrenia; los antipsicóticos, por sí solos, pueden ser suficientes para controlar los síntomas psicóticos y maníacos.

El tratamiento de la psicosis o de la agitación se iniciará con neurolépticos (haloperidol: 2-5 mg, v.o. o i.m. y flufenazina: 2-5 mg, v.o. o i.m.). Se pueden emplear benzodiacepinas (loracepam: 1-2 mg, v.o. o i.m. y clonazepam: 0,5-1 mg, v.o.). Los pacientes esquizoafectivos se pueden beneficiar con el carbonato de litio, los antiepilépticos y los antidepresivos.

Psicosis orgánica

Las psicosis de causa orgánica presentan algunos elementos de atipicidad, entre estos una evolución fluctuante de los síntomas psiquiátricos, alteraciones en los signos vitales, manifestaciones de enfermedad somática e indicios de consumo de tóxicos.

La alucinosis orgánica se define por la presencia de alucinaciones, generalmente visuales, vívidas y persistentes, con el nivel de conciencia conservado, así como el juicio de la realidad, aunque ocasionalmente el paciente puede hacer interpretaciones delirantes, secundarias a la alteración perceptiva. Entre sus causas se destacan los tumores, traumatismos craneoencefálicos, encefalitis y epilepsias del lóbulo temporal.

Otros tipos de psicosis orgánicas son el trastorno catatónico orgánico (por encefalitis o por intoxicación con monóxido de carbono), o el trastorno de ideas delirantes (orgánico), que se asocia a la afección límbica y temporal izquierda.

Resumen

El paciente psicótico puede manifestar cualquiera de las alteraciones psicopatológicas propias de las afecciones clínicas psicóticas y expresarse con síntomas cardinales, ya sean alteraciones sensoperceptuales, ideas delirantes, agitación psicomotriz, tentativas de suicidio y complicaciones por efectos secundarios de los medicamentos.

Es necesario caracterizar detalladamente los síntomas que motivan la demanda de atención médica; determinar la existencia de factores desencadenantes y los antecedentes de trastornos previos similares. Identificar si hay manifestaciones de enfermedad orgánica como desencadenante, caracterizándose por el inicio brusco sin periodo prodrómico; alteraciones del nivel de conciencia y antecedentes de consumo de tóxicos o signos de abstinencia.

Cuando estas manifestaciones se presentan en una persona sin diagnóstico previo hay que determinar la existencia de antecedentes familiares de psicosis; identificar la sintomatología prodrómica que haya pasado desapercibida; presencia de síntomas de primer orden de esquizofrenia.

Si tiene un diagnóstico previo de psicosis, hay que determinar si los síntomas actuales son similares a los anteriores y puntualizar si existen otros factores que puedan distorsionarlo.

Los recién diagnosticados deben comenzar el tratamiento con antipsicóticos; las dosis iniciales y de mantenimiento se deben ajustar en función de

la intensidad de los síntomas. Para la hospitalización se tendrá en cuenta si resulta una amenaza para su integridad o para terceros.

Esquizofrenia: es un trastorno psicótico, de carácter crónico, recurrente y remitente; su presentación es común en las salas de urgencia, por la severidad de sus síntomas.

Los pacientes pueden estar asustados por el carácter extravagante de sus ideas, la angustia que desencadenan las alucinaciones y por lo contradictorio de las respuestas emocionales.

Las alucinaciones auditivas son las más comunes; los bloqueos, robos y difusión del pensamiento, surgen por la interrupción del flujo de las ideas. En la medida que la enfermedad progresa y las consecuencias psicosociales se hacen evidentes, se presentan depresiones secundarias e ideas suicidas.

Otra demanda de atención urgente a pacientes esquizofrénicos se asocia por los efectos extrapiramidales que causan los antipsicóticos clásicos.

La acatisia es uno de los trastornos más frecuentes, se caracteriza por un estado de marcada inquietud, desasosiego e incapacidad para mantenerse quieto. Las distonías agudas se presentan con contracciones involuntarias de grupos musculares, que generan movimientos espasmódicos. El parkinsonismo iatrogénico imita en todos sus síntomas la enfermedad de Parkinson. Las discinesias tardías se presentan en aquellos pacientes que reciben tratamiento con neurolépticos clásicos durante mucho tiempo.

Otros síntomas pueden ser la sedación excesiva, la hipotensión ortostática y la disminución del umbral convulsivo. El síndrome neuroléptico maligno se presenta luego de un periodo de exposición a neurolépticos, se desarrolla rápidamente, en pocas horas o días, sin antecedentes de pródromos. Son comunes la hipertonía muscular, agitación severa e inestabilidad vegetativa.

En general, el riesgo suicida en los esquizofrénicos es elevado y todo intento se debe considerar grave. Las alteraciones de la psicomotricidad son, en sí, las llamadas de urgencia más frecuente, se destacan la agitación, la inquietud psicomotriz y la catatonía.

La agitación psicomotriz es uno de los motivos principales de consulta de estos pacientes que se muestran inquietos, acompañados de angustia, suspicacia y determinada irritabilidad.

La catatonía se presenta en un subtipo clínico de esquizofrenia, se caracteriza por estupor, mutismo, escasa actividad a estímulos, negativismo, rigidez muscular generalizada y flexibilidad cérea.

La conducta paranoide puede llevar a conductas defensivas peligrosas. Los delirios de tipo somático pueden desencadenar conductas de automutilación o enucleación.

Si el paciente se opone al internamiento, la relación terapéutica forzada se debe sopesar frente a los riesgos del tratamiento ambulatorio o la disyuntiva de no aplicar ninguno.

En la psicosis reactiva breve el proceso psicótico se desarrollará de manera brusca, como respuesta a un importante factor de estrés psicosocial identificable. Si se presenta con agitación aguda, se puede intentar su control con benzodiacepinas; en caso de resultar ineficaz se pasará de inmediato a los neurolépticos.

Trastorno delirante paranoide: se caracteriza por la existencia de creencias fijas y falsas, que no se modifican al ser contrastadas con la realidad; predominan las alteraciones del contenido del pensamiento, con ideas delirantes de perjuicio y referenciales, tan bien sistematizadas que resultan creíbles.

La personalidad se mantiene intacta o se deteriora muy poco; también están presentes las temáticas delirantes, como la celotipia, erotomanía, grandiosidad, hipocondría y otras, en las que el sujeto se atribuye descubrimientos de relevancia científica.

Trastorno esquizoafectivo: se entiende como una combinación de esquizofrenia y trastorno afectivo. Los signos y síntomas clínicos incluyen todos los síntomas de la esquizofrenia, la manía y la depresión. La solicitud de urgencia se asocia a una irritabilidad marcada, carencia de necesidad de dormir, ideas o conductas bizarras y afecto inapropiado.

El tratamiento de la psicosis o de la agitación se iniciará con neurolépticos. Los pacientes esquizoafectivos se pueden beneficiar con el carbonato de litio, los antiepilépticos y los antidepresivos.

Las psicosis de causa orgánica se caracterizan por algunos elementos de atipicidad, entre estos la evolución fluctuante de los síntomas psiquiátricos, presencia de alteraciones en los signos vitales y manifestaciones de enfermedad somática. La alucinosis orgánica se define por la presencia de alucinaciones, generalmente visuales, vívidas y persistentes, con el nivel de conciencia conservado.

Otros tipos de psicosis orgánicas son el trastorno catatónico orgánico o el trastorno de ideas delirantes orgánico, asociado a afección límbica y temporal izquierda.

SUICIDIO

El suicidio es, conceptualmente, la muerte autoprovocada con carácter intencional; este término (*sui*: sí mismo y *caedere*: matar) se describe en la lengua anglosajona desde el siglo XVII y en lengua castellana desde finales del siglo XVIII. Durante el siglo XX se abandonaron de manera progresiva las concepciones previas, basadas en el resultado final de la acción (muerte), y se valoraron conceptos más operativos e incorporaron dimensiones como la intencionalidad, el autoinfligimiento y la motivación.

De esta manera, el suicidio, lejos de considerarse una conducta reciente y aislada, es un fenómeno universal que ha acompañado a la condición humana a lo largo de toda su historia. Este acto dramático, consistente en la aniquilación de la propia persona, representa un enorme impacto, no solo sobre su entorno más inmediato, sino que repercute directamente sobre la sociedad en la que se asienta. Las distintas religiones, culturas y estructuras políticas han mantenido actitudes muy diversas ante este acto, que repercuten sobre la apreciación y las creencias personales en torno al suicida.

El suicidio y las conductas relacionadas se han convertido en una de las causas principales de demanda sanitaria en los servicios de urgencia. Este acto, incluso cuando el desenlace no es fatal, supone un impacto enorme sobre el entorno del paciente, por lo que familiares y amigos desarrollan sentimientos de malestar e impotencia. En el suicidio consumado estos sentimientos se potencializan y llegan a aparecer sentimientos de culpa, agravados, casi siempre, por el hecho de que el paciente había comunicado sus intenciones; surgen duelos complicados y se afectan seriamente las relaciones familiares.

La ideación y el intento suicida son motivos frecuentes de consulta en urgencia psiquiátrica; sus causas pueden estar asociadas a crisis personales, que provocan un sufrimiento intenso con sentimiento de desesperanza; conflictos generados por la supervivencia, con un elevado nivel de estrés y deseo de escapar a su realidad.

La ideación suicida surge en personas vulnerables, como respuesta a los agentes estresantes que la involucran. Generalmente, detrás de una decisión tan dramática emergen diversos factores personales, socioculturales y demográficos, que pueden actuar como predisponentes o precipitantes

de la conducta, y serán los que orientarán a la actitud que se debe tomar en cada caso.

Cuando las conductas suicidas son reiteradas, las funciones y la conducta a seguir por el psiquiatra de urgencia deben ser muy precisas, ya que cerca del 10 % de los que hacen una tentativa de suicidio, termina por suicidarse. Para muchos estudiosos del tema, el riesgo de suicidio en estos pacientes es 100 veces superior al de la población general.

Chinchilla, en su *Manual de urgencias psiquiátricas* expresa los criterios operativos para la certificación de conductas suicidas:

- Suicidio: resultado mortal:
  - No es necesaria la intención de morir; el resultado mortal es un efecto a corto plazo.
  - Incluye suicidios terroristas y sobredosis con sustancias adictivas (el conocimiento está presente).
  - Excluye conductas suicidas indirectas.
- Tentativa de suicidio: resultado no mortal:
  - Conducta potencialmente autolesiva, la gravedad médica no es necesaria para su consideración como tentativa de suicidio.
  - Incluye suicidios terroristas y sobredosis con sustancias adictivas; consumo excesivo de alcohol (no habitual).
  - Excluye conductas suicidas indirectas.
- Parasuicidio: resultado no mortal:
  - Desencadena el acto que lleva a dañarse o las sobredosis de sustancia; la acción iniciada es deliberada o intencionada.
  - Incluye actos manipulativos, intoxicaciones agudas por alcohol y repeticiones agrupadas de actos parasuicidas.
  - Excluye si es un comportamiento habitual o automutilación.

En ocasiones, identificar a los pacientes suicidas es una tarea difícil; los estudios demuestran que la mayor letalidad por suicidio está entre los varones de raza blanca, edad avanzada y con aislamiento social; también se identifican como factores de riesgo la historia familiar de tentativas suicidas y personas desempleadas, que viven solas.

Ante una conducta potencialmente suicida, la intervención psiquiátrica debe estar encaminada a definir e identificar el problema, evaluar la posible existencia de un diagnóstico psiquiátrico concomitante e identificar los factores de riesgo. Aproximadamente el 80 % de los casos tiene un trastorno afectivo y el 25 % es dependiente de alcohol.

A veces, es complicado evaluar la importancia de los intentos suicidas previos en la determinación del riesgo suicida para ese momento; en

ocasiones, los pacientes con suicidios letales no han hecho ningún intento previo, mientras que otros que lo han realizado antes, demuestran su potencialidad para realizarlo nuevamente. Son muy complejos los pacientes con tentativas parasuicidas repetidas, relativamente predecibles en el tiempo, que niegan su ideación suicida. La variante más común es la de la persona que ingiere con frecuencia sobredosis de psicofármacos, aparentemente no intencional, que en la generalidad se trata de trastornos de personalidad, sin síntomas psiquiátricos mayores.

Demandan atención urgente los pacientes que han sobrevivido a un intento suicida; los que acuden con ideación o impulsos suicidas; los que refieren otras quejas como móvil de su necesidad de asistencia médica urgente; los que a lo largo de la entrevista reconocen tener ideación suicida y otros que niegan sus intenciones suicidas y, sin embargo, se comportan de manera tal que muestran un potencial suicida significativo.

Hay que tener en cuenta que el paciente suicida expresa, mediante la conducta, su malestar, desesperanza, frustraciones, hostilidad y otros sentimientos que se deben identificar en la entrevista; no todos los pacientes describen su ideación suicida espontáneamente, por lo que el interlocutor debe abordarlo de diferentes maneras.

Es posible que el paciente describa una vivencia pasiva e inespecífica de deseo de muerte o, por el contrario, mantenga una actitud más activa, contemple su situación como algo insalvable, admita la idea de quitarse la vida como procedente y tenga proyectado cómo hacerlo. Cuando el paciente niega la posibilidad de realizar un acto suicida, se debe indagar sobre las razones que le impiden hacerlo, estas pueden ser de tipo religioso, familiar o cultural; si es todo lo contrario, se considerarán los medios a su alcance, el grado de planificación, la existencia de intentos previos y cualquier otro factor de riesgo.

Además de la información que aporta el paciente, es conveniente entrevistar a la familia y otros allegados, esto no solo es un buen instrumento para obtener información, sino que además tiene una función terapéutica, constituye el primer paso en el tratamiento y la orientación al paciente suicida.

El psiquiatra de urgencia debe evaluar y predecir el potencial riesgo suicida existente; su carácter premeditado o impulsivo; determinar la letalidad; las oportunidades que dio para ser descubierto por alguien; la reacción presentada cuando alguien intervino para salvarle y si los factores que lo llevaron a la tentativa cambiaron o se mantienen igual.

Los motivos que llevan a una persona a quitarse la vida son múltiples y no responden a una regla establecida, aunque prevalecen concepciones

que consideran el suicidio como resultado de la interacción de diversas variables de tipo ambiental y personal.

Factores de riesgo

Diversas investigaciones epidemiológicas señalan diferencias en la distribución de las conductas suicidas, en dependencia del sexo, con predominio de intentos en las mujeres y suicidios consumados en los hombres. En relación con la edad, en los países industrializados se muestra una elevada incidencia en los mayores de 65 años, hecho que contrasta con lo que sucede entre los jóvenes, en los que a pesar de ser menos frecuente, alcanza un mayor índice de mortalidad. Desde hace más de dos décadas se acepta que el estado civil influye en la conducta suicida, con independencia del sexo y la edad; se observa una mayor frecuencia de suicidios entre los divorciados y los viudos, seguidos de los solteros, y finalmente los casados.

En cuanto a las razas y las etnias, la tendencia actual apunta que las tasas se determinan por factores socioeconómicos, culturales y de calidad de vida, más que por factores puramente raciales. En relación con la clase social, se consideran más frecuentes entre las más altas que entre las más desfavorecidas. Así mismo, el medio urbano se asocia con mayor riesgo suicida que el rural. La situación laboral también se valora, ya que tanto los intentos como los suicidios consumados predominan entre los desempleados.

Con frecuencia, se observan acontecimientos vitales que ocurren en los 6 meses previos a una tentativa suicida; por lo general, estos acontecimientos provocan una situación de estrés que puede actuar de forma mantenida o acumulativa, y crear una disposición, la que por sí misma o apoyada por otras nuevas situaciones de estrés agudo, desencadenan la conducta suicida.

En la relación entre suicidio y enfermedad física, el enfermo, bajo una perspectiva racional, consciente de su incapacidad y de la gravedad de su situación, toma la decisión de dejar de sufrir, fenómeno que está mediado por múltiples factores, a los que se añade el hecho de que algunas enfermedades actúan directamente sobre el estado de ánimo de los pacientes, por ejemplo, el hipotiroidismo, el síndrome de Cushing, el cáncer de páncreas y las demencias subcorticales.

Entre los factores que presentan mayor riesgo suicida se encuentran los trastornos psiquiátricos, se estima que cerca del 90 % de los pacientes que realizan una tentativa suicida, padecen un trastorno psiquiátrico mayor, por ejemplo, depresión, etilismo, otras toxicomanías, esquizofrenia y trastornos de la personalidad.

La depresión es el diagnóstico psiquiátrico más frecuentemente asociado, se considera que cerca del 15 % de los pacientes con trastornos afectivos comete actos suicidas letales, lo que representa un riesgo 30 veces superior al de la población general; no se puede obviar que la mayoría de los pacientes psiquiátricos, con diagnósticos disímiles, realizan intentos suicidas durante las fases en las que están presentes los síntomas depresivos, caracterizados, en su generalidad, por intencionalidad alta, poca letalidad, relativa gravedad médica y aplicabilidad de métodos no violentos.

Al parecer, la relación entre el alcoholismo y otras toxicomanías con el suicidio, se asocia a su función como agente causal y precipitante de la conducta. Con frecuencia, el uso de estas sustancias induce cambios y fluctuaciones del estado de ánimo, lo cual puede incrementar el riesgo suicida, debido a la acción depresógena de estos tóxicos, además, por el deterioro personal, familiar y sociolaboral, que puede precipitar conductas autolesivas ante situaciones de pérdida, estrés o culpa.

De acuerdo con Kaplan y Sadock, las enfermedades que implican mayor riesgo suicida son las siguientes:

- Neurológicas: epilepsia, esclerosis múltiple, demencia, enfermedad de Parkinson, tumores cerebrales, enfermedades vasculares, migraña y traumatismos craneoencefálicos.
- Cardiovasculares: hipertensión e infarto.
- Endocrinas: diabetes mellitus, alteraciones tiroideas (hipotiroidismo e hipertiroidismo), enfermedades adrenales (Cushing y Addison) y posparto.
- Renales: diálisis e insuficiencia renal crónica.
- Respiratorias: asma y bronquitis crónica.
- Gastrointestinales: úlcera péptica, cirrosis hepática, enfermedad de Crohn y gastrectomías.
- Reumatológicas: dolor y artritis reumatoide.
- Hematológicas: anemias y porfiria aguda intermitente.
- Otras: cáncer, sida, mononucleosis y lupus eritematoso sistémico.

En los esquizofrénicos, el suicidio se caracteriza por el uso de métodos de elevada letalidad, como el ahorcamiento, el lanzamiento de alturas, arrojarse ante vehículos y otros, con una tasa cercana al 10 % de la totalidad de los enfermos, en el cual se distinguen algunos elementos que se consideran factores de riesgo: inicio de la enfermedad en edades tempranas (inferior a los 30 años), sexo masculino, nivel cultural alto, exacerbaciones frecuentes en la evolución clínica, actos suicidas previos, comorbilidad depresiva y sentimientos de desesperanza.

El deterioro progresivo al que está sometido, ya sea desde el punto de vista personal, como en las diversas esferas de su vida; la evolución hacia la cronicidad que presenta este trastorno, los escasos recursos con los que cuenta el paciente, la respuesta a la terapéutica empleada, no siempre satisfactoria, asociada a los efectos adversos frecuentes, hacen del esquizofrénico un paciente con elevado riesgo suicida.

Existen dos momentos que en alguna medida potencializan este hecho, tal es el caso de aquellos en los que el intento suicida se produce al comienzo de la enfermedad, tras la remisión de los síntomas agudos, en que el sujeto concientiza las características incapacitantes de la enfermedad y, por otro lado, los enfermos de larga evolución, con deterioro grave, sometidos a factores estresantes agudos.

Se definen algunas características psicológicas en los pacientes con mayor riesgo suicida y en los que se destacan los sentimientos de tristeza, desesperanza, desamparo, hostilidad, culpa, dependencia, vergüenza e inutilidad, a partir de los cuales se identifican numerosos estudios que respaldan la interrelación entre los trastornos de la personalidad y las conductas suicidas; para algunos, esta relación es muy significativa en los trastornos límites o en los que evolucionan con alteración de la esfera afectiva; también en el trastorno disocial, el histriónico y el narcisista.

Las amenazas y los intentos suicidas previos constituyen el factor de riesgo suicida más importante; para aquellos con tentativas previas, el riesgo se eleva a más de 5, respecto a la población normal, de manera que cerca del 50 % de los pacientes suicidas tiene antecedentes previos.

Existe un grupo que se caracteriza por la repetición frecuente de actos suicidas de escasa letalidad, los suicidas crónicos, que buscan en sus actos una demanda de atención, más que ponerle fin a la vida; acuden con frecuencia a las salas de urgencia, donde pueden terminar por consumar el suicidio, de manera que sus quejas se deben tomar en serio.

Se considera que el periodo de mayor riesgo suicida se produce durante los meses posteriores al intento y disminuye de manera progresiva en los años sucesivos.

Existe un grupo de conductas que también se categorizan como factores de riesgo suicida, entre estas la ideación suicida verbalizada, los intentos previos o las fantasías suicidas, la disponibilidad de medios de suicidio, la preocupación por el efecto del suicidio en los familiares, la resignación tras una depresión agitada, las crisis vitales recientes o duelos mal estructurados y el pesimismo o desesperanza exacerbada.

Además de la evaluación de los factores de riesgo, se deben tener en cuenta otras características que permiten juzgar la gravedad y el riesgo inmediato que presenta el paciente, ante el intento fallido, y pueden servir de pauta al médico de urgencias para evaluar rápidamente las condiciones reales que presenta el paciente, entre estas se identifican la letalidad del método utilizado, el grado de intencionalidad, la planificación, las notas de despedida, la actitud del sujeto ante lo sucedido y las circunstancias físicas y personales en que se realiza.

Peligrosidad del método. Los métodos violentos (ahorcamiento, atropello, precipitación, apuñalamiento y disparo con arma de fuego) guardan una estrecha relación con la intencionalidad letal. Las intoxicaciones, en lo fundamental las medicamentosas, se consideran formas no violentas de suicidio y, por tanto, son menos graves, aunque este criterio se puede modificar en dependencia del conocimiento subjetivo del paciente respecto a las sustancias utilizadas.

Conciencia de efectividad de la tentativa. Es útil ante las tentativas suicidas por intoxicación, en las que se debe evaluar el grado de sorpresa que se produce en el paciente, en el cual existe una creencia errónea acerca de la letalidad del intento.

Grado de planificación. Existen circunstancias que identifican la planificación del acto y le dan un matiz de mayor gravedad, por ejemplo, cuando se dejan notas de despedidas, planificación y distribución de los bienes materiales, así como la ausencia de factores ambientales desencadenantes.

Accesibilidad. En este aspecto se valora si la tentativa suicida se lleva a cabo en condiciones que le permitan mantener la privacidad y evitar que sea rescatado.

Finalidad. En ocasiones, con el acto suicida lo que se busca realmente es comunicar un malestar o provocar un cambio en las circunstancias vitales, en lugar de tener una finalidad letal, por lo que el médico debe evaluar si existe una ganancia secundaria, lo que implicaría un menor riesgo.

Actitud ante el resultado. Se debe explorar si existe alivio ante la salvación o si, por el contrario, surgen sentimientos de frustración por el fracaso.

Escala de riesgo y rescate. Esta es una escala operativa, que le servirá al médico de urgencia para evaluar las características de la tentativa del suicidio y valorar conjuntamente la presencia de factores de riesgo y las posibilidades de rescate; así mismo, le ayuda a diferenciar entre el suicidio frustrado y la tentativa suicida, y le alerta acerca del riesgo para realizar un nuevo intento. Cada ítem (ya sea de riesgo o de rescate) se puntúa de 1 a 3 (Tabla 6.1).

Tabla 6.1. Escala de puntuación de riesgo y rescate

Puntuación de riesgo	Puntuación de rescate
5-6: bajo riesgo	14-15: más rescatable
7-8: bajo-moderado	12-13: moderado-alto
9-10: moderado	10-11: moderado
11-12: alto-moderado	8-9: bajo-moderado
13-15: alto riesgo	5-7: menos rescatable

Ante la conducta suicida, se deben valorar de manera conveniente algunas consideraciones:

- Siempre se debe tomar en serio toda amenaza de suicidio. Algunos profesionales creen erróneamente que las personas que hablan de suicidio, no llegan a quitarse la vida, sin embargo, las estadísticas demuestran que cerca del 80 % de los suicidas comunica directa o indirectamente su intención, a personas de su entorno.
- El suicidio puede afectar a cualquier tipo de persona. De manera general, el suicidio es más frecuente entre los enfermos psiquiátricos, sin embargo, se presentan casos en los que no existen alteraciones psicopatológicas.
- Preguntar acerca de la ideación suicida no es potenciarla. Al contrario de lo que puede parecer, los pacientes con una ideación clara de suicidio sienten alivio cuando se les permite hablar de sus intenciones.
- Entrevistar a familiares no es violar la confidencialidad. Con la entrevista familiar se puede alcanzar una información adicional y contrastar los datos previos, obtenidos del propio paciente; así mismo, cuando se revela una información sobre el posible riesgo suicida, a veces desconocido por la familia, se está orientando y aumentando el control sobre este tipo de conducta, con la finalidad de preservar la integridad del paciente.
- La intervención en crisis no tiene como finalidad convencer al paciente. Durante la entrevista psiquiátrica de urgencias, el psiquiatra debe escuchar, evaluar y formar un juicio diagnóstico, con la finalidad de adoptar la actitud más conveniente. No se trata de convencerlo para que no se suicide, sino de valorar el riesgo, evaluar las causas y facilitar el inicio de un tratamiento.
- El psiquiatra puede ayudar al suicida. Son numerosos los factores que intervienen en la toma de una decisión de tal magnitud y no es solo el resultado de una enfermedad mental, por tanto, es de primordial importancia la conducta que el psiquiatra puede desarrollar en el marco del entorno del paciente.

- En relación con el manejo y la conducta a seguir, es necesario tomar como medida no dejar solo al paciente y retirar de su alcance cualquier objeto que pueda ser utilizado con esta finalidad; evaluar la potencialidad del acto suicida realizado (según letalidad, carácter premeditado, impulsividad, oportunidad de ser descubierto, etc.).
- El tratamiento dependerá en gran medida del diagnóstico; los pacientes deprimidos pueden ser tratados ambulatoriamente, si cuentan con una red de apoyo familiar que pueda supervisarlos de manera constante y garantice su tratamiento inmediato. La ideación suicida del paciente alcohólico desaparece, por lo general, después de unos días de abstinencia y en la mayoría de los casos no necesita tratamiento específico.
- En los esquizofrénicos, la presencia de ideas suicidas se debe tomar muy en serio, debido a que estos utilizan con frecuencia métodos letales y en la mayoría de los casos requerirán de hospitalización. Los pacientes con elevada impulsividad carecen por lo general de recursos o controles personales sobre la conducta suicida.

En la tabla 6.2 se muestra la escala de los factores de riesgo y rescate.

Tabla 6.2. Escala de riesgo/rescate

Factores de riesgo	**Factores de rescate**
Agente utilizado	*Ubicación*
Ingestión, corte, puñalada	Remota
Ahogamiento, asfixia	No familiar, no remota
Estrangulamiento, salto, disparo	Familiar
Conciencia disminuida	*Persona que indica el rescate*
No se observa	Transeúnte
Confusión, semicoma, coma	Profesional
Coma profundo	Persona clave o familiar
Lesiones/toxicidad	*Probabilidad de ser descubierto*
Ligera	Accidental
Moderada	Incierto
Fuerte	Segura
Reversibilidad	*Accesibilidad al rescate*
Buena, completa recuperación	No solicita auxilio
Regular, recuperación con el tiempo	Deja huellas
Mala, efectos residuales	Solicita auxilio
Tratamiento necesario	*Retraso hasta el descubrimiento*
Primeros auxilios, urgencias	Mayor de 4 h
Ingreso médico	Menor de 4 h
Unidad de cuidados intensivos	Inmediato

Fuente: Chinchilla, A. *Manual de urgencias psiquiátricas*. Edit. Masson S.A. 2004.

Los pacientes con trastornos de la personalidad se beneficiarán con una confrontación empática, en la que se impliquen la familia y los amigos, que permita una aproximación racional y responsable al problema que precipitó la crisis y a la que ellos mismos han contribuido; este tratamiento puede ser muy útil para intentar resolver el conflicto, sin necesidad de ingreso.

La hospitalización no siempre está indicada; las tentativas de suicidio con un claro componente manipulativo, lejos de beneficiar, pueden reforzar realmente esa conducta y derivar a su cronicidad. Sin embargo, se recomienda la hospitalización de larga estadía en los casos de automutilaciones, ya que las estancias breves no son suficientes, y en los de parasuicidios, que también suelen requerir de un tiempo más o menos prolongado.

El tratamiento psicofarmacológico es variado y está en función de la psicopatología predominante; de manera general se pueden emplear las benzodiacepinas, con el objetivo de lograr una sedación ligera (loracepam: 1 mg, 1-3 tab./día, v.o., durante 2 semanas); se deben usar con cautela, si el paciente presenta irritabilidad, ya que las benzodiacepinas pueden incrementar este síntoma y acentuar el riesgo suicida; en estos casos se recomiendan los neurolépticos de baja potencia (clorpromacina: 25 mg, v.o. o i.m.).

El tratamiento con antidepresivos es el de elección para aquellos casos en los que la idea suicida surge en un contexto depresivo. La elección del fármaco se debe basar en las respuestas terapéuticas anteriores, características e intensidad del grado de depresión y otras condiciones que pueda tener el paciente, en relación con la edad, enfermedades somáticas concomitantes y secuelas resultantes del acto suicida (imipramina: 25 mg, v.o., 3 tab./día o i.m., 1 o 2 veces/día; clorimipramina: 25 mg, v.o., 3 tab./día; ISRS: fluoxetina: 20 mg, 1 o 2 tab., v.o., diario).

Resumen

El suicidio es, conceptualmente, la muerte autoprovocada con carácter intencional; es un fenómeno universal que ha acompañado a la condición humana a lo largo de toda su historia.

Las distintas religiones, culturas y estructuras políticas han mantenido actitudes muy diversas ante este acto, que repercuten sobre la apreciación y las creencias personales en torno al suicida.

El suicidio y las conductas relacionadas se han convertido en una de las principales causas de demanda sanitaria en los servicios de urgencia.

La ideación y el intento suicida son causas frecuentes de consulta en urgencia psiquiátrica. La ideación suicida se presenta en personas vulnerables, como respuesta a los agentes estresantes que la involucran; por lo

general, detrás de una decisión tan dramática emergen muchos factores personales, socioculturales y demográficos.

Ante una conducta potencialmente suicida, la intervención psiquiátrica debe estar encaminada a definir e identificar el problema, evaluar la posible existencia de un diagnóstico psiquiátrico concomitante e identificar los factores de riesgo.

Son muy complejos los pacientes con tentativas parasuicidas repetidas.

Demandan atención urgente los que han sobrevivido a un intento suicida, los que acuden con ideación o impulsos suicidas y los que refieren otras quejas como móvil de su necesidad de asistencia médica urgente.

El psiquiatra de urgencia debe evaluar y predecir el potencial riesgo suicida existente; el carácter premeditado o impulsivo de este acto; determinar la letalidad; las oportunidades que dio para ser descubierto por alguien; la reacción presentada cuando alguien intervino para salvarle y si los factores que lo llevaron a la tentativa cambiaron o se mantienen igual.

Diversas investigaciones epidemiológicas relacionadas con el sexo señalan diferencias en la distribución de conductas suicidas. En relación con la edad, la incidencia es más elevada en los mayores de 65 años y se observa una mayor frecuencia de suicidios en los divorciados y viudos.

Respecto a la clase social, se consideran más frecuentes entre las más altas que entre las más desfavorecidas. Con frecuencia se observa la existencia de acontecimientos vitales ocurridos en los 6 meses previos a la realización de una tentativa suicida.

En la relación entre suicidio y enfermedad física, el enfermo, bajo una perspectiva racional, consciente de su incapacidad y de la gravedad de su situación, toma la decisión de dejar de sufrir.

Entre los factores que presentan mayor riesgo suicida se encuentran los trastornos psiquiátricos, por lo que se estima que cerca del 90 % de los pacientes que realizan una tentativa suicida padecen un trastorno psiquiátrico mayor, entre estos, depresión, etilismo, otras toxicomanías, esquizofrenia y trastornos de la personalidad.

La depresión es el diagnóstico psiquiátrico más frecuentemente asociado.

La relación entre alcoholismo y otras toxicomanías con el suicidio parece estar asociada a su función como agente causal y como precipitante de la conducta.

El suicidio en el paciente esquizofrénico se caracteriza por el uso de métodos de elevada letalidad. Existen dos momentos que potencializan este hecho: el intento suicida tiene lugar a inicios de la enfermedad, tras la remisión de la sintomatología aguda, cuando el sujeto concientiza las características incapacitantes de la enfermedad, y los enfermos de larga evolución, con grave deterioro, sometidos a factores estresantes agudos.

Las amenazas y los intentos suicidas previos constituyen el factor de riesgo suicida más importante; se considera que el periodo de mayor riesgo suicida se produce durante los meses posteriores al intento.

Algunas conductas también se categorizan como factores de riesgo suicida, entre estas la ideación suicida verbalizada, los intentos previos o suicidios fantaseados y la disponibilidad de medios de suicidio. Para evaluar rápidamente las condiciones reales que presenta el paciente, se identifican la letalidad del método utilizado, el grado de intencionalidad, la planificación, las notas de despedida, la actitud del sujeto ante lo sucedido y las circunstancias físicas y personales en que se realiza.

Peligrosidad del método: los métodos violentos (ahorcamiento, atropello, precipitación, apuñalamiento y disparo con arma de fuego) guardan una estrecha relación con la intencionalidad letal.

Existen circunstancias que identifican la planificación del acto y le dan un matiz de mayor gravedad, estas se observan cuando se dejan notas de despedida.

La accesibilidad permite valorar si la tentativa suicida se lleva a cabo en condiciones de privacidad.

En cuanto a la actitud por el resultado obtenido, se debe explorar si existe un alivio ante la salvación o, si por el contrario, surgen sentimientos de frustración por el fracaso.

Siempre se le debe prestar mucha atención a toda amenaza de suicidio: estadísticamente, cerca del 80 % de los suicidas comunica su intención, de manera directa o indirecta, a personas de su entorno.

Preguntar acerca de la ideación suicida, no es potenciarla. Entrevistar a los familiares no es violar la confidencialidad; la entrevista familiar es una herramienta más para poder alcanzar información adicional.

La intervención en crisis no tiene como finalidad convencer al paciente. Durante la entrevista psiquiátrica de urgencias, el psiquiatra debe escuchar, evaluar y formar un juicio diagnóstico, con la finalidad de adoptar la actitud más conveniente.

En los esquizofrénicos, la presencia de ideas suicidas se debe tomar muy en serio, pues con frecuencia estos emplean métodos letales y en la mayoría de los casos requerirá hospitalización.

Los pacientes con trastornos de personalidad se beneficiarán con una confrontación empática, en la que se implicará la familia e incluso los amigos.

La hospitalización no siempre se indica. Las tentativas de suicidio con un claro componente manipulativo, lejos de beneficiar, pueden reforzar realmente esa conducta.

El manejo psicofarmacológico será variado y estará en función de la psicopatología predominante.

El tratamiento con antidepresivos es el de elección para aquellos en los que la idea suicida surge en un contexto depresivo.

TRASTORNOS AFECTIVOS

Normalmente, el ser humano puede experimentar una gran variedad de expresiones afectivas que van desde el estado de ánimo normal hasta el ánimo elevado o deprimido; los trastornos afectivos constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta en la urgencia psiquiátrica.

La queja del paciente se puede corresponder con un estado depresivo plenamente identificable, que se caracteriza por un empeoramiento del funcionamiento normal, asociado a un ánimo triste, o por pensamientos pesimistas, ideas autolíticas o simplemente por la presencia de síntomas subjetivos de gran malestar, que se acompañan de cambios en su nivel de actividad habitual en las funciones cognitivas, el lenguaje y en otras actividades vegetativas como el sueño, el apetito, la actividad sexual y otros ritmos biológicos.

En la anamnesis es importante recoger, además de los síntomas presentes, la historia anterior y la evolución longitudinal del trastorno afectivo; los periodos de eutimia, así como la existencia o no de incidentes anteriores de hipomanía o manía; si existen factores precipitantes, las características de la personalidad premórbida y la información referente a los tratamientos previos, la respuesta y la tolerancia.

En los trastornos depresivos se identifican tres síntomas fundamentales: ánimo decaído (tristeza), anhedonia y anergia, que constituyen la tríada de las tres A.

Ánimo decaído. Es la condición que el paciente le otorga a la tristeza que está sufriendo; en las depresiones endógenas es una tristeza profunda, que a veces el sujeto define como una tristeza vital, la cual no mejora, incluso, ni ante los eventos positivos que en otros momentos le fueron de gran satisfacción; por otra parte percibe que es incapaz de sentir (anestesia afectiva), situación esta que se puede presentar en las depresiones melancólicas muy graves.

Los pacientes afectos por una depresión neurótica mantienen una reactividad del humor, con respuestas positivas ante los diferentes eventos ambientales y, en ocasiones, más que el ánimo triste, lo que prevalece es el ánimo disfórico, en el que predomina la irritabilidad sobre la tristeza y la ansiedad.

Respecto a la variabilidad de la tristeza a lo largo del día, en la depresión endógena mejora durante la noche (este es un síntoma muy específico), unido a un insomnio de mantenimiento, con despertar precoz. En las depresiones neuróticas, la mejoría del estado de ánimo se presenta fundamentalmente en las mañanas y se relaciona con factores externos, como la presencia de otras personas en el hogar, o también porque ha logrado dormir en la noche y descansar de pensamientos pesimistas que le impedían conciliar el sueño.

Anhedonia. Es la incapacidad que presenta el paciente para el disfrute de las actividades placenteras; se puede presentar en cualquier depresión, pero solo es intensa y persistente en la depresión endógena; en las depresiones menos graves se manifiesta como desgana o dificultad para iniciar esas actividades.

Anergia. La anergia o falta de energía puede estar presente en cualquier tipo de depresión; en las de tipo neurótico/distímico se manifiesta con una discreta intensidad, lo que le permite al sujeto cumplir con sus tareas habituales, aunque se pueda sentir ligeramente limitado. En la depresión endógena estos síntomas son más intensos, por lo que el paciente se encuentra muy limitado físicamente para desempeñar su trabajo y otras tareas.

También se pueden encontrar otros elementos semiológicos, que orientarán al médico de urgencias para elaborar un diagnóstico, tal es el caso de la apatía (falta de energía, aseo, inconstancia y pasividad), propia de las depresiones graves; alexitimia (incapacidad para describir los sentimientos con palabras), que se puede observar en las depresiones enmascaradas, la anorexia y los trastornos psicosomáticos; ambivalencia, que se puede presentar no solo en las depresiones, sino también en otras afecciones clínicas, como el trastorno obsesivo-compulsivo y la esquizofrenia.

Existen otros síntomas que también son frecuentes en los pacientes deprimidos: alteraciones del sueño, del apetito y del peso; disfunciones sexuales, quejas somáticas, alteraciones conductuales y trastornos cognitivos.

Alteraciones del sueño. El insomnio es un síntoma de gran valor para el diagnóstico; el insomnio de conciliación es típico en las depresiones neuróticas, mientras que el de mantenimiento/despertar precoz es más característico de las depresiones endógenas; la hipersomnia es poco frecuente, pero se puede observar en las depresiones atípicas y en las depresiones de los adolescentes.

Alteraciones del apetito y del peso. La disminución del apetito y/o el peso es sugestiva del proceso endógeno, mientras que la hiperfagia (bulimia) orientará hacia la depresión atípica.

Alteraciones sexuales. La disminución de la libido puede estar presente tanto en las depresiones endógenas como en las neuróticas, mientras que

la hipersexualidad se puede observar en las depresiones atípicas. La presencia de otras disfunciones (eréctil o eyaculatorias) puede estar asociada a conflictos de pareja, enfermedades psiquiátricas e incluso por efecto secundario a los propios medicamentos.

Quejas somáticas. Con tendencia a las manifestaciones hipocondriacas.

Alteraciones conductuales. Son muy evidentes en niños y adolescentes; presentan un abandono del cuidado personal (ropa, peinado y aseo) y conductas seudopsicopáticas.

Quejas cognitivas. Se identifican los fallos de memoria, de atención y de concentración; en niños y adolescentes repercute en la disminución del rendimiento académico. También se pueden presentar preocupaciones hipocondríacas, relativas a la salud; ideas delirantes de culpa o ruina, sobre todo en las depresiones endógenas, cuya expresión máxima es el síndrome de Cotard, cuando el paciente niega el funcionamiento de su cuerpo u órganos, asociado a alucinaciones olfatorias (olor a podrido o a muerto). En ocasiones, los delirios pueden ser incongruentes con el estado de ánimo, lo cual implica una mayor gravedad.

Las depresiones se clasifican como distimias, depresión mayor, depresión melancólica y depresión bipolar.

Distimias. Predominan los síntomas neuróticos y asientan sobre una personalidad de base patológica, en la que prevalece la inseguridad y suele tener una extensión aproximada de 2 años. Paradójicamente, los síntomas son de baja intensidad y el riesgo de suicidio es mucho menor, si se compara con la depresión endógena. Para su tratamiento no siempre es necesario el ingreso, a la vez que son muy útiles las actividades psicoterapéuticas.

Depresión mayor. Quizás su concepto sea un tanto impreciso, por lo que algunos prefieren emplear el término de episodio depresivo mayor o trastorno depresivo mayor, el cual se identifica por ánimo decaído, anhedonia y anergia, con una duración de al menos 2 semanas.

Este concepto puede incluir la depresión con síntomas típicos o atípicos; no tiene implicaciones etiopatogénicas, por lo que puede incluir desde pacientes distímicos agravados hasta pacientes con depresiones melancólicas.

Depresión melancólica. Este término se emplea para identificar las depresiones endógenas; los que la padecen refieren una tristeza diferente a la habitual, más física, profunda y enraizada en el cuerpo; tiene un riesgo suicida elevado. La ideación delirante acentúa el nivel de gravedad, sobre todo si es incongruente con el estado afectivo; las clasificaciones actuales le sobreañaden sin psicoticismo, con psicoticismo congruente (de ruina, hipocondríaco y culpa) y con psicoticismo incongruente (autorreferencial, persecución y perjuicio).

Depresión bipolar. Es una depresión melancólica en la evolución de un trastorno bipolar (antecedentes de episodios maníacos o hipomaníacos). En un corte transversal es indistinguible de la depresión unipolar, pues los hallazgos diferenciales en series de pacientes no son tan específicos, cuando se está en presencia de un paciente determinado, y solo la historia previa brindará los elementos precisos para elaborar el diagnóstico, pues presenta, a su vez, implicaciones para el tratamiento, por el riesgo de viraje a manía con antidepresivos y la posibilidad de inducir una ciclación rápida.

Existen otras alteraciones del afecto que orientarán hacia un posible diagnóstico, entre estas frialdad afectiva, típica del trastorno antisocial de la personalidad; empobrecimiento afectivo (se presenta en la esquizofrenia); labilidad emocional (se observa en algunos trastornos de la personalidad y en la manía); disociación ideoafectiva (típica en la histeria *belle indiference*); afecto pueril (característico en la esquizofrenia hebefrénica y el retraso mental) y el afecto incongruente/paradójico/inapropiado (propio de la esquizofrenia).

En relación con la valoración del ingreso, este puede estar condicionado a varias situaciones. Es quizás la decisión más importante a tomar, si está presente el riesgo suicida. Se debe recordar que en todo paciente depresivo hay que preguntar por la presencia de deseos de muerte, ideación, planes o intentos autolíticos; valorar el diagnóstico clínico, la gravedad del cuadro clínico, el antecedente de tentativas, así como los controles internos y externos que pueda tener (planes futuros, familiares acompañantes y otros).

Chinchilla, en su *Manual de urgencias psiquiátricas*, describe otras depresiones:

- Resistentes: no responden a dos fármacos antidepresivos de familias diferentes, en dosis adecuadas y durante un tiempo suficiente.
- Agitadas: se asocian con un elevado nivel de angustia que lleva a la agitación psicomotriz; son frecuentes en los ancianos.
- Depresión crónica: depresión mayor (dura más de 6 meses).
- Depresiones seudodemenciales: predominio de síntomas cognitivos; pueden ser el preludio de una demencia incipiente.
- Depresión enmascarada: predominan los síntomas somáticos; es frecuente en personas con una marcada alexitimia.

La presencia de ideas delirantes (congruentes o no) en el contexto depresivo, también requiere ingreso, ya que por lo general hay una mala respuesta al tratamiento con antidepresivos y con frecuencia se requiere tratamiento electroconvulsivante.

Cuando se presenten dudas diagnósticas, también se procederá al ingreso, por ejemplo, un adolescente (con la aparición de los primeros síntomas) en el que predominen la inhibición y el mutismo, lo cual se podría corresponder con un primer trastorno afectivo o un brote esquizofrénico.

De esta misma manera, ante la resistencia terapéutica se aconseja la hospitalización, sobre todo si es necesario utilizar antidepresivos tricíclicos en dosis elevadas o por vía parenteral, o para la aplicación de terapia anticonvulsivante.

La elección del antidepresivo se basa en las respuestas previas (tolerancia), las características clínicas de los síntomas depresivos y otras condicionantes, como edad, enfermedades somáticas y tratamientos concomitantes.

En los pacientes con depresión bipolar se investigará si existen antecedentes de fases hipertímicas, inducidas por antidepresivos, por lo que estos se deberán evitar; se pueden añadir normotímicos (litio, carbamazepina y lamotrigina), además de otras medidas no farmacológicas; en algunos casos también se pueden asociar neurolépticos.

La manía constituye una demanda frecuente de urgencia, dado lo dramático de sus síntomas; la falta de conciencia de enfermedad y los riesgos de conductas imprevistas y peligrosas (conducción temeraria de vehículos, compras innecesarias y desinhibición sexual). Los pacientes presentan un estado de ánimo exaltado, por lo general eufórico, aunque también puede ser disfórico-irritable, con aceleración del curso del pensamiento, que se objetiva por verborrea, taquilalia y disminución de asociaciones, que lo hace difícil o imposible de seguir; aumento de la actividad motora, desinhibición en todos los ámbitos y disminución de la necesidad de sueño. Son frecuentes las ideas delirantes megalomaníacas congruentes y más raramente las ideas no relacionadas con el estado de ánimo y la conducta.

Hay que descartar la posibilidad de que la manía sea de causa orgánica (tumores, infecciones, accidentes vasculares, esclerosis múltiples, Parkinson, Cushing, hipertiroidismo y tóxicas a psicoestimulantes, corticoides y alcohol), sobre todo cuando se inicia tardíamente (en edades avanzadas), sin antecedentes familiares o en cuadros atípicos (conductas agresivas, trastornos cognitivos, alucinaciones visuales y trastornos de la conciencia vigil). Para algunos, la hipomanía inducida por antidepresivos clásicos no se debe categorizar como orgánica, ya que refleja en sí una vulnerabilidad individual al viraje hipertímico.

Requiere siempre el ingreso hospitalario, incluso, en ocasiones será involuntario, por la ausencia de conciencia de enfermedad y sus riesgos; es más fácil y eficaz cuanto más pronto se realice. Hay que valorar los riesgos de agitación psicomotriz y si hay necesidad de sujeción mecáni-

ca. Si el paciente llevaba tratamiento con normotímicos, se debe precisar el grado de cumplimiento y tratar de alcanzar niveles elevados de litemia (1-1,5 mEq/L); añadir neurolépticos: por vía parenteral (haloperidol: 1 ámp. + diacepam: 1 ámp. + akinetón: 1 ámp. i.m., cada 6-8 h); vía oral (haloperidol: 8-20 mg/día; risperidona: 6-9 mg/día; olanzapina: 20-30 mg/día; quetiapina: 400-800 mg/día y amisulpiride: 600-800 mg/día). Añadir inductores del sueño, si persiste el insomnio (clonazepam: 2-4 mg y levomepromacina: 100 mg).

La hipomanía es un proceso más leve, no están presentes los síntomas psicóticos y la elevación del estado de ánimo tiene una escasa repercusión en el funcionamiento sociolaboral. Se puede presentar labilidad afectiva marcada, con fluctuaciones rápidas del estado de ánimo, que da paso de la euforia al llanto o a la disforia.

Desde el punto de vista terapéutico se debe revisar el tratamiento que realiza el paciente y tomar como medidas generales la suspensión de los fármacos antidepresivos, valorar el cumplimiento que se ha seguido con el mismo, buscar las posibles interacciones que disminuyen los niveles de normotímicos y alcanzar índices de litemia entre 1-1,4 mEq/L. Añadir medicación neuroléptica (haloperidol: 6-10 mg/día; risperidona: 3-6 mg/día; olanzapina: 15-20 mg/día; quetiapina: 200-600 mg/día y amisulpiride: 400-600 mg/día). De manera opcional, añadir inductores del sueño, si persiste el insomnio (clonazapam: 2-3 mg y levomepromacina: 50-100 mg).

Nosológicamente, el trastorno esquizoafectivo se sitúa entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos; se caracteriza por que fuera de los episodios afectivos se presentan síntomas psicóticos, en lo fundamental delirios y/o alucinaciones. Para su tratamiento se requiere la combinación de eutimizantes y neurolépticos.

En la actualidad, la valoración terapéutica de estos trastornos se concibe con las disyuntivas entre el uso de los normotímicos o de los neurolépticos, ya que cada una de estas opciones cuenta con ventajas e inconvenientes y el pragmatismo lleva casi siempre al uso combinado.

Los neurolépticos presentan como ventaja su rápida acción; se emplean por las vías oral y parenteral, y tienen acción sedante, que es deseable, sobre todo, en los primeros días del tratamiento. Entre sus desventajas, pueden ocasionar efectos secundarios (más frecuentes en bipolares que en esquizofrénicos), como las discinesias tardías o los trastornos muy graves, entre estos el síndrome neuroléptico maligno.

Con esta finalidad, se han empleado prácticamente todos los neurolépticos. La experiencia con el haloperidol es mayor, se ha demostrado su eficacia y tolerabilidad en dosis entre 10-30 mg/día; además, se puede

asociar con otro neuroléptico más sedante (levomepromacina), en el horario nocturno para inducir el sueño; en su defecto, se pueden incorporar benzodiacepinas (diacepam: 10-20 mg; cloracepato: 15-50 mg; clonacepam: 2-4 mg y loracepam: 5-10 mg).

De acuerdo con Chinchilla, entre los fármacos normotímicos se encuentran los siguientes:

Litio. Es el normotímico por excelencia; se ha probado su eficacia en la recaída maníaca y la prevención (mejor en las fases hipertímicas que en las depresivas). Si es necesaria una dosis elevada (cercana a la dosis tóxica), se recomienda la monitorización frecuente de la litemia, de su eficacia y efectos secundarios, lo cual es difícil de realizar ambulatoriamente.

Carbamacepina. Es un antiepiléptico muy utilizado en la terapéutica de los trastornos bipolares. Los niveles plasmáticos terapéuticos deben estar entre 8-12 µg/mL.

Valproato. Se emplea en algunos países para el tratamiento de la manía y su prevención; su eficacia antimaníaca se ha probado en ensayos clínicos, no así su capacidad para la prevención de recaídas. Se debe realizar la monitorización para alcanzar niveles plasmáticos de 50-100 mg/dL.

Topiramato. Tiene acción antimaníaca; se utiliza en dosis muy elevadas (hasta 200-400 mg/día).

Lamotrigina. Presenta buenos resultados en el trastorno bipolar, generalmente asociado al litio; tiene un perfil antidepresivo y es poco eficaz cuando predominan los síntomas hipertímicos. Las dosis se van aumentando de manera escalonada (hasta 200-400 mg/día).

Gabapentina. Su acción es similar al clonacepam; mejora los síntomas hipertímicos por la sedación y la inducción del sueño. La dosis se puede aumentar de manera progresiva (hasta 2-3 g/día).

En los últimos años se emplean los neurolépticos atípicos por su eficacia, además, tienen menos efectos secundarios, tanto sedantes como extrapiramidales, por lo que son mejor tolerados.

Los normotímicos constituyen el tratamiento fundamental del trastorno bipolar y desempeñan una función imprescindible en el tratamiento de las recaídas. Tienen como ventajas el hecho de ser muy bien tolerados después de controlada la fase hipertímica, pero su acción antimaníaca se puede retardar entre 10 y 15 días (luego de iniciado el tratamiento), por lo que se deben asociar con neurolépticos desde el comienzo de la terapia.

Resumen

Los trastornos afectivos constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta en la urgencia psiquiátrica.

En la anamnesis es importante recoger la historia anterior y la evolución longitudinal. En los trastornos depresivos se identifican tres síntomas fundamentales: el ánimo decaído/tristeza, la anhedonia y la anergia, estos constituyen la tríada de las tres A.

En la depresión endógena, la tristeza es más profunda y a veces el sujeto la define como una tristeza vital, el ánimo mejora durante la noche, unido a un insomnio de mantenimiento, con despertar precoz.

En las depresiones neuróticas, los pacientes mantienen una reactividad del humor, con respuestas positivas ante los diferentes eventos ambientales; la mejoría del estado de ánimo tiene lugar fundamentalmente en las mañanas y se relaciona con factores externos.

La anhedonia es la incapacidad para el disfrute de las actividades placenteras; se puede presentar en cualquier tipo de depresión.

La anergia o falta de energía puede estar presente en cualquier tipo de depresión; apatía (falta de energía, aseo, inconstancia y pasividad), propia de las depresiones graves; la alexitimia es la incapacidad para describir los sentimientos con palabras, se manifiesta en las depresiones enmascaradas, la anorexia y los trastornos psicosomáticos.

Otros síntomas que también se presentan con frecuencia son las alteraciones del sueño, apetito y pérdida de peso; disfunciones sexuales, quejas somáticas, alteraciones conductuales y trastornos cognitivos.

En las depresiones neuróticas son frecuentes las quejas somáticas, con tendencia a la hipocondría, también el insomnio de conciliación, mientras que el de mantenimiento/despertar precoz es más característico de las depresiones endógenas.

La hiperfagia (bulimia) y la hipersexualidad orientarán hacia una depresión atípica. La disminución de la libido está presente en las depresiones endógenas y neuróticas.

Las alteraciones conductuales son muy evidentes en niños y adolescentes; estos presentan un abandono del cuidado personal (ropa, peinado y aseo) y conductas seudopsicopáticas.

Quejas cognitivas: se identifican los fallos de memoria, de atención y de concentración en niños y adolescentes; repercute en la disminución del rendimiento académico; presencia de ideas delirantes de culpa o ruina, sobre todo en las depresiones endógenas, cuya expresión máxima es el síndrome de Cotard: el paciente niega el funcionamiento de su cuerpo u órganos, asociado a alucinaciones olfatorias.

Las depresiones se clasifican como distimias, depresión mayor, depresión melancólica y depresión bipolar.

Las distimias son aquellas depresiones en las que predominan los síntomas neuróticos y asientan sobre una personalidad de base patológica.

Respecto al concepto de depresión mayor, algunos prefieren emplear el término de episodio depresivo mayor o trastorno depresivo mayor, el cual se identifica por ánimo decaído, anhedonia y anergia, y dura aproximadamente 2 semanas. Este concepto puede incluir la depresión con síntomas típicos o atípicos.

El término melancolía se utiliza para identificar las depresiones endógenas; el sujeto que la padece refiere una tristeza diferente a la habitual, más física, profunda y enraizada en el cuerpo; tiene un riesgo suicida elevado; la ideación delirante acentúa el nivel de gravedad, sobre todo si es incongruente con el estado afectivo. La depresión bipolar es una depresión melancólica en la evolución de un trastorno bipolar.

Otras alteraciones del afecto, que es necesario detectarlas en las urgencias psiquiátricas, son la frialdad afectiva (típica del trastorno antisocial de la personalidad), empobrecimiento afectivo (se presenta en la esquizofrenia), labilidad emocional (se observa en algunos trastornos de la personalidad y en la manía), disociación ideoafectiva (típica en la histeria *belle indiference*), afecto pueril (característico en la esquizofrenia hebefrénica y el retraso mental) y afecto incongruente/paradójico/inapropiado (propio de la esquizofrenia).

En todo paciente depresivo hay que preguntar por la presencia de deseos de muerte, ideación, planes o intentos autolíticos; se debe valorar el diagnóstico clínico, la gravedad del cuadro, el antecedente de tentativas, así como los controles internos y externos que pueda tener.

La presencia de ideas delirantes (congruentes o no) en el contexto depresivo, también es tributaria de ingreso.

En los pacientes con depresión bipolar hay que explorar si existen antecedentes de fases hipertímicas, inducidas por antidepresivos; se pueden añadir normotímicos (litio, carbamazepina y lamotrigina).

La manía constituye una demanda frecuente de atención en urgencia, dado lo dramático de sus síntomas; la falta de conciencia de enfermedad y los riesgos de conductas imprevistas y peligrosas. Los pacientes presentan un estado de ánimo exaltado, puede ser disfórico-irritable; aumento de la actividad motora, desinhibición en todos los ámbitos y disminución de la necesidad de sueño.

Hay que descartar la posibilidad de que el cuadro clínico de manía sea de causa orgánica; la hipomanía inducida por antidepresivos clásicos no se debe categorizar como orgánica. Requiere siempre el ingreso hospitalario, incluso, en ocasiones será involuntario.

Se valorarán los riesgos de agitación psicomotriz. Si llevaba tratamiento con normotímicos, se debe precisar el grado de cumplimiento y tratar de

alcanzar niveles elevados de litemia (1-1,5 mEq/L). Añadir neurolépticos: vía parenteral (haloperidol: 1 ámp. + diacepam: 1 ámp. + akinetón: 1 ámp. i.m. cada 6-8 h); por vía oral (haloperidol: 8-20 mg/día; risperidona: 6-9 mg/día; olanzapina: 20-30 mg/día; quetiapina: 400-800 mg/día y amisulpiride: 600-800 mg/día).

La hipomanía constituye un cuadro clínico más leve (no están presentes los síntomas psicóticos). Se puede manifestar con una marcada labilidad afectiva y fluctuaciones rápidas del estado de ánimo.

Desde el punto de vista terapéutico, se debe revisar el tratamiento que realiza; así mismo, se tomarán como medidas generales suspender los fármacos antidepresivos; alcanzar índices de litemia entre 1-1,4 mEq/L y añadir medicación neuroléptica (haloperidol: 6-10 mg/día; risperidona: 3-6 mg/día; olanzapina: 15-20 mg/día; quetiapina: 200-600 mg/día y amisulpiride: 400-600 mg/día).

Nosológicamente, el trastorno esquizoafectivo se sitúa entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos. Para su tratamiento se requiere la combinación de eutimizantes y neurolépticos, estos últimos presentan como ventaja su acción rápida. Entre sus desventajas, pueden ocasionar efectos secundarios (más frecuente en bipolares que en esquizofrénicos), como las discinesias tardías o trastornos muy graves, por ejemplo, el síndrome neuroléptico maligno.

En los últimos años se han empleado los neurolépticos atípicos. Tienen menos efectos secundarios, tanto sedantes como extrapiramidales, y por ello se toleran mejor.

Los normotímicos constituyen el tratamiento fundamental del trastorno bipolar y desempeñan una función imprescindible en el tratamiento de las recaídas.

ALCOHOLISMO

El consumo de alcohol constituye uno de los problemas mayores, no solo para la urgencia psiquiátrica, sino también para la urgencia médica general. La mayoría de las afecciones médicas que se atienden en un servicio de urgencias, derivan del consumo de alcohol (hemorragias digestivas altas, hepatopatías alcohólicas, descompensaciones hidrópicas, etc.), situación a tener en cuenta, dadas las necesidades de ingreso, para evitar manifestaciones de abstinencia u otras complicaciones.

El alcoholismo genera otros tipos de urgencia, como las intoxicaciones, las crisis comiciales y las propias manifestaciones de abstinencia, sin embargo, fuera del marco de la urgencia, la función del médico no se debe circunscribir a este hecho, sino que debe velar, además, por la prevención y el manejo de las consecuencias que se derivan, para aquellos que se conciben dentro del consumo social, dado que este es justamente el grupo más numeroso y sobre el cual recaen incontables conflictos éticos y sociales, derivados de los accidentes de tránsito, daño o lesiones personales, incapacidades laborales y otros.

El alcohol es la sustancia psicoactiva de uso más común y el alcoholismo, el tipo de adicción más frecuente; es una continuidad en la cual las recaídas y las remisiones son frecuentes. No tiene una causa única, sino que intervienen en él determinantes múltiples, por lo que no solo son importantes los diferentes factores, sino, además, la interrelación entre estos.

Los factores que intervienen en el inicio de la bebida y en los problemas temporales por el alcohol en la adolescencia, son diferentes de los que intervienen en el alcoholismo y su dependencia. En los primeros intervienen más la presión social, los aspectos culturales, la moda y la imitación; sin embargo, en la dependencia se presentan otros factores como la vulnerabilidad genética, la psicopatología y la respuesta individual al estímulo del alcohol.

Para medir la magnitud de las consecuencias del consumo del alcohol, no solo se debe valorar el número de alcohólicos o dependientes del alcohol (varía entre el 1-10 % de la población adulta), sino también los indicadores directos e indirectos de su consumo y los problemas causados por este, que afectan no solo al bebedor, sino también a la familia y a la sociedad.

Los principales problemas son los siguientes:

- Consecuencias de una crisis aguda por consumo excesivo de alcohol: se derivan manifestaciones de agresividad, accidentes, arrestos y deterioro del funcionamiento personal.
- Consecuencias del beber excesivo por tiempo prolongado: se presentan síntomas de polineuritis, cirrosis hepática, psicosis, pancreatitis, neuropatías, manifestaciones de dependencia alcohólica, demencias, pérdida de amigos, deterioro de la salud y afectación a la familia.
- Repercusiones del consumo indebido ocasional o excesivo para la familia: discordia conyugal, disolución de la familia, maltrato al cónyuge y a los hijos, trastornos mentales, lesiones fetales causadas por consumo excesivo de alcohol durante el embarazo, descuido de los niños, problemas de desarrollo infantil, deserción escolar, embriaguez y delincuencia juvenil.
- Repercusión del uso indebido de alcohol para la comunidad: violencia, conductas ofensivas, daño a la propiedad, perjuicio a víctimas de accidentes por conductores embriagados, costos económicos, de servicios (salud) y de recursos humanos.

En general, a mayor cantidad y tiempo de consumo de alcohol, mayores son los daños físicos, sociales y psicológicos. El alcohol provoca daños en casi todos los sistemas del organismo, con tendencia a complicaciones en diferentes proporciones.

Afecta de diversas maneras a hombres y mujeres, ya que las féminas tienen patrones de consumo diferente; son más sensibles a los daños orgánicos y a la dependencia ante iguales cantidades de bebida; el daño hepático y las consecuencias cerebrales progresan más rápidamente que en los hombres.

Estas diferencias de género se deben a múltiples elementos:

- Diferentes mecanismos farmacocinéticos, que aumentan la concentración de la sustancia y hacen más lenta la eliminación.
- Desiguales respuestas por sexo de los sistemas de recompensa cerebral al alcohol.
- Diferencias en la modulación de la actividad neuronal, mediada por las hormonas gonadales.
- Volumen corporal y contenido de agua menores en la mujer, hacen que el alcohol tenga mayor concentración y, por tanto, daños mayores y más rápidos en comparación con el hombre.
- Las mujeres presentan más sucesos traumáticos que los hombres en sus antecedentes.

- Tienen más probabilidades de padecer una enfermedad depresiva, que se inicia simultáneamente con el beber excesivo.
- El factor hereditario tiene mayor influencia; poseen más familiares alcohólicos (60 % padre o hermanos alcohólicos).
- Comienzan a beber luego de algún evento o acontecimiento vital (separación, pérdidas familiares, problemas de salud y otros).
- Necesitan tratamiento mucho más rápido que los hombres, por lo general los periodos de abstinencia son más cortos.

La mayoría de los alcohólicos se inician tempranamente (alrededor de los 18 años de edad); casi siempre las complicaciones se presentan 10 años después. El alcoholismo se considera una enfermedad crónica y progresiva, con mejorías y recaídas; en un principio, los futuros alcohólicos beben moderadamente, pero van aumentando el consumo de manera progresiva, hasta que en pocos años ya no pueden parar y se presentan los problemas familiares y las complicaciones de salud.

Intoxicación etílica (embriaguez simple). Se trata de un cuadro clínico que demanda frecuentemente atención en los servicios de urgencia, el cual puede ser potencialmente letal no solo por sí mismo, sino por las consecuencias que se derivan de su conducta (caídas, agresiones, accidentes, etc.). Se define como una conducta mal adaptada, tras la ingesta reciente de una cantidad de alcohol, suficiente como para provocar intoxicación en la mayoría de las personas.

A pesar de que el efecto del etanol sobre el sistema nervioso central es depresor, en las intoxicaciones pueden presentar agitación psicomotriz, acompañada de gran hostilidad y agresividad; esto los convierte en personas potencialmente peligrosas, ya que pueden presentar una sintomatología confusa, por lo que se deben extremar las medidas de autoprotección.

La intoxicación patológica es la que ocurre por pequeñas cantidades de alcohol, en ocasiones no provoca ningún síntoma, pero en algunos individuos predispuestos se acompaña de ilusiones y alucinaciones que pueden ocasionar graves alteraciones de la conducta.

Los signos físicos de la embriaguez son disartria, incoordinación, ataxia, nistagmo y rubor facial; el cuadro clínico se puede presentar con una gran variedad de cambios en la conducta: inconstancia, desinhibición, verborrea, aislamiento y proclividad a las discusiones; la memoria reciente y el juicio se encuentran afectados.

En el libro *Fundamentos de medicina-psiquiatría* se describe un grupo de trastornos provocados por el alcohol:

- Sistema gastrointestinal: pancreatitis, gastritis, cirrosis hepática, várices esofágicas, insuficiencia hepática y coma hepático.

- Sistema nervioso periférico: polineuritis alcohólica.
- Sistema cardiovascular: cardiopatía alcohólica.
- Trastornos metabólicos y nutricionales.
- Efectos en el sistema inmune.
- Sistema nervioso central:
  - Neurológicos: temblor alcohólico, convulsiones, demencia alcohólica y síndromes de Wernicke y Korsakoff.
  - Psiquiátricos: intoxicación patológica, alucinosis alcohólica, paranoia alcohólica, depresión, psicosis y síndrome de abstinencia (leve, moderado y severo).

Todo paciente que se derive a urgencias por intoxicación etílica debe permanecer en observación médica durante un tiempo variable, hasta que se resuelvan los síntomas, y debe ser considerado como cualquier otra intoxicación por un depresor del sistema nervioso central. En la tabla 8.1 se muestran los estadios de la intoxicación por alcohol.

La evaluación precipitada puede llevar a que se le dé el alta antes de que alcance la concentración máxima de alcohol y la sedación puede progresar *a posteriori*. Hay que examinarlo cuidadosamente para detectar signos de abstinencia, como temblores; buscar señales de traumatismos craneoencefálicos, hematoma subdural, fracturas costales; signos de sangrado gastrointestinal, gastritis, cirrosis, pancreatitis, infecciones y otros trastornos.

Tabla 8.1. Estadios de la intoxicación por alcohol

Alcoholemia (mg/dL)	**Efectos sobre sentimientos y conducta**	**Tiempo preciso para que se elimine el alcohol**
0,02-0,03 %	Ausencia de efectos evidentes, moderada alteración de los sentimientos; pequeña afectación del juicio y la memoria	2 h
0,03-0,06 %	Sensación de calor, relajación, sedación moderada. Exageración de las emociones y la conducta; ligera afectación de capacidades motoras finas; ligero aumento del tiempo de reacción	4 h
0,08-0,09 %	Agudeza visual y auditiva reducida; ligera afectación del habla; pequeñas alteraciones del equilibrio, mayores dificultades en el rendimiento motor; sentimientos de euforia o depresión; deseo de continuar bebiendo; habla en tono elevado y tendencia a discutir	6 h

0,11-0,12 %	Dificultad en la realización de muchas tareas motoras; conducta incoordinada; afectación de capacidades mentales: juicio, memoria, desinhibición, actitudes agresivas	8 h
0,14-0,15 %	Afectación importante de todas las funciones físicas y mentales; conducta irresponsable, euforia, dificultad en estar de pie, andar y hablar; percepción y juicio distorsionado; se siente capacitado para conducir	10 h
0,20 %	Sentimientos de confusión y aturdimiento; no puede moverse con facilidad, sin ayuda; incapacidad de mantenerse en posición erecta	12 h
0,30 %	Percepción y comprensión mínimas, suspensión o disminución general de la sensibilidad	
0,40 %	Anestesia casi completa, ausencia de percepción; inconsciencia, coma	
0,50 %	Coma profundo	
0,60 %	Posibilidad de fallecer tras una anestesia del centro respiratorio	

Fuente: *Manual de psiquiatría de urgencias.* Kaplan H and Sadock B. Ed. Panamericana, 1996.

Se debe solicitar hemograma y bioquímica con marcadores hepáticos. En las instituciones donde sea posible, es conveniente obtener niveles de alcoholemia, por su importancia clínica y médico-legal.

El alcohol alcanza su concentración máxima en sangre 1 h después de la ingesta y las manifestaciones clínicas estarán en función de ello.

En la intoxicación leve (alcoholemia 20-80 mg/dL) el sujeto está desinhibido; se muestra eufórico, con un ligero aumento de la sociabilidad y discreta hiperactividad. En la intoxicación moderada (alcoholemia 80-130 mg/dL), sedación, bradipsiquia, leve torpeza y disartria, y alteraciones de la conducta con impulsividad y tendencia a la agresividad.

Cuando la intoxicación es grave (alcoholemia 130-300 mg/dL) se presenta algún grado de obnubilación, con un deterioro generalizado de todas las funciones del sistema nervioso central (juicio, memoria, atención, etc.); dificultad para la marcha y el habla, disforia y alteraciones de la conducta. En la intoxicación severa (alcoholemia >300) se presenta un estupor progresivo hasta llegar al coma.

Hay que tener en cuenta que algunas drogas aumentan los efectos del alcohol, por ejemplo, sedantes, analgésicos, barbitúricos, hipotensores, anticonvulsivantes y antihistamínicos, y antagoniza con otras, como ocurre con los hipoglicemiantes y los anticoagulantes.

Para el manejo terapéutico, en la intoxicación etílica leve o moderada la simple observación clínica (durante unas horas) será suficiente para descartar la presencia de patología urgente; se administrará suero glucosado, pues en estos casos se pueden presentar crisis de hipoglicemia. En las intoxicaciones graves son necesarios la monitorización y el tratamiento de soporte, de igual modo que en cualquier otra situación de coma.

En las intoxicaciones agitadas el objetivo es lograr su contención, sedación y observación médica; se extremarán las medidas de autoprotección, manteniendo una distancia mínima y vías de salidas abiertas; la contención se debe hacer ante la presencia de miembros de la policía o personal de la seguridad. Es importante no emplear tonos amenazantes con el paciente y tratar de convencerlo para que se acueste por sí mismo y, en caso necesario, emplear la contención mecánica.

En cuanto a la sedación farmacológica, se debe precisar que estos pacientes están intoxicados por un depresor del sistema nervioso central y hay que ser muy cauto a la hora de administrar otro sedante; las benzodiacepinas pueden disminuir la respuesta del centro respiratorio, mientras que los neurolépticos pueden disminuir el umbral convulsivo. Una propuesta adecuada y útil es asociar el haloperidol (5 mg) y el diacepam (10 mg i.m.), que se puede repetir a los 30 min. Se deben evitar las benzodiacepinas de elevada potencia (midazolam o flunitrazepam).

Desde el punto de vista médico-legal, al paciente con intoxicación sintomática por alcohol no se le debe conceder el alta voluntaria, debido a que las alteraciones de juicio que presenta, le impiden la toma de decisiones, y las posibles consecuencias conductuales (accidentes, caídas, agresiones, etc.) justifican mantenerlo en observación de forma involuntaria; en caso de fuga se le debe dar parte a las autoridades pertinentes.

Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia se presenta en dependientes de alcohol, entre 4 y 12 h después de la última ingesta. Por su potente evolución a *delirium* o crisis comiciales, la abstinencia alcohólica es una urgencia médica que requiere tratamiento rápido y enérgico.

Las causas por las que un paciente abandona el alcohol pueden ser múltiples, pero entre las más comunes se encuentran que presente algún malestar físico, una enfermedad que le impida salir a la calle u obtenerlo por otras vías; conflictos familiares y el ingreso hospitalario por cualquier otro motivo.

Los síntomas comienzan entre 8 y 12 h después del último consumo, aunque en realidad este intervalo puede ser muy variable. Desde el punto de vista cronológico evoluciona de la manera siguiente:

- Fase 1: los síntomas incipientes consisten en temblor en las manos, inquietud, ansiedad, insomnio, náuseas, sudación, aumentos de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial; en la mayoría de los casos se resuelve en las primeras 24-48 h.
- Fase 2: a partir de las 24 h, los síntomas anteriores progresan y se incrementan los trastornos vegetativos: se presenta un temblor intenso, que impide cualquier acción manual y afecta otros grupos musculares, además, sudación intensa, dificultad para la marcha, inquietud psicomotriz e hiperreflexia. En esta fase se pueden presentar las crisis comiciales.
- Fase 3 (*delirium tremens*): solo el 5 % de los casos de abstinencia alcohólica alcanza esta fase; se presenta 72 h después del último consumo y lo más característico son las alucinaciones visuales (microzoopsias), en general muy vívidas, con repercusión afectiva importante, angustia intensa y agitación psicomotriz; obnubilación de la conciencia, alteraciones del juicio, desorientación y gran confusión. Estos síntomas son fluctuantes y empeoran de manera significativa durante la noche.

La evaluación del paciente con abstinencia alcohólica se debe centrar en varios aspectos, sobre todo en el estado de gravedad en el que se encuentra, para establecer el tratamiento adecuado, dada su potencialidad letal. Se identificará la cantidad de alcohol que ingiere habitualmente, el tiempo de abstinencia y si existen antecedentes de *delirium tremens*, ya que en esos casos se presenta un alto riesgo de que se repita.

Es necesario precisar el estado hidroelectrolítico e identificar si existe otra enfermedad médica que pueda condicionar la evolución, por ejemplo, los traumatismos, las hemorragias digestivas, el funcionamiento hepático, etc. La presencia de fiebre, convulsiones y signos del síndrome de Wernicke-Korsakoff, impiden su manejo ambulatorio.

Las convulsiones alcohólicas se presentan en el contexto de la abstinencia alcohólica, casi siempre entre las 24 y 72 h posteriores a la interrupción de la ingesta alcohólica o de su descenso, y preceden con frecuencia al *delirium*.

Los pacientes que padecen una enfermedad médica intercurrente son muy sensibles a las convulsiones. Se presentan en forma de ataques generalizados tónico-clónicos (tipo gran mal), que oscilan entre uno y cuatro ataques, aunque muchas veces pueden experimentar convulsiones múltiples.

Se debe realizar una intervención médica inmediata y recoger la información colateral; es preciso vigilar la presencia de confusión postictal y de síntomas de agitación.

Requieren tratamiento, debido a que se presenta una significativa mortalidad, asociada a las convulsiones por abstinencia y el *delirium*. Es necesario evaluar cuidadosamente si existen otras condiciones médicas que agravan al paciente, sobre todo los traumatismos craneoencefálicos. También se debe precisar si se consumen otras drogas (sedantes, hipnóticos y anticomiciales) y si forman parte del cuadro de abstinencia.

Generalmente, las convulsiones por abstinencia no significan que haya un trastorno epiléptico subyacente y el electroencefalograma, realizado tras la abstinencia, puede ser totalmente normal. En caso de que las crisis prosigan durante un tiempo prolongado, si tiene lugar un estatus epiléptico o si las convulsiones son focales en vez de generalizadas, se debe considerar otra causa distinta al alcohol.

Los síntomas convulsivos por abstinencia se deben tratar con benzodiacepinas (diacepam, alprazolam y clonacepam). El empleo profiláctico de anticomiciales es controversial, algunos autores aconsejan añadir a las benzodiacepinas un suplemento con magnesio y anticomiciales, y otros no recomiendan la medicación antiepiléptica a largo plazo.

Como norma general, en el síndrome de abstinencia alcohólica el tratamiento se sustenta en medidas generales de soporte, que varían en función de la gravedad y el tratamiento farmacológico, cuyo objetivo es paliar los síntomas y prevenir las complicaciones (Tabla 8.2).

Tabla 8.2. Tratamiento de la abstinencia alcohólica*

Abstinencia leve o moderada:

Medidas generales: regular la dieta, estimular la actividad física, valorar la hidratación (turgor de la piel, cambios en el peso corporal y osmolaridad de la orina) y forzar la ingesta de líquidos.

Exámenes complementarios: análisis sistemáticos de sangre y orina, glicemia en ayunas, tiempo de protrombina, fosfatasa alcalina, bilirrubina, ácido úrico, proteínas totales, albúmina, globulinas, amilasa y sangre oculta en heces; estudios toxicológicos para detectar el consumo de otras drogas; radiografías de tórax, de cráneo y electrocardiograma, cuando sea posible.

Terapia farmacológica:

Benzodiacepinas (diacepam, cloracepato dipotásico y loracepam): son los fármacos de elección en la mayoría de los casos, sobre todo cuando existen antecedentes de manifestaciones convulsivas.

Clometiazol: se trata de un derivado de la vitamina B1; actúa como análogo benzodiacepínico y por tanto tiene acción anticonvulsivante, solo se recomienda durante la terapia de desintoxicación porque tiene potencial adictivo.

Tiapride: es un neuroléptico y su acción es menos eficaz que los anteriores, se debe evitar si existen antecedentes convulsivos.
Vitaminas: se recomiendan en todos los casos (tiamina, complejo poli-B y ácido fólico); vitamina K (si aumenta el tiempo de protrombina).

---

*Adaptado del *Manual de psiquiatría de urgencias*. Kaplan H and Sadock B. Ed. Panamericana, 1996.

El paciente alcohólico con síntomas de *delirium tremens* requiere ingreso hospitalario en una unidad de medicina interna o de cuidados intensivos. Los signos y síntomas incluyen *delirium*, con el sensorio gravemente afectado; hiperactividad neurovegetativa (taquicardia, hipertensión, taquipnea, fiebre y diaforesis), temblor, convulsiones (ataques por abstinencia), alucinaciones vívidas, que pueden ser visuales y táctiles, y un grado de actividad psicomotriz, que va desde la agitación hasta la letargia. Las pesadillas y el insomnio son muy frecuentes.

El *delirium tremens* establecido provoca hasta el 20 % de mortalidad (sin tratamiento) y el 5-10 % (con tratamiento). Por lo general, el fallecimiento ocurre como resultado de la hipertermia, la deshidratación, la diselectrolitemia, las infecciones e incluso por un colapso cardiovascular.

Las medidas de soporte son muy importantes. Entre los objetivos terapéuticos se encuentran prevenir el agotamiento, reducir la hiperactividad del sistema nervioso central y corregir las alteraciones electrolíticas (la deshidratación es muy frecuente y justifica la fluidoterapia intravenosa).

Se evaluará cuidadosamente al paciente, en busca de problemas médicos concomitantes, sobre todo los traumatismos craneoencefálicos, las fracturas costales, las infecciones, las hemorragias gastrointestinales y las enfermedades hepáticas. Hay que detectar de manera precoz el desarrollo de signos neurológicos focales.

En la valoración psiquiátrica es necesaria la contención mecánica, debido a la agitación, que en algunos casos puede ser extrema; se recomienda utilizar los cinco puntos (cuatro extremidades y cintura) y ubicar al paciente en un ambiente tranquilo, bien iluminado y con escasos estímulos sensoriales (evitar el cruce continuo de personas).

El tratamiento farmacológico de elección son las benzodiacepinas; se puede utilizar alguno de los patrones siguientes:

- Pauta 1: dosis de ataque de 20 mg de diacepam, i.m., repetir cada 30 min, hasta conseguir la sedación; posteriormente se administrarán de 10 a 20 mg, cada 6 h, con reducción progresiva.
- Pauta 2: cloracepato, de 20 a 75 mg, i.m., repetir cada 30 min hasta conseguir la sedación y posteriormente 50 mg, cada 6 h, y reducir progresivamente.

Dependencia al alcohol

La dependencia al alcohol podría considerarse no urgente, sin embargo, su elevada prevalencia en los servicios de urgencia hace que se deban tener en cuenta algunos principios para su tratamiento correcto:

- Consumo perjudicial de alcohol: se presentan problemas físicos y psicológicos como consecuencia del consumo del alcohol, independientemente de la cantidad consumida. Es un término introducido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-1O).
- Abuso de alcohol: patrón desadaptativo de consumo de alcohol, que lleva a un deterioro significativo en las obligaciones personales, o se consume en situaciones de riesgo, o se asocia a problemas legales, o el sujeto continúa consumiendo a pesar de las consecuencias sociales que le ocasiona. Este término pertenece a la *American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4ta. ed. (DSM-IV).
- Dependencia: consiste en un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, en el cual el consumo adquiere la máxima prioridad para el individuo (CIE-10).

Los pacientes acuden al servicio de urgencia por diferentes motivos, ya sea por la presencia de trastornos orgánicos, relacionados con el consumo; intoxicaciones etílicas, trastornos psiquiátricos (trastornos afectivos, intentos suicidas, etc.) o sintomatología por abstinencia, lo que implica que los servicios de urgencia sean el sitio donde se pueda promover una posible desintoxicación y su posterior deshabituación.

Es importante que el psiquiatra pueda diferenciar una fase de intoxicación o un síndrome de abstinencia, de la condición psiquiátrica del paciente, ya que ambos fenómenos pueden estar presentes a la vez, como expresión comórbida, por lo que la evolución de la enfermedad generalmente es más severa, provoca mayor expresión psicopatológica y peores secuelas sociales.

Pueden existir dos condiciones diferentes: la agudización de la enfermedad temporal, inducida por el alcohol, o la coexistencia de una enfermedad psiquiátrica duradera. Entre estos elementos hay que precisar aquellos que presenten una elevada severidad psiquiátrica, como ocurre con los que sufren un trastorno mental crónico (esquizofrénicos, bipolares y delirantes crónicos); los de baja severidad psiquiátrica, que sufren enfermedades mentales de menor impacto (distimia, trastorno de ansiedad y trastornos de personalidad).

En estos casos se impone la hospitalización para poder controlar la afección psiquiátrica y, una vez superada la crisis aguda, referirse a un programa integrado de salud mental que aborde el proceso de rehabilitación sobre el diagnóstico dual de dependencia alcohólica y psicosis.

Trastornos psicóticos por consumo de alcohol

Alucinosis alcohólica. Se define como el estado alucinatorio que se presenta en un alcohólico durante los 2 días posteriores a la reducción o cesación de la ingesta etílica y permanece a pesar de que los síntomas de abstinencia han desaparecido. Generalmente es una crisis subaguda; la duración de los síntomas es variable, estos pueden tardar en resolverse desde unas horas hasta unas semanas, aunque se han descrito algunos casos de evolución crónica. Es un trastorno poco frecuente y se observa preferentemente en los hombres.

Se afecta el campo visual, no existe alteración del nivel de conciencia y el paciente tiene vivencias de las alucianciones; la orientación en tiempo, lugar y persona permanece intacta. Las alucinaciones se presentan como zumbidos desagradables, voces y alteraciones perceptivas visuales, que se pueden acompañar de delirios de referencia.

Es importante establecer el diagnóstico diferencial con el síndrome de abstinencia, el *delirium tremens* y otros estados alucinatorios orgánicos (otros tóxicos o fármacos, crisis comiciales, desaferentación, etc.), además de la esquizofrenia y los trastornos afectivos.

La conducta terapéutica debe estar encaminada a tranquilizar al paciente; si este posee capacidad de introspección, se le explicará el origen de las alucinaciones; en caso de que haga una interpretación delirante de la causa de la misma, no se discutirá con él y se le proporcionará un ambiente seguro y silencioso.

La *American Psychiatric Association* ha emitido los criterios siguientes para el diagnóstico de la alucinosis alcohólica:

- Desarrollo breve (habitualmente en 48 h) de una alucinosis orgánica, con alucinaciones vívidas y persistentes (auditivas o visuales), tras la interrupción o disminución de la ingesta alcohólica, en un individuo que parece presentar una dependencia alcohólica.
- No hay *delirium*, como en el *delirium* por abstinencia alcohólica.
- Todo ello, no es debido a ningún trastorno mental o físico.

Se tomarán los signos vitales y se realizarán los exámenes médico y psiquiátrico; se valorarán cuidadosamente los trastornos asociados y las

secuelas físicas del alcoholismo; también se realizarán estudios toxicológicos en orina. Es necesario estar alerta ante posibles crisis de violencia secundarias a las alucinaciones.

Para el tratamiento farmacológico se indicarán benzodiacepinas (diacepam, loracepam y alprazolam); si estas resultaran ineficaces, se emplearán antipsicóticos (haloperidol: 6-8 mg/día, v.o. o i.m.; risperidona: 4-6 mg/día y olanzapina: 10-15 mg/día); este último es de gran utilidad porque tiene un mayor efecto ansiolítico.

Celotipia alcohólica. Se trata de un trastorno delirante crónico, provocado por celos; el paciente está convencido de que su mujer lo engaña (es un trastorno casi exclusivo de los hombres); aporta datos imprecisos o interpretaciones de comentarios y muestra una clara hostilidad hacia la esposa, lo que implica un riesgo importante de agresión hacia ella.

Aunque no se ha podido demostrar su causa, la experiencia clínica confirma su asociación extremadamente frecuente con el alcohol, hasta el punto de que es raro que un celotípico no sea un consumidor importante de esta bebida.

Para su tratamiento se recomienda la hospitalización, además, es necesario evaluar la implicación afectiva y conductual del delirio, y lograr la abstinencia alcohólica. Se emplearán neurolépticos (haloperidol: 2-6 mg/día) y atípicos (risperidona: 3-6 mg/día y olanzapina: 10-15 mg/día).

Trastornos afectivos por consumo de alcohol. Es extraordinariamente frecuente la presencia de síntomas afectivos en el paciente alcohólico, situación en la que influye el deterioro laboral, social y familiar en que se encuentra involucrado por el consumo crónico del alcohol, además del efecto depresógeno de esta sustancia, en su acción inhibidora sobre el sistema nervioso central; en otros casos, asume el rol de automedicación ante la presencia de síntomas depresivos.

Las conductas suicidas son usuales y constituyen una de las demandas por urgencia más frecuente en los pacientes alcohólicos. La inhibición que genera el alcohol sobre el control de los impulsos, provoca que tras ingestas moderadas haya un elevado riesgo de conductas autoagresivas, por tanto, son tributarias de ingreso.

Es necesario promover la abstinencia, con lo cual mejorarán los síntomas depresivos; se indicarán antidepresivos clásicos (amitriptilina, desipramina e imipramina); los ISRS (sertralina, citalopram y fluoxetina) son eficaces en la disminución de las recaídas.

Enfoque terapéutico

Vale destacar que en estas dos últimas décadas, el conocimiento y las investigaciones científicas, relacionadas con la clínica del alcoholismo, han permitido que su terapéutica adopte diferentes formas; se conocen mejor los trastornos neuroquímicos subyacentes a los procesos de adicción y a las anomalías psiquiátricas (depresión, ansiedad, deterioro neurocognitivo, etc.) que se asocian frecuentemente con el alcoholismo.

El tratamiento farmacológico se puede separar de acuerdo con los procedimientos terapéuticos siguientes:

- Desintoxicación: valoración de los síntomas físicos, estudio de las posibles complicaciones y control del posible síndrome de abstinencia desde el punto de vista médico-farmacológico.

  El empleo de fármacos es imprescindible en la fase de desintoxicación, se deben evaluar los riesgos del síndrome de abstinencia menor y mayor, y también el conjunto de condiciones psicopatológicas alcohólicas, bioquímicas de la neuroadaptación, de la inducción enzimática y simultáneamente de posibles enfermedades alcohólicas secundarias, en especial en el caso de los alcohólicos clínicos.

  La administración de fármacos en la desintoxicación y la deshabituación es aconsejable durante periodos cortos (no más de 8, 10 o 15 días), cuando el paciente realiza una desintoxicación domiciliaria u hospitalaria, si no están contraindicados por una enfermedad alcohólica secundaria (hepatopatía alcohólica, pancreopatía alcohólica, polineuritis alcohólica, gastritis, etc.).
- Deshabituación: si los trastornos físicos no lo impiden, es casi simultáneo con la desintoxicación. Se debe realizar un estudio detallado de los hábitos, las costumbres y el tipo de bebida del paciente, que permita diseñar diversas estrategias para evitar las recaídas.

  La presentación de nuevos fármacos eficaces en la fase de deshabituación alcohólica mejora el pronóstico, a largo plazo, de esta compleja enfermedad. El empleo de estos fármacos ha incrementado de manera significativa los éxitos terapéuticos y proporciona un conocimiento más profundo de los procesos adictivos y un enfoque terapéutico más causal.

Se priorizan algunos aspectos relacionados con la terapéutica farmacológica, entre los que se destacan los siguientes:

- Provocar la aversión al consumo de alcohol, mediante el consumo de fármacos interdictores que inhiben la metabolización del acetaldehído (disulfiram y cianamida cálcica).

- Disminuir el refuerzo asociado con el consumo de alcohol, lo que se logra con el bloqueo de las acciones tipo opioides del etanol (naltrexona) y los receptores dopaminérgicos (Tiapride).
- Reducir la intensidad de los síntomas de abstinencia, condicionados a las situaciones de consumo y que incrementan el deseo de beber (acamprosato).
- Terapia para elevar la capacidad de control (naltrexona, serotonérgicos y antipsicóticos).
- Disminuir los síntomas depresivos con los fármacos correspondientes, ya que estas manifestaciones clínicas pueden precipitar la recaída.

La rehabilitación, como parte del proceso elemental de un programa sistemático, tiene que estar coordinada por un equipo de atención sanitario-social, que permita rehabilitar en cada paciente los factores personales, familiares y laborales, en los que las habilidades sociales han quedado profundamente deterioradas. Por otra parte la reinserción está condicionada al proceso, cuando ocurre la pérdida de la actividad laboral/profesional, desestructuración familiar y otros procesos que favorecen los diversos grados de marginación social. Estas fases de la terapéutica van más allá del procedimiento propio de la urgencia médica.

Resumen

El alcoholismo genera todo tipo de urgencia, como las intoxicaciones, las crisis comiciales y los propios síntomas de abstinencia; no tiene una causa única, sino que en él intervienen múltiples determinantes.

Entre los problemas principales se describen las consecuencias de las crisis agudas de consumo excesivo de alcohol y beber de manera excesiva por un tiempo prolongado.

El alcohol afecta de diversas maneras a hombres y mujeres, ya que las féminas tienen patrones de consumo diferentes; son más sensibles a los daños orgánicos y a la dependencia ante iguales cantidades de bebida; el daño hepático y las consecuencias cerebrales progresan más rápidamente que en los hombres.

Diferentes mecanismos farmacocinéticos, que aumentan la concentración de la sustancia y hacen más lenta la eliminación.

Desiguales respuestas de los sistemas de recompensa cerebral al alcohol y en la modulación de la actividad neuronal mediada por las hormonas gonadales. El factor hereditario tiene mayor influencia; comienzan a beber luego de algún evento o acontecimiento vital. Necesitan tratamiento

mucho más rápido que los hombres. La mayoría de los alcohólicos se inicia tempranamente; las complicaciones comienzan aproximadamente 10 años después.

Intoxicación etílica (embriaguez simple): puede ser potencialmente letal no solo por sí misma, sino por las consecuencias que se derivan de las conductas.

Los signos físicos de la embriaguez son disartria, incoordinación, ataxia, nistagmo y rubor facial.

Todo paciente que se derive a urgencias por intoxicación etílica deberá permanecer en observación médica durante un tiempo variable, hasta que se resuelvan los síntomas. La evaluación precipitada puede llevar a que sea dado de alta antes de que alcance la concentración máxima de alcohol.

El alcohol alcanza su concentración máxima en sangre 1 h después de la ingesta y las manifestaciones clínicas se presentarán en función de ello.

En la intoxicación leve (alcoholemia 20-80 mg/dL) el sujeto se muestra desinhibido, con euforia, ligero aumento de la sociabilidad y discreta hiperactividad.

En la intoxicación moderada (alcoholemia 80-130 mg/dL) se presentan sedación, bradipsiquia, leve torpeza y disartria, alteraciones de conducta con impulsividad y agresividad.

Cuando la intoxicación es grave (alcoholemia 130-300 mg/dL) se presenta algún grado de obnubilación, con un deterioro generalizado de todas las funciones del sistema nervioso central (juicio, memoria, atención, etc.); dificultad para la marcha, el habla, disforia y alteraciones de la conducta.

Hay que tener en cuenta que algunas drogas aumentan los efectos del alcohol, entre estas los sedantes, analgésicos, barbitúricos, hipotensores, anticonvulsivantes y antihistamínicos.

Para el manejo terapéutico de la intoxicación etílica leve o moderada, la simple observación clínica (durante unas horas) será suficiente; se administrará glucosa en suero, pues en estos casos se pueden presentar crisis de hipoglicemia.

En las intoxicaciones agitadas el objetivo es lograr su contención, sedación y observación médica.

Respecto a la sedación farmacológica, se debe precisar que estos pacientes están intoxicados por un depresor del sistema nervioso central, por tanto, hay que ser muy cauto a la hora de administrar otro sedante.

Una propuesta adecuada y útil es asociar el haloperidol (5 mg) y el diacepam (10 mg) por vía intramuscular.

Se deben evitar las benzodiacepinas de elevada potencia (midazolam o flunitrazepam).

Síndrome de abstinencia: se presenta en los dependientes de alcohol, entre las 4 y 12 h posteriores a la última ingesta y los síntomas comienzan entre las 8 y 12 h después del último consumo.

Fase 1: los síntomas incipientes consisten en temblor en las manos, inquietud, ansiedad, insomnio, náuseas, sudación y aumentos de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial.

Fase 2: a partir de las 24 h, el cuadro anterior progresa y se incrementan los síntomas vegetativos.

Fase 3 (*delirium tremens*): a esta fase solo llega el 5 % de los pacientes en abstinencia; se presenta a las 72 h posteriores del último consumo y lo más característico son las alucinaciones visuales.

La evaluación de estos pacientes se debe centrar en varios aspectos: estado de la gravedad, identificación de la cantidad de alcohol que ingiere habitualmente, tiempo de abstinencia y si existen antecedentes de *delirium tremens*; precisar su estado hidroelectrolítico e identificar si presenta otra enfermedad médica. La presencia de fiebre, convulsiones y signos del síndrome de Wernicke-Korsakoff impiden su manejo ambulatorio.

Las convulsiones alcohólicas se presentan en el contexto de la abstinencia, casi siempre entre las 24 y 72 h, y se deben tratar con benzodiacepinas.

También se debe precisar si el paciente consume otras drogas (sedantes, hipnóticos y anticomiciales), como parte del cuadro clínico de abstinencia.

Como norma general en el síndrome de abstinencia alcohólica, el tratamiento consiste en una serie de medidas generales de soporte, que varían en función de la gravedad y el tratamiento farmacológico.

El paciente alcohólico con síntomas de *delirium tremens* requiere ingreso hospitalario en una unidad de medicina interna o de cuidados intensivos. Este trastorno provoca hasta el 20 % de mortalidad, si no se trata, y de 5 % a 10 % con tratamiento. Los objetivos terapéuticos: prevenir el agotamiento, reducir la hiperactividad del sistema nervioso central y corregir las alteraciones electrolíticas.

Hay que evaluar al paciente para identificar si existen otros problemas médicos concomitantes, como traumatismos craneoencefálicos, fracturas costales, infecciones, hemorragias gastrointestinales y enfermedades hepáticas.

El tratamiento farmacológico de elección son las benzodiacepinas.

Pauta 1: dosis de ataque de 20 mg de diacepam, i.m.; repetir cada 30 min hasta conseguir la sedación.

Pauta 2: cloracepato, 20-75 mg i.m.; repetir cada 30 min hasta conseguir la sedación.

Abuso de alcohol: patrón desadaptativo de consumo de alcohol, que lleva a un deterioro significativo en las obligaciones personales, o se consume en situaciones de riesgo, o se asocia a problemas legales.

Dependencia: consiste en un conjunto de manifestaciones fisiológicas, del comportamiento y cognoscitivas, en el cual el consumo adquiere la máxima prioridad para el individuo.

Pueden existir dos condiciones diferentes: la agudización de la enfermedad temporal, inducida por el alcohol, o la coexistencia de una enfermedad psiquiátrica duradera.

Alucinosis alcohólica: se define como el estado alucinatorio que se presenta en un alcohólico durante los 2 días posteriores a la reducción, o cesación de la ingesta etílica y que permanece después de que los síntomas de abstinencia han desaparecido. El campo sensorial afectado es el visual, no existe alteración del nivel de conciencia.

Es importante establecer el diagnóstico diferencial con el síndrome de abstinencia, el *delirium tremens* y otros estados alucinatorios orgánicos.

La conducta terapéutica debe estar encaminada a tranquilizar al paciente, tomar los signos vitales, y realizar los exámenes médico y psiquiátrico. Utilizar benzodiacepinas (diacepam, loracepam y alprazolam); si estas resultan ineficaces, emplear antipsicóticos.

Celotipia alcohólica: se trata de un trastorno delirante crónico, de contenido de celos. Para su tratamiento se recomienda la hospitalización; es necesario evaluar la implicación afectiva y conductual del delirio.

Trastornos afectivos por consumo de alcohol: es muy frecuente la presencia de síntomas afectivos en los pacientes alcohólicos.

Las conductas suicidas son usuales y una de las demandas por urgencia más frecuentes.

DROGODEPENDENCIA

Una de las afecciones que mayor demanda establece en los servicios de urgencia son los trastornos por consumo de drogas, no solo por la psicopatología que se presenta tanto en los periodos de consumo como en los de abstinencia, sino también por las descompensaciones de las enfermedades médicas frecuentemente asociadas (infección por VIH, hepatopatías, endocarditis, etc.). El paciente no solo demanda de la urgencia médico-psiquiátrica, sino también de los servicios quirúrgicos por lesiones o traumatismos, por tanto, las toxicomanías son afecciones que deben conocer los médicos que atienden urgencias, independientemente de cuál sea su especialidad, para tener la capacidad de solventar toda urgencia relacionada con el consumo de sustancias.

Los motivos principales de asistencia del drogodependiente al servicio de urgencia son los cuadros de intoxicación, abstinencia, dependencia y enfermedades médico-quirúrgicas asociadas.

La posibilidad de que un individuo abuse o se haga dependiente de una o más sustancias radica en la interrelación entre la sustancia consumida, el consumidor y el ambiente en que vive. La disponibilidad, costo, pureza, potencia, modo de administración, rapidez de inicio, terminación de los efectos y efectos reforzadores, son variables propias de la sustancia. En el consumidor y su ambiente, son varios los factores que explican el abuso o dependencia a sustancias los que pueden ser de tipo psicógeno, biológico, genético, familiar y sociocultural.

Durante el proceso de evaluación es necesario determinar cuáles son los factores más relevantes para el paciente, a fin de establecer el manejo más conveniente.

Intoxicación

La intoxicación se define como una conducta desadaptada (beligerancia, juicio alterado o afectación del funcionamiento social u ocupacional), que se asocia a la ingesta reciente de sustancias.

La intoxicación se puede desencadenar por numerosas sustancias tóxicas y se caracteriza por síntomas muy variados; se presenta como crisis psicóticas, que se acompañan de gran agitación psicomotriz o estados de coma; el estado mental varía en la medida que se va eliminando la sustancia.

Los pacientes potencialmente peligrosos requieren una evaluación inmediata, aunque pueden estar completamente diferentes unas horas más tarde. Siempre hay que tener en cuenta la posibilidad de que hayan tomado múltiples sustancias, así como que tiendan a minimizar la cantidad de droga tomada, frecuencia y duración del consumo.

Es necesario valorar las posibles complicaciones médicas de las intoxicaciones aguda y crónica, por ejemplo, la depresión del sistema nervioso central tras el uso de opiáceos, sedantes, hipnóticos o barbitúricos, así como las arritmias después del consumo de cocaína.

En el examen físico se mantendrá un control sobre los signos vitales y se buscarán otros signos de intoxicación, como ataxia, disartria, nistagmo, cambios pupilares, agitación y depresión del sistema nervioso central. Se tendrá en cuenta la posibilidad de que el cuadro clínico sea por sobredosis, a partir de la idea de que la cantidad de sustancia ingerida es minimizada por el paciente; también se debe valorar el riesgo de abstinencia, ya que este trastorno se puede presentar en caso de que la cantidad ingerida sea menor de lo habitual.

Hay que considerar la peligrosidad del paciente y prevenir posibles daños; tratar los problemas médicos que puedan estar presentes, esperar a que se elimine la sustancia y reevaluarlo cuando ya no esté intoxicado. Si el cuadro clínico se debe a una poliintoxicación con agentes de diferentes acciones farmacocinéticas, puede ser que algunas se eliminen antes (como el alcohol), mientras que los niveles plasmáticos de otra (como un barbitúrico) persistan elevados.

El tratamiento depende de la naturaleza de las sustancias ingeridas y de las necesidades clínicas del paciente. Si es necesario tranquilizarlo, son preferibles las benzodiacepinas que elevan el umbral convulsivante, a diferencia de los antipsicóticos, que lo disminuyen.

Abstinencia

Los síntomas de abstinencia de drogas suelen presentarse en asociación con la interrupción brusca o disminución excesivamente rápida del consumo de la sustancia. Se caracteriza por la presencia de síntomas físicos y psíquicos manifiestos horas o días después; algunas sustancias provocan síntomas muy particulares, como el síndrome de abstinencia del alcohol o de la heroína; en otras, las manifestaciones son más inespecíficas y tienen menor intensidad y duración, por lo que no requieren tratamiento.

De acuerdo con Chinchilla, en su *Manual de urgencias psiquiátricas* se reflejan las pistas de inicio en drogodependientes:

− Descenso injustificado en el rendimiento escolar.

- Abandono de aficiones e intereses que aparentemente no se sustituyen por otros nuevos.
- Enfriamiento de las relaciones de amistad y confianza entre hermanos.
- Cambio en el círculo habitual de amistades, acompañado de interés por que la familia no conozca a los nuevos amigos.
- Variaciones exageradas en las costumbres relacionadas con vestidos y peinados.
- Cambios en la decoración de la habitación personal, con símbolos orientales, uso de pebeteros o varillas de incienso, cuyo olor puede enmascarar fácilmente el de *cannabis*.
- Uso constante de gafas de sol para ocultar el enrojecimiento de los ojos, así como de prendas de mangas largas para ocultar huellas o lesiones en los brazos.
- Evitación cuidadosa de cualquier alusión al tema de las drogas en la convivencia familiar.
- Adelgazamiento progresivo, pérdida de apetito, tinte subictérico, signos cutáneos diversos y negativas serias de consultar al médico.
- Tendencia a hurtos en el seno familiar.
- Aparición, entre las pertenencias personales, de papel de fumar y cartoncillos (2 cm de ancho por 4 cm de largo).

Dependencia

No es raro que a los servicios de urgencia llegue un paciente drogodependiente, con la intención de abandonar el consumo habitual del tóxico; en estos casos la demanda casi siempre se asocia a motivaciones externas (exigencia de los familiares, proceso judicial, ingreso en la cárcel, etc.) o simplemente falta de información o accesibilidad a otras instancias preparadas para realizar el tratamiento de desintoxicación/deshabituación, por lo que se le debe dar toda la información necesaria para que recurra a estas.

Sospecha. En ocasiones, sobre todo en menores de edad, la familia acude ante la sospecha de que el adolescente esté consumiendo algún tóxico; existen algunos elementos que pueden servir de pistas ante estas circunstancias.

Cannabis

La *Cannabis sativa* es una planta originaria de Asia Central, que crece en muchas zonas tropicales y de clima templado; es la sustancia ilegal de mayor consumo y por su origen natural algunos piensan equivocadamente que sus efectos sobre el organismo no son nocivos, sin embargo, provoca, al igual que cualquier otra sustancia, trastornos por abuso y dependencia.

El componente psicoactivo de la marihuana (derivado de la hoja y las flores de la planta) o del hachís (derivado de la resina) es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) y es el que provoca la mayoría de los efectos farmacológicos de la planta. Como otras sustancias que generan abuso o adicción, sus efectos farmacológicos varían según la dosis, vía de administración, experiencia del consumidor y su vulnerabilidad a los efectos.

Los cambios psíquicos más frecuentes, provocados por el consumo, son ansiedad, euforia, sensación de bienestar físico, aumento de la confianza en sí mismo, pérdida de inhibiciones y risa incontrolable. Aumenta la sensibilidad al tacto y a los sonidos; las ideas fluyen rápidamente y se han descrito alteraciones en la concentración y percepción prolongada del tiempo. Se alteran la atención y la coordinación, y se enlentece el tiempo de reacción que interfiere con la conducción de vehículos. Se afecta la memoria inmediata y puede provocar el fenómeno de desintegración temporal, en el cual se tienden a confundir pasado, presente y futuro.

Cuando se consume en dosis elevada, se pueden presentar reacciones de pánico, *flashback*, alucinaciones, desrealización, despersonalización e ideas delirantes, hasta desencadenar una psicosis aguda (psicosis cannábica). Sin embargo, algunos investigadores consideran que más que existir una psicosis por marihuana, en la mayoría de los casos los trastornos psicóticos están latentes y se precipitan o exacerban ante el uso de la sustancia. Los signos físicos más frecuentes son la taquicardia y la inyección conjuntival (Tabla 9.1).

Otro trastorno muy controvertido es el síndrome amotivacional, que forma parte de la psicopatología de los consumidores crónicos; se caracteriza por pasividad, apatía, aislamiento, anhedonia y escasez de ambiciones; estos síntomas son parte de otro trastorno psiquiátrico de base, presumiblemente afectivo.

Tabla 9.1. Reacciones adversas a la marihuana

Tipo	Factores predisponentes	Síntomas	Tratamiento
Pánico agudo	Consumidores inexpertos, personalidades rasgos, histéricos u obsesivos administración oral	Ansiedad, depresión sin síntomas psicóticos	Ansiolíticos ocasional, con episodios breves
Delirium tóxico	Grandes dosis, uso oral	Confusión, desorientación, alucinaciones, delirios y despersonalización	Remite de 12-48 h, utilizar neurolépticos si es necesario

Tabla 9.1. (Continuación)

Tipo	Factores predisponentes	Síntomas	Tratamiento
Alucinaciones recurrentes (*flash-back*)	Días o semanas después de la última dosis. Antecedentes de consumo de alucinógenos	Experiencia alucinatoria breve	Tranquilizar con ansiolíticos si es necesario
Psicosis crónicas	Consumo prolongado de marihuana o hachís casi pura	Paranoia, delirios, alucinaciones, conducta extraña a veces violenta	Antipsicóticos
Síndrome amotivacional	Consumo intenso y prolongado	Apatía, juicio empobrecido, pérdida de relaciones interpersonales	Sin tratamiento

Fuente: *Manual de psiquiatría de urgencias*. Kaplan H and Sadock B. Ed. Panamericana, 1996.

El consumo de marihuana genera el fenómeno de tolerancia, por lo que no es típico que se presenten síntomas de abstinencia, sin embargo, algunos consumidores refieren que al abandonarla, presentan dificultades para conciliar el sueño, ligera ansiedad, temblor, náuseas y sudación, lo cual les impide detener el consumo.

Dado que la marihuana presenta baja toxicidad, no genera una demanda importante en los servicios de urgencia; no obstante, cuando esto ocurre, el tratamiento es sintomático. Por lo general, es suficiente mantener al paciente en observación durante algunas horas, en un lugar con baja estimulación sensorial, acompañado por algún familiar que le tranquilice. Si es necesario, −porque presenta una marcada angustia− se pueden administrar benzodiacepinas (diacepam: 5-10 mg; loracepam: 1-2 mg y cloracepato: 15-25 mg); en caso de sintomatología psicótica, se emplearán neurolépticos (haloperidol: 2-5 mg) o atípicos (risperidona: 3-6 mg/día y olanzapina: 10-15 mg/día).

El mayor consumo adictivo se corresponde con personas que abusan de otras sustancias, como la cocaína o el alcohol, y utilizan las benzodiacepinas para disminuir los efectos de intoxicación o los síntomas de abstinencia que esas sustancias ocasionan.

Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas son fármacos de amplia prescripción en el mundo, se utilizan para tratar los síntomas de ansiedad, insomnio, espasmos musculares, convulsiones y abstinencia al alcohol.

La demanda de atención de urgencia a personas que consumen estos fármacos por indicación médica, es relativamente frecuente, pero acuden con síntomas de intoxicación medicamentosa con fines más o menos autolíticos.

Las intoxicaciones provocadas por benzodiacepinas se manifiestan con un cuadro clínico similar al de otras drogas, aunque presentan un amplio margen terapéutico y las dosis tóxicas son difíciles de alcanzar, por lo que son seguras aun cuando se consuman en sobredosis, ya que la relación dosis letal/dosis efectiva es de 200/1.

Las benzodiacepinas provocan menos euforia que la intoxicación por otras sustancias, es por esta razón que se produce menos abuso y dependencia que con los barbitúricos; pueden ocasionar síntomas de desinhibición conductual, que en algunas personas provocan un comportamiento hostil e incluso agresivo, este efecto se pronuncia cuando se ingieren mezcladas con alcohol.

Son depresoras del sistema nervioso central; en intoxicaciones no muy intensas el sujeto puede experimentar apatía, sequedad de la boca, disminución del tono muscular y afectación neurológica, con disartria, ataxia, incoordinación, nistagmo y afectación de la conciencia (obnubilación y somnolencia). Si la intoxicación progresa, los signos se intensifican, lo que puede provocar coma y depresión respiratoria.

Los signos y síntomas del síndrome de abstinencia por el uso de benzodiacepinas en dosis elevadas, se caracterizan por ansiedad, temblores, anorexia, pesadillas o insomnio, náuseas, vómitos, hipotensión postural, hiperpirexia, convulsiones y *delirium*.

Las benzodiacepinas de acción corta (triazolam y alprazolam) provocan síntomas iniciales de abstinencia (entre las 12 y 24 h posteriores a la última dosis) y alcanzan el pico máximo entre 24 y 72 h. La supresión brusca de estas sustancias, cuando se usan en dosis terapéuticas, puede provocar diversas manifestaciones:

- Síntomas de rebote, con ansiedad e insomnio, que duran días o semanas.
- Retiro prolongado: puede ser severo e incapacitante, muchas veces con síntomas inespecíficos, y en otros casos, similar a un trastorno obsesivo-compulsivo, con síntomas psicóticos de extensión variable, que se pueden extender hasta varios meses.
- Reemergencia de síntomas: los síntomas de ansiedad, insomnio o tensión muscular retornan al nivel previo al inicio del tratamiento.

El comienzo del síndrome de abstinencia depende de la semivida de la sustancia:

- Semivida corta: se produce a las 6 u 8 h, alcanza el máximo al segundo día y mejora al cuarto o quinto día.
- Semivida larga: comienza a la semana, alcanza el máximo en la segunda semana, y mejora entre la tercera y cuarta semanas.

Los síntomas predominantes en la abstinencia son la ansiedad, disforia, intolerancia a la luz brillante y a ruidos fuertes, náuseas intensas, sudación y contracturas musculares; en los casos más graves se presentan crisis comiciales y *delirium*, lo que lo convierte en un trastorno potencialmente grave.

La forma más práctica de manejar el síndrome de abstinencia, con dosis elevadas de benzodiacepinas, es la disminución gradual del fármaco al cual se depende; en caso de que se hayan usado con dosis terapéuticas, si los síntomas desencadenantes son leves, no se hace tratamiento; basta con explicarle al paciente que esos síntomas son pasajeros y desaparecerán. De igual modo que en la recomendación anterior, su manejo debe ser con disminución progresiva; en algunos manuales terapéuticos se recomienda utilizar ácido valproico o carbamazepina.

Respecto a las benzodiacepinas de semivida corta, se recomienda la sustitución de otras de semivida prolongada (clonazepam o clorazepato); en caso de abstinencia, se debe administrar una dosis elevada de benzodiacepina de semivida larga y reducirse de manera paulatina en función de la respuesta; es preferible la vía oral, que asegura una absorción más lineal; se puede recurrir a la vía parenteral en caso de agitación o de que el paciente no coopere, cualquiera de las siguientes variables pueden ser de utilidad: diacepam: 10-20 mg, cada 8 h; clorazepato: 50-100 mg, cada 8 h y clonazepam: 2-4 mg, cada 8 h.

Cocaína

La cocaína es un alcaloide que se extrae de las hojas de coca, de semivida breve (aproximadamente 1 h); actúa como estimulante del sistema nervioso central; provoca euforia, sensación de capacidad mental creciente y confianza en sí mismo; entre sus síntomas más comunes se destacan: agitación psicomotriz, irritabilidad, alteración del juicio de la realidad, conducta sexual impulsiva y potencialmente peligrosa, agresividad, aumento generalizado de la actividad psicomotriz e incluso síntomas maniformes; desde el punto de vista físico, síntomas periféricos de estimulación adrenérgica por aumento de la adrenalina, que incluyen el incremento de la tensión arterial, del pulso y de la temperatura, además de vasoconstricción y midriasis.

Las formas habituales de consumo son el masticado de las hojas, su absorción tiene lugar a través de la mucosa oral; el clorhidrato de cocaína, que se aspira por la nariz o en inyección intravenosa; la pasta básica (basuco) y el crack, que son presentaciones para fumar, tienen menor costo que el clorhidrato y un gran poder adictivo, debido a su vía de uso, lo cual les permite alcanzar rápidamente concentraciones plasmáticas muy elevadas, y reforzar sus efectos fisiológicos y tóxicos. El consumo crónico suele ser episódico y se asocia con frecuencia a otros tóxicos, entre estos la marihuana (diablillo), la heroína (*speedball*) y el alcohol.

El consumo de cocaína en dosis bajas provoca sensación de bienestar y confianza en sí mismo, aumento en el rendimiento de las tareas habituales y excitación; en dosis elevadas puede provocar una conducta repetitiva estereotipada, bruxismo, hormigueo, irritabilidad, inquietud, temblor, labilidad emocional y síntomas paranoides. Algunas personas pueden llegar a desarrollar una psicosis paranoide, con síntomas múltiples y llamativos (delirios de persecución y referencia, y alucinaciones auditivas, visuales o táctiles), similar a la esquizofrenia paranoide; también se pueden desencadenar crisis comiciales, infartos cerebral y cardíaco, depresión respiratoria e incluso, ocasionar la muerte.

Las manifestaciones de abstinencia se desarrollan entre 18 h y 7 días después de la reducción o supresión del consumo de la cocaína, que hasta entonces se mantenía intensamente y por periodos prolongados; la gravedad del cuadro clínico se relaciona con la cantidad, la duración del consumo y la vía de administración; la inhalación provoca menor dependencia y abstinencia; el uso intravenoso y el crack (base libre) lo hacen en mayor medida.

Los síntomas predominantes son muy variados: cefalea, letargia, depresión, hipersomnia, bulimia, irritabilidad, dificultad para la concentración y deseos intensos de consumo (*craving*); este deseo también puede reaparecer de forma esporádica, indefinida, desencadenado por estímulos ambientales.

La complicación que ocasiona la cocaína más frecuentemente es la dependencia y otros trastornos por arritmias cardíacas e isquemias del miocardio, vasoconstricción cerebral y convulsiones.

La determinación terapéutica se relaciona con el grado de ansiedad y el deseo de consumo que pueda presentar el paciente; se pueden administrar benzodiacepinas de semivida larga (diacepam: 15-30 mg/día; cloracepato: 50-100 mg/día y clonazepam: 2-4 mg/día), las cuales son eficaces, ya que elevan el umbral convulsivante y disminuyen la irritabilidad del sistema nervioso central; en caso de manifestaciones depresivas (persistentes y asociadas) se deben emplear antidepresivos, que son útiles, además, para el control del *craving* y cuando existen ideas suicidas.

Si la agitación persiste, luego de aplicarse varias dosis de benzodiacepinas o en caso de que se presenten signos de toxicidad por estas (ataxia, disartria y nistagmo), se emplearán antipsicóticos de elevada potencia (haloperidol o flufenazina: 2-5 mg, v.o. o i.m.) Por lo general, se deben evitar los neurolépticos, debido a que bajan el umbral convulsivante.

En caso de taquicardia e hipertensión severa se pueden tratar con β-bloqueadores (propanolol o clonidina). Si se presenta inestabilidad hemodinámica, convulsiones, depresión respiratoria y otros signos de sobredosis, se indicará el ingreso en una unidad de cuidados intensivos.

Anfetaminas

Las anfetaminas son el ejemplo de una clase de drogas estimulantes (simpaticomiméticas), que son objeto de abuso con elevada frecuencia; entre estas se encuentran la metanfetamina (Ice), la dextroanfetamina (Dexedrina), la fenmetracina y el metilfenidato (Ritalin). El éxtasis (3,4 metilenedioximetanfetamina MDMA) es otra anfetamina con propiedades estimulantes y alucinatorias.

Las anfetaminas se pueden ingerir, inhalar o fumar. Algunas personas llegan a la droga como consecuencia de un tratamiento para la obesidad o la depresión; otras la utilizan para prevenir la fatiga (estudiantes y choferes). Algunos sujetos la emplean para estimularse, generalmente jóvenes que tienden a abusar de otras drogas. Las reacciones tóxicas más significativas se presentan en consumidores esporádicos, que ingieren dosis elevadas en un periodo corto.

Las anfetaminas causan síntomas físicos y conductuales, que incluyen desde la elevación del humor, la autoestima y la alerta mental, hasta la grandiosidad, la hipervigilancia, la beligerancia, la agitación, la ansiedad y la afectación del juicio; también el funcionamiento social o laboral se puede alterar marcadamente.

Los síntomas físicos se manifiestan por taquicardia, hipertensión, cefaleas, midriasis, temblores, escalofríos, vértigos, náuseas y vómitos, sudación, pérdida de peso y agitación psicomotriz. Con dosis elevadas se puede presentar confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías y coma.

Las manifestaciones de abstinencia evolucionan con ansiedad, temblor, ánimo disfórico, fatigas, pesadillas, cefalea, sudación profusa, calambres musculares y hambre insaciable. Por lo general, estos síntomas alcanzan su pico en el intervalo de 2 a 4 días y remiten en una semana. Así mismo, se puede presentar depresión, particularmente intensa tras el uso continuado en dosis elevadas, o asociada a la abstinencia; esta depresión se suele acompañar de un riesgo suicida importante.

En la intoxicación grave se pueden presentar síntomas de *delirium*, una de las complicaciones principales son las convulsiones (aplicar diacepam intravenoso); también se pueden presentar síntomas delirantes paranoides, con alucinaciones auditivas, visuales y táctiles.

Los objetivos terapéuticos inmediatos están encaminados a reducir la irritabilidad del sistema nervioso central, la hiperactividad neurovegetativa, controlar los síntomas psicóticos y efectuar una excreción rápida de la droga.

La intoxicación anfetamínica suele tener una evolución limitada, en la mayoría de los casos se resuelve en 24-48 h. El tratamiento es sintomático y de sostén, sin embargo, la agitación, la elevación de los signos vitales (sobre todo la hipertermia), el estatus epiléptico y las crisis de violencia, justifican el empleo de medicación.

El paciente debe ser ubicado en un ambiente silencioso y tranquilo, y se evitará la estimulación excesiva. En la terapia farmacológica se utilizarán benzodiacepinas (oxacepam: 10-30 mg, v.o. y loracepam: 1-2 mg); para los síntomas psicóticos se emplearán neurolépticos (trifluoperazina, haloperidol o flufenazina: 2-5 mg, v.o., cada 12 h); los atípicos también resultan efectivos, hay que tener en cuenta que los fármacos antipsicóticos ocasionan hipotensión arterial y disminuyen el umbral convulsivo. Para la terapia psicológica el paciente debe ser derivado a psicoterapia individual o grupal, además, puede ser incluido en un programa de desintoxicación y rehabilitación, si es necesario.

Éxtasis (MDMA)

El éxtasis, aunque presenta las mismas características que el resto de las anfetaminas, goza de algunas particularidades que lo diferencian, y junto a la ketamina integra el grupo de las *club drugs*, drogas de diseño o de síntesis.

Se produce principalmente en Holanda, Bélgica y otros países europeos; en los últimos 10 años es marco prevalente en el mundo, en relación con el consumo entre adolescentes y adultos jóvenes. Se consume primordialmente en los *after party* o *after hours*, con la finalidad de mantener elevados los niveles de energía para bailar y ampliar el estado alterado de la conciencia. Estos elementos provocan que aumente el número de pacientes que llega a los servicios de urgencia por los trastornos relacionados con su uso.

Se sintetizó en 1914 como anorexígeno, pero no se comercializó. En la década de los 70 algunos terapistas comenzaron a emplearlo con el objetivo de facilitar la comunicación. A partir de los años 80 comenzó el uso abusivo entre los jóvenes, y antes de los 90, la *Drug Enforcement Agency* (DEA) declaró la MDMA como sustancia de potencial abuso.

Se presenta en forma de tabletas que contienen entre 50 y 150 mg de MDMA; luego de ingerida, los efectos se inician a los 20 min, alcanzan el pico máximo entre 60 y 90 min y su acción se extiende entre 3 y 5 h. Entre sus manifestaciones se destacan el incremento del nivel de energía, el aumento de la sociabilidad, la supresión del apetito, la percepción sensorial aumentada y las alucinaciones. Entre los efectos psicológicos: repercusión afectiva, pánico, angustia, insomnio e inquietud, que puede llegar a la excitación psicomotriz, y deseo incrementado de consumir la sustancia (*craving*).

El potencial de abuso está determinado por los efectos de euforia, empatía y marcada desinhibición; no alcanza el nivel adictivo de la cocaína ni la heroína. Los efectos tóxicos que presenta son bruxismo, náuseas, diaforesis, nistagmo, hipertermia, taquicardia, temblor y ataxia, disminución de la libido y disfunción sexual.

En sobredosis ocasiona hiponatremia, hipertermia maligna, coagulación intravascular diseminada y fallo renal. Estos efectos muchas veces complican al paciente, por las condiciones en que se realiza el consumo (ambientes concurridos, con pobre ventilación y temperatura elevada, además del ejercicio físico excesivo y la deshidratación que mantiene el sujeto en dicha situación. También se pueden presentar arritmias, que llegan a desencadenar la muerte.

La sobredosis puede ocurrir de manera accidental, debido a que las tabletas se producen en laboratorios clandestinos y su concentración no es constante, además, con frecuencia se agregan otras sustancias, como cafeína, alcohol e incluso otras anfetaminas.

El manejo terapéutico de los estados de intoxicación es de soporte, pero es necesario tratar las complicaciones: deshidratación, alteraciones electrolíticas, hipertermia, hipertensión, arritmias cardíacas, etc. El carbón activado se utiliza en caso de que la ingestión haya sido reciente.

Alucinógenos

Los alucinógenos son sustancias que provocan alteraciones perceptivas y pueden desencadenar psicosis graves, entre estos se encuentran el LSD (dietilamida del ácido lisérgico), la psilocibina y la mescalina.

Suelen consumirse por las vías oral, nasal e intravenosa. Los efectos máximos se presentan 2 o 3 h después de la ingestión; entre sus síntomas predominantes se destacan las ilusiones visuales, los cambios perceptibles ondulatorios y la labilidad emocional, además, aumento del pulso, tensión arterial, temperatura corporal y dilatación pupilar.

Algunos sujetos describen fenómenos peculiares, denominados sinestesias, en los que se borran los límites entre las percepciones sensoriales: "oyen los colores" y "ven los ruidos"; la reacción adversa más frecuente es un periodo de angustia: "mal viaje".

Generalmente no provoca síntomas de abstinencia. Se puede manifestar con un cuadro clínico de *delirium* y síntomas psicóticos, además, desencadena agitación, agresividad, impulsividad con conductas impredictivas, atontamiento, disminución de la respuesta al dolor, nistagmo horizontal o vertical, disartria, ataxia, rigidez muscular, hiperacusia y ecolalia; en dosis elevadas, convulsiones, movimientos extrapiramidales, *delirium*, fallo renal y muerte.

También la fenciclidina (PCP) es un agente alucinógeno, que provoca delirio y alucinaciones; ideación paranoide y violencia impredecible, que lleva a que demanden de atención médica urgente frecuentemente. Los estados psicóticos se pueden presentar una semana después del consumo y durar mucho tiempo en personas vulnerables.

La PCP se puede administrar por las vías oral, nasal o intravenosa, aunque lo más usual es que se fume mezclada con tabaco o *cannabis*; esto hace que en ocasiones, ante la demanda urgente, sea imposible determinar de manera fiable la dosis de PCP consumida, ya que un cigarrillo puede contener desde 1 hasta 250 mg.

Se usa como anestésico en veterinaria y en los seres humanos disminuye la sensiblidad al dolor, lo que favorece que las personas puedan provocarse graves daños. Los síntomas de intoxicación comienzan 5 min después de fumarla o inyectarla y 1 h después del consumo oral, con una duración entre 3 y 6 h.

Para el manejo terapéutico es preciso vigilar las constantes vitales, determinar si el paciente está psicótico, agitado o fuera de contacto con el medio; realizar el examen físico y la evaluación médica, orientada a las posibles complicaciones (hipertensión, convulsiones y vómitos). El paciente se debe aislar en un área tranquila; no debe haber presencia innecesaria de personas, incluidos familiares, salvo que esté muy excitado o represente un verdadero peligro. Es prudente evitar los métodos de contención, dado que algunos se autolesionan al luchar contra la sujeción. El lavado gástrico solo se indicará si el consumo ha sido reciente y por vía oral.

Las benzodiacepinas (lorazepam: 1-2 mg, v.o.; oxacepam: 10-30 mg, v.o. y diacepam: 5-10 mg, v.o. o i.m.), son los fármacos de elección durante las crisis de agitación. Luego de administrar varias dosis, sin lograr modificar esos síntomas, se pueden utilizar antipsicóticos (haloperidol: 2-5 mg, i.m.). También se puede combinar una benzodiacepina con un neuroléptico de

elevada potencia (lorazepam: 2 mg + haloperidol: 5 mg), esta combinación es más efectiva que el uso separado de cualquiera de ellos.

Opiáceos

Los opiáceos pueden ser naturales (opio y morfina), semisintéticos (heroína) y sintéticos, que incluyen la mayor parte de los fármacos antitusígenos (codeína, meperidina, fentanilo, pentazocina, metadona y propoxifeno).

La vía de administración depende de la droga: el opio se fuma y la heroína se inhala, aunque tradicionalmente se inyecta por vía intravenosa o subcutánea, algunos la combinan con otros estimulantes (cocaína o anfetamina) en inyección intravenosa, para reducir el efecto sedativo y potenciar la euforia. Los opiáceos de origen farmacéutico se ingieren por vía oral.

El sujeto que abusa de los opiáceos, se ajusta por lo general a alguna de las variantes siguientes:

- Adicto a la heroína: por lo general está desnutrido y mal vestido; de aspecto antisocial y con frecuencia depende, además, de la cocaína.
- Adicto al opio: es muy probable que lleve muchos años fumándolo.
- Paciente profesional: es el que ha acudido a muchos médicos, con la finalidad de conseguir las recetas de opiáceos.
- Drogodependiente: su profesión está vinculada con la salud y por lo general consume opiáceos que se venden en farmacias.

La intoxicación por opiáceos se presenta después del consumo reciente de un opioide, ya sea por vía oral, inhalada e inyectada; se caracteriza por la presencia de obnubilación, euforia, analgesia, lenguaje poco comprensible e hipoactividad.

La intoxicación puede llevar a la sobredosis, lo cual constituye una urgencia potencialmente letal; en estos casos se debe priorizar el tratamiento médico inmediato, ya que la información relativa a la dosis consumida es poco confiable. Esta situación se puede originar cuando el paciente consigue en el mercado una droga de pureza superior a la que generalmente adquiere o debido a una sobredosis por múltiples drogas.

En la evaluación médica y el manejo terapéutico es importante realizar una historia clínica que incluya todo lo concerniente al consumo de alcohol y drogas, ya sean las drogas de prescripción facultativa, abuso de fármacos y consumo de drogas ilegales. Es necesario realizar los estudios toxicológicos para descartar la poliintoxicación.

Se hará énfasis en las complicaciones médicas, presentes y pasadas, que estén asociadas al consumo de estas sustancias; en los casos en que predomine el consumo por inhalación, se precisará si hay desviación o perforación del tabique nasal, sangrado y rinitis.

Si predomina el uso parenteral, se buscará la presencia de marcas nuevas y/o antiguas a lo largo del cuerpo, sobre todo en cada una de las extremidades, y se descartarán aquellas afecciones que pueden derivar de su uso, por ejemplo, la posibilidad del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida); procesos sépticos, como tromboflebitis, hepatitis, celulitis, osteomielitis y endocarditis; lesiones por escaras, etcétera.

Es muy importante tener en cuenta que en los servicios de urgencia se debe evitar el suministro de algún tipo de opiáceo para tratar una abstinencia, ya que el conocimiento de esta conducta médica por parte de otros adictos puede facilitar la demanda por parte de simuladores.

Entre los signos objetivos de intoxicación por opiáceos se encuentran la depresión del sistema nervioso central, disminución de la motilidad gastrointestinal, depresión respiratoria, miosis, analgesia, náuseas y vómitos, hablar incomprensible, hipotensión, bradicardia y convulsiones.

Ante esta situación, es necesario considerar siempre la intoxicación polifarmacológica y la sobredosis, en particular el uso concomitante de alcohol, barbitúricos o benzodiacepinas. Además, no se debe descartar la intencionalidad suicida del paciente y que la sobredosis sea totalmente intencional.

La gravedad de este cuadro clínico hace que el paciente requiera de atención en una unidad de cuidados intensivos, por el riesgo de paro cardiorrespiratorio. Se debe mantener la vía respiratoria permeable y monitorizar la función respiratoria, si es necesario ventilar y añadir oxígeno 100 %. Administrar naloxona: 0,4-0,8 mg i.v. y repetir a los 3-5 min, si no hay respuesta. En caso de respuesta, administrar otra dosis, pasadas 1 o 2 h (dada la semivida corta de la naloxona). En todo momento se debe valorar la presencia de irritación meníngea, focalidad neurológica, crisis convulsiva o edema pulmonar.

El síndrome de abstinencia a opiáceos se presenta en caso de que haya consumo habitual y se produzca el cese o la reducción de la dosis que se acostumbra a consumir; es expresión de la dependencia a opiáceos. Su cuadro clínico se caracteriza por la existencia de la urgencia al consumo (*craving*), midriasis, piloerección, fiebre, sudación, hipertensión, insomnio y síndrome seudogripal, con malestar general, náuseas, vómitos, dolores musculares, lagrimeo, rinorrea y diarreas.

A pesar de las molestias que provoca, no es de extrema gravedad, aun cuando el paciente reclame que se le administren opiáceos de manera vehemente y dramática. El inicio de la abstinencia se relaciona directamente con la duración de la acción de la droga, por ejemplo, la abstinencia de metadona empieza de 1 a 3 días después de la última dosis y dura de

10 a 14 días, mientras que la abstinencia de heroína empieza de 6 a 8 h, alcanza su pico máximo a los 2 o 3 días y dura de 7 a 10 días.

Chinchilla, en su *Manual de urgencias psiquiátricas* describe las características del síndrome de abstinencia a opiáceos:

- Primeras horas:
  - *Craving* (deseo de consumo), ansiedad y búsqueda de la droga.
- Entre 8 y 15 h desde el último consumo:
  - Lagrimeo, sudación, rinorrea y bostezos.
- Entre 16 y 24 h desde el último consumo:
  - Midriasis, piloerección, calambres musculares, escalofríos, dolores difusos e irritabilidad.
- Posteriormente:
  - Insomnio, febrícula, enlentecimiento motor, dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, taquipnea e hipertensión arterial.

La duración del síndrome de abstinencia a opiáceos depende del tipo de narcótico utilizado, dosis total diaria, empleada habitualmente; tiempo de uso, estado físico del paciente y factores psicológicos de su personalidad.

En relación con las pautas de desintoxicación, estas no se realizan en los servicios de urgencia, sino en los centros de atención a drogodependientes. Algunos autores recomiendan tratar la desintoxicación mediante una pauta de retirada de un agonista (metadona, dextropropoxifeno o codeína), pero la mayoría coincide en realizar el tratamiento sintomático para paliar las manifestaciones de la abstinencia.

En los programas de mantenimiento con metadona, la mayoría de los pacientes pueden estar asintomáticos, con dosis de 60 mg/día. El control mediante niveles sanguíneos de metadona es útil para determinar la dosis ideal; si se presentan síntomas depresivos asociados, puede requerir tratamiento coadyuvante con fármacos antidepresivos. La naltrexona (antagonista de vida media larga) se puede administrar durante varios meses para ayudar a mantener la abstinencia.

No se pueden obviar los programas de rehabilitación y las terapias de grupo en las comunidades terapéuticas, como elementos sumamente útiles en la recuperación de los pacientes dependientes de opiáceos.

Resumen

Una de las afecciones que mayor demanda establece en los servicios de urgencia son los trastornos por consumo de drogas, no solo por la psicopatología que se presenta en los periodos de consumo y de abstinencia, sino también por las descompensaciones de las enfermedades médicas frecuentemente asociadas.

Los motivos principales de asistencia del drogodependiente al servicio de urgencia son las crisis por intoxicación, abstinencia, dependencia y enfermedades médico-quirúrgicas asociadas.

Intoxicación: se define como una conducta desadaptada (beligerancia, juicio alterado o afectación del funcionamiento social u ocupacional), asociada a la ingesta reciente de sustancias.

La intoxicación se puede presentar como crisis psicóticas que se acompañan de gran agitación psicomotriz o estados de coma; el estado mental varía en la medida que se va eliminando la sustancia.

Es necesario valorar las posibles complicaciones médicas de las intoxicaciones aguda y crónica, como la depresión del sistema nervioso central tras el uso de opiáceos, sedantes, hipnóticos o barbitúricos, así como las arritmias que se presentan con posterioridad a la utilización de cocaína.

En el examen físico se mantendrá el control de los signos vitales y se buscarán otros signos de intoxicación, como ataxia, disartria, nistagmo, cambios pupilares, agitación y depresión del sistema nervioso central.

Hay que considerar la peligrosidad del paciente y prevenir los daños posibles; tratar los problemas médicos que puedan estar presentes, esperar la eliminación de la sustancia y reevaluarlo cuando ya no esté intoxicado. El tratamiento depende de la naturaleza de las sustancias ingeridas y de las necesidades clínicas del paciente. Si es necesario tranquilizarlo, son preferibles las benzodiacepinas que elevan el umbral convulsivante, a diferencia de los antipsicóticos, que lo disminuyen.

Abstinencia: los síntomas de abstinencia de drogas se suelen asociar con la interrupción brusca o una disminución excesivamente rápida del consumo de la sustancia.

Dependencia: no es raro que a los servicios de urgencia llegue un paciente drogodependiente, con la intención de abandonar "de forma urgente" el consumo habitual del tóxico; en estos casos, la demanda casi siempre se asocia a motivaciones externas o simplemente a la falta de información.

Cannabis: la *Cannabis sativa* es la sustancia ilegal de mayor consumo, por lo que algunos piensan equivocadamente que sus efectos no son nocivos, sin embargo, al igual que cualquier otra sustancia provoca trastornos por abuso y dependencia.

Los cambios psíquicos más frecuentes, provocados por el consumo, son ansiedad, euforia, sensación de bienestar físico, aumento de la confianza en sí mismo, pérdida de inhibiciones y risa incontrolable.

En dosis elevadas se pueden presentar reacciones de pánico, *flash-back*, alucinaciones, desrealización, despersonalización e ideas delirantes, hasta desencadenar una psicosis aguda. El síndrome amotivacional forma

parte de la psicopatología de los consumidores crónicos; se caracteriza por pasividad, apatía, aislamiento, anhedonia y escasez de ambiciones; la marihuana presenta baja toxicidad y no genera una demanda importante en los servicios de urgencia; no obstante, cuando esto ocurre, el tratamiento es sintomático. Si es necesario, porque se presenta una marcada angustia, se pueden administrar benzodiacepinas; en caso de síntomas psicóticos se emplearán neurolépticos.

Benzodiacepinas: son fármacos de amplia prescripción en el mundo, se utilizan para tratar los síntomas de ansiedad, insomnio, espasmos musculares, convulsiones y abstinencia al alcohol.

Los síntomas de intoxicación provocados por benzodiacepinas son similares a los ocasionados por otras drogas, aunque presentan un amplio margen terapéutico y las dosis tóxicas son difíciles de alcanzar.

Son depresoras del sistema nervioso central. En intoxicaciones menos intensas el sujeto puede experimentar apatía, sequedad de la boca, disminución del tono muscular y afectación neurológica, con disartria, ataxia, incoordinación, nistagmo y afectación de la conciencia.

Los signos y síntomas del síndrome de abstinencia, por el uso de benzodiacepinas en dosis elevadas, se caracterizan por ansiedad, temblores, anorexia, pesadillas o insomnio, náuseas, vómitos, hipotensión postural, hiperpirexia, convulsiones y *delirium*.

Las benzodiacepinas de acción corta (triazolam y alprazolam) provocan síntomas iniciales de abstinencia entre 12 y 24 h después de la última dosis. La supresión brusca de estas sustancias, cuando se usan en dosis terapéuticas, puede provocar síntomas de rebote, con ansiedad e insomnio, que duran días o semanas; el retiro prolongado puede ser severo e incapacitante.

La forma más práctica de manejar el síndrome de abstinencia, en dosis elevadas de benzodiacepinas, es la disminución gradual del fármaco al cual se depende; en algunos manuales terapéuticos se recomienda utilizar el ácido valproico o la carbamazepina. Respecto a las benzodiacepinas de semivida corta se recomienda la sustitución por otras de semivida prolongada (clonazepam o clorazepato).

La cocaína es un alcaloide extraído de las hojas de coca, de semivida breve (aproximadamente 1 h); actúa como estimulante del sistema nervioso central, provoca euforia y sensación de capacidad mental creciente y confianza en sí mismo, además de agitación psicomotriz, irritabilidad, alteración del juicio de la realidad, conducta sexual impulsiva y potencialmente peligrosa, agresividad, aumento generalizado de la actividad psicomotriz e incluso síntomas maniformes; aumento de la tensión arterial, del pulso y de la temperatura; vasoconstricción y midriasis.

Las formas habituales de consumo son el masticado de las hojas, con absorción a través de la mucosa oral; el clorhidrato de cocaína, que se aspira por la nariz o en inyección intravenosa; la pasta básica (basuco) y el *crack*, que son presentaciones para fumar y tienen un gran poder adictivo, debido a la vía de uso, lo que les permite alcanzar rápidamente concentraciones plasmáticas muy elevadas, y reforzar sus efectos fisiológicos y tóxicos.

El consumo de cocaína en dosis elevadas puede provocar una conducta repetitiva estereotipada, bruxismo, hormigueo, irritabilidad, inquietud, temblor, labilidad emocional y síntomas paranoides; algunas personas pueden llegar a desarrollar una psicosis paranoide y se pueden desencadenar crisis comiciales, infartos cerebral y cardíaco, depresión respiratoria e incluso ocasionar la muerte.

Las manifestaciones de abstinencia se desarrollan entre 18 h y 7 días después de la reducción o supresión del uso de la cocaína.

Los síntomas predominantes son variados: cefalea, letargia, depresión, hipersomnia, bulimia, irritabilidad, dificultad para la concentración y deseos intensos de consumo (*craving*). La complicación más frecuente que ocasiona la cocaína es la dependencia, además de otros trastornos por arritmias cardíacas e isquemias del miocardio, vasoconstricción cerebral y convulsiones.

La determinación terapéutica depende del grado de ansiedad y el deseo de consumo que pueda presentar el paciente; se pueden administrar benzodiacepinas de semivida larga (diacepam: 15-30 mg/día; cloracepato: 50-100 mg/día y clonazepam: 2-4 mg/día), estas son eficaces, debido a que elevan el umbral convulsivante y disminuyen la irritabilidad del sistema nervioso central.

Si la agitación persiste, luego de haber empleado varias dosis de benzodiacepinas o en caso de que se presenten signos de toxicidad por estas (ataxia, disartria y nistagmo), se emplearán antipsicóticos de elevada potencia (haloperidol o flufenazina: 2-5 mg, v.o. o i.m.).

En caso de taquicardia e hipertensión importante se pueden tratar con β-bloqueadores (propanolol o clonidina). Si se presentan convulsiones, depresión respiratoria y otros signos de sobredosis, se indicará el ingreso en una unidad de cuidados intensivos.

Anfetaminas: son el ejemplo de una clase de drogas estimulantes (simpaticomiméticas), entre estas se encuentran la metanfetamina (Ice), dextroanfetamina (Dexedrina), fenmetracina y metilfenidato (Ritalin).

Las anfetaminas se pueden ingerir, inhalar o fumar. Las reacciones tóxicas más significativas se presentan en consumidores esporádicos, que ingieren grandes dosis en un corto periodo.

Causan síntomas físicos y conductuales, los que incluyen desde la elevación del humor, la autoestima y la alerta mental hasta la grandiosidad, hipervigilancia, beligerancia, agitación, ansiedad y afectación del juicio.

Los síntomas físicos están dados por taquicardia, hipertensión, cefaleas, midriasis, temblores, escalofríos, vértigos, náuseas y vómitos; sudación, pérdida de peso y agitación psicomotriz. Las manifestaciones de abstinencia evolucionan con ansiedad, temblor, ánimo disfórico, fatigas, pesadillas, cefalea, sudación profusa, calambres musculares y hambre insaciable. En la intoxicación grave se pueden presentar síntomas de *delirium*, y una de las principales complicaciones son las convulsiones.

Los objetivos terapéuticos inmediatos están encaminados a reducir la irritabilidad del sistema nervioso central, la hiperactividad neurovegetativa, controlar los síntomas psicóticos y efectuar una excreción rápida de la droga.

La intoxicación anfetamínica suele tener una evolución limitada, en la mayoría de los casos se resuelve en 24-48 h. En la terapia farmacológica se utilizarán benzodiacepinas (oxacepam: 10-30 mg, v.o. y lorazepam: 1-2 mg); para los síntomas psicóticos se emplearán neurolépticos (trifluoperazina, haloperidol o flufenazina: 2-5 mg, v.o., cada 12 h); los atípicos también resultan efectivos. Para la terapia psicológica el paciente debe ser derivado a psicoterapia individual o grupal, además, se puede incluir en un programa de desintoxicación y rehabilitación, si es necesario.

El éxtasis, aunque presenta las mismas características que el resto de las anfetaminas, goza de algunas particularidades que lo diferencian, y junto a la ketamina integra el grupo de las *club drugs*, drogas de diseño o de síntesis. Muy utilizadas en los *after party* o *after hours*, con la finalidad de mantener elevados los niveles de energía para bailar y ampliar el estado alterado de la conciencia.

Se presenta en forma de tabletas que contienen entre 50-150 mg de MDMA; luego de ingerida, los efectos se inician a los 20 min. Las manifestaciones que provoca son incremento del nivel de energía, aumento de la sociabilidad, supresión del apetito, percepción sensorial aumentada y alucinaciones.

Los efectos tóxicos que presenta son bruxismo, náuseas, diaforesis, nistagmo, hipertermia, taquicardia, temblor y ataxia, disminución de la libido y disfunción sexual.

En sobredosis ocasiona hiponatremia, hipertermia maligna, coagulación intravascular diseminada y fallo renal. Puede ocurrir accidentalmente, porque son producidas en laboratorios clandestinos y su concentración no es constante.

El manejo terapéutico de los estados de intoxicación es de soporte, pero es necesario tratar las complicaciones: deshidratación, alteraciones electrolíticas, hipertermia, hipertensión y arritmias cardíacas.

Alucinógenos: son sustancias que provocan alteraciones perceptivas y pueden desencadenar psicosis graves; entre estos se encuentran el LSD (dietilamida del ácido lisérgico), la psilocibina y la mescalina. Los efectos máximos se presentan 2 o 3 h después de la ingestión; entre sus síntomas predominantes se reportan ilusiones visuales, cambios perceptibles ondulatorios y labilidad emocional.

Generalmente no provocan síntomas de abstinencia; se puede presentar un cuadro clínico de *delirium* y síntomas psicóticos; desencadena agitación, agresividad e impulsividad con conductas impredictivas; atontamiento, disminución de la respuesta al dolor, nistagmo horizontal o vertical, disartria, ataxia, rigidez muscular, hiperacusia y ecolalia.

La fenciclidina (PCP) es un agente alucinógeno, que provoca delirio y alucinaciones, ideación paranoide y violencia impredecible, lo que lleva, con frecuencia, a una demanda de atención médica urgente. La PCP se puede administrar por vía oral, nasal o intravenosa, aunque lo más usual es que se fume mezclada con tabaco o *cannabis*.

Los síntomas de intoxicación comienzan 5 min después de fumarla o inyectarla y 1 h después del consumo oral, con una duración entre 3 y 6 h. Se realizará el examen físico y la evaluación médica orientada a las posibles complicaciones.

Las benzodiacepinas son los fármacos de elección durante la agitación; se pueden utilizar antipsicóticos. También se puede combinar una benzodiacepina con un neuroléptico de elevada potencia; esta combinación es más efectiva que el empleo separado de cualquiera de ellos.

Opiáceos: pueden ser naturales (opio y morfina), semisintéticos (heroína) y sintéticos, que incluyen la mayoría de los fármacos antitusígenos. La vía de administración depende de la droga. El opio se fuma y la heroína se inhala, aunque tradicionalmente se inyecta intravenosa o subcutánea, algunos la combinan con otros estimulantes.

El sujeto que abusa de los opiáceos, por lo general se ajusta a alguna de las variantes siguientes:

- El adicto a heroína generalmente está desnutrido y mal vestido; su aspecto es el de un antisocial.
- El adicto al opio probablemente lleva muchos años fumándolo.
- El paciente profesional es el que ha ido a numerosos médicos, con la finalidad de conseguir las recetas de opiáceos.

− El drogodependiente tiene una profesión vinculada a la salud y por lo general consume opiáceos que se venden en farmacias.

La intoxicación por opiáceos se presenta después del consumo reciente de un opioide, ya sea por vía oral, inhalada e inyectada; se caracteriza por la presencia de obnubilación, euforia, analgesia, hablar farfullante e hipoactividad.

Estos pueden llevar a la sobredosis, lo cual constituye una urgencia potencialmente letal, se debe priorizar el tratamiento médico inmediato.

Se descartarán aquellas enfermedades que puedan derivar de su uso, como es la posibilidad del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida); procesos sépticos, como tromboflebitis, hepatitis, celulitis, osteomielitis y endocarditis, y lesiones por escaras.

Entre los signos objetivos de intoxicación por opiáceos se encuentran la depresión del sistema nervioso central, disminución de la motilidad gastrointestinal, depresión respiratoria, miosis, analgesia, náuseas y vómitos, hipotensión, bradicardia y convulsiones.

Es necesario considerar siempre la intoxicación polifarmacológica y la sobredosis, particularmente el uso concomitante del alcohol, barbitúricos o benzodiacepinas.

La gravedad de este proceso hace que el paciente requiera de atención en una unidad de cuidados intensivos. En todo momento se debe valorar la presencia de irritación meníngea, focalidad neurológica, crisis convulsiva o edema pulmonar.

El síndrome de abstinencia a opiáceos se presenta en caso de que haya consumo habitual y se produzca el cese o la reducción de la dosis que se acostumbra consumir.

En relación con las pautas de desintoxicación, estas no se realizan en los servicios de urgencia, sino en los centros de atención a drogodependientes.

No se pueden obviar los programas de rehabilitación y las terapias de grupo en las comunidades terapéuticas, como elementos sumamente útiles en la recuperación de los pacientes dependientes de opiáceos.

Capítulo 10

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La definición de personalidad ha variado de acuerdo con las diferentes escuelas psicológicas y las corrientes filosóficas del pensamiento, en la medida en que predomine un enfoque biologicista, psicologista, socioculturalista o existencialista en la valoración de los procesos psicológicos.

La personalidad es el resultado de las interacciones genéticas, de la constitución psicofisiológica, de los componentes instintivo-afectivos con sus formas de reacción y adaptación a las nuevas experiencias, que han ido marcando la historia del individuo para constituir la síntesis de todos los elementos que intervienen en su formación mental; a partir de ahí integra un sistema de valores lógicos que fundan el conocimiento y el pensamiento como instrumentos del dominio sobre la realidad; identifica su historia con una serie de acontecimientos que se engarzan; elabora una imagen unificadora al crear una identidad similar a la de cualquiera, que lo sustrae y conforma a la dependencia del mundo objetivo para darle identidad propia.

La organización de la personalidad se elabora mediante la maduración neurobiológica, las experiencias tempranas, las relaciones interpersonales, las experiencias afectivas, los mecanismos de identificación y la incorporación de las normas sociales, y es la que determina la manera de reaccionar ante el otro, el modo de comunicarse, de pensar y expresar las emociones.

Los rasgos de personalidad están presentes desde las primeras etapas de la vida y son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se ponen de manifiesto en una extensa gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad solo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos, y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

El establecimiento de la existencia de personalidades patológicas, como enfermedades clínicas distintas a las psicosis, se remonta a los inicios del siglo XIX, cuando en 1801 Philippe Pinel describió la *manie sans delire* (manía sin delirio).

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) la define de la manera siguiente: "un trastorno específico de la

personalidad es una perturbación severa de la constitución caracterológica y de las tendencias del comportamiento del individuo, que involucra usualmente varias áreas de la personalidad y casi siempre está asociada con una considerable desorganización personal y social. Estos trastornos tienden a aparecer en las postrimerías de la infancia o en la adolescencia y siguen manifestándose en la edad adulta…"

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, en su cuarta edición (DSM-IV) define así los trastornos de personalidad: "…los rasgos de personalidad son patrones duraderos de percibir, relacionarse con y pensar acerca del medio que nos rodea y de uno mismo, y se manifiestan dentro de un amplio espectro de importantes contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad constituyen trastornos de personalidad solamente cuando son inflexibles y maladaptativos y causan, o un menoscabo funcional significativo, o angustia subjetiva.

Las manifestaciones de los trastornos de personalidad se presentan generalmente en la adolescencia o en edades más tempranas y persisten durante la mayor parte de la vida adulta, aunque a menudo se vuelven menos obvias en la mediana edad o en la ancianidad. Varios de los rasgos característicos de los distintos trastornos de la personalidad, como los trastornos de personalidad dependiente, paranoide, esquizotípico o fronterizo, se pueden detectar durante el curso de otro trastorno mental, por ejemplo, una depresión mayor. El diagnóstico de trastorno de personalidad solo se debe hacer cuando los rasgos característicos son típicos del funcionamiento del individuo a largo término y no están limitados a crisis temporales de enfermedad…"

En estas definiciones se destaca que lo más importante son los rasgos distorsionados de la personalidad y las perturbaciones que causan estos rasgos en la persona misma, en sus relaciones interpersonales y en el mundo circundante, con el cual se crean patrones de conducta vitalicios que se inician en etapas tempranas de la vida.

En los trastornos de personalidad se distinguen aspectos temperamentales, que pertenecen a lo genético y a lo constitucional; y se distinguen aspectos caracterológicos surgidos del aprendizaje en el ambiente psicosocial, por lo que se infiere que factores genéticos, constitucionales, ambientales, culturales y de maduración contribuyen en su origen.

Los trastornos de personalidad quedan reservados para las variaciones que se sitúan fuera de la normalidad de la población, que son desadaptativas de forma crónico-recurrente, inflexibles, que conllevan un sufrimiento o limitaciones para la persona o su entorno. Por lo general, los pacientes poseen poca o ninguna conciencia de su enfermedad, pueden ser conscientes de los rasgos alterados de su carácter en dependencia del grado de su egosintonía.

Chinchilla, en su *Manual de urgencias psiquiátricas*, expresa que las características básicas de los trastornos de personalidad son las siguientes:
- Rasgos arraigados e inflexibles.
- Estables a lo largo del tiempo.
- Patrones de conducta desadaptativa.
- Conllevan sufrimiento personal (principalmente a terceros).
- Repercusión negativa en el funcionamiento personal.
- Rasgos alterados egosintónicos.
- Amplia comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

Los trastornos de personalidad se dividen en tres grupos:
- Grupo A: paranoide, esquizoide y esquizotípico.
- Grupo B: antisocial, límite, histriónico y narcisista.
- Grupo C: por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Personalidad paranoide

Los sujetos con personalidad paranoide son suspicaces, hipersensibles, argumentadores y envidiosos; se mantienen en una actitud defensiva, que actúa como mecanismo de defensa, mostrándose fuertemente agresivos. Tienden a proyectar y echarles la culpa a los demás; siempre sospechan que los actos de los demás tienen motivaciones maliciosas. No tienen capacidad autocrítica; afectivamente impresionan como seres fríos y no tienen sentido del humor.

Criterios diagnósticos de la personalidad paranoide, según *American Psychiatric Association*:
- Desconfianza y suspicacia penetrantes y difusivas frente a los demás; sus motivos se interpretan como malévolos, comienzan en el inicio de la edad adulta y se presentan en una variedad de contextos, como lo indican, por lo menos, cuatro de los criterios diagnósticos siguientes:
  - Sospecha, sin bases suficientes para ello, de que los demás lo están explotando o defraudando.
  - Preocupado por dudas injustificadas acerca de la lealtad o de la confiabilidad de sus amigos o asociados.
  - Es renuente a confiar en los demás, a causa de un temor injustificable de que la información será utilizada maliciosamente en su contra.
  - Encuentra ocultos significados denigrantes o amenazantes en observaciones o acontecimientos benignos.
  - Es rencoroso: no perdona los insultos, los perjuicios o los desaires.

- Columbra ataques contra su carácter o su reputación que no son aparentes para los demás y es pronto a reaccionar en forma airada o a contraatacar.
- Sospechas recurrentes, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o de la pareja sexual.

– No ocurre exclusivamente en la evolución de una esquizofrenia, de un trastorno del estado de ánimo con rasgos psicóticos, o de cualquier otro trastorno psicótico, y no se debe a los efectos de una condición médica general.

Sus relaciones interpersonales son frágiles y lo pueden llevar a reacciones explosivas; por lo general son trabajadores esforzados y eficientes, pero es frecuente que su situación laboral se deteriore a causa de los conflictos que surgen de su pensamiento paranoide con superiores, compañeros y subalternos.

Pueden presentarse con sentimientos de grandeza o de exagerada autoimportancia, este proceso se relaciona directamente con un sentimiento abrumador de inferioridad, desvalorización, incapacidad e incompetencia; así nace y se afirma la convicción de su propia importancia.

Son muy pocos los que demandan atención psiquiátrica y cuando lo hacen, es porque presentan, por lo general, otro trastorno psiquiátrico, ya sea por síntomas depresivos o ansiosos predominantemente.

El manejo terapéutico es difícil y su pronóstico no es muy favorable. Se recomiendan los antipsicóticos, preferiblemente dosis bajas de fármacos atípicos.

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Paranoia	Dosis bajas de antipsicóticos, preferentemente olanzapina o risperidona
Rasgos obsesivos, disforia, ansiedad social e irritabilidad	Antidepresivos, especialmente serotoninérgicos o clorimipramina

Personalidad esquizoide

Este trastorno se vislumbra desde la infancia y es frecuente que los futuros esquizoides se presenten como niños tímidos y retraídos; raramente son agresivos y se refugian en fantasías. Los sujetos con rasgos de personalidad esquizoide no se involucran socialmente con la gente y se entregan a intereses o *hobbies* solitarios. Tienden a desempeñarse en labores que no exigen contacto con sus semejantes y a vivir en lugares poco poblados.

Alcanzan la madurez sexual un poco tarde, debido a su dificultad para establecer relaciones íntimas; algunos se casan, pero mantienen dificultades de comunicación con la pareja.

La personalidad esquizoide se asocia con frecuencia a la esquizofrenia, porque existen afinidades en las psicopatologías de ambos trastornos. En el espectro de la esquizofrenia se destaca el desapego social, la disminución en las respuestas afectivas y las distorsiones perceptivas y perceptuales, lo que llevó a pensar en el pasado que esta personalidad era el terreno sobre el cual se desarrollaba la esquizofrenia o era una fase prodrómica de esta enfermedad. En realidad, la proporción de pacientes esquizoides que evolucionan hasta presentar una esquizofrenia, es desconocida.

Criterios diagnósticos de la personalidad esquizoide, según la *American Psychiatric Association*:

- Patrón penetrante y difuso de desapego de las relaciones sociales y un alcance restringido de la expresión de las emociones en el marco de lo interpersonal, que empieza en el inicio de la vida adulta y se presenta en una variedad de contextos, como lo indican, por lo menos, cuatro de los criterios diagnósticos siguientes:
  - No desea, ni goza de las relaciones estrechas, incluyendo ser parte de una familia.
  - Casi siempre escoge actividades solitarias.
  - Poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
  - Encuentra placer en muy pocas actividades o en ninguna.
  - Carece de amigos íntimos o de confidentes, fuera de los parientes de primer grado.
  - Se muestra indiferente a la alabanza o a la crítica proveniente de los demás.
  - Frialdad emocional, desapego o afecto aplanado.
- No ocurre exclusivamente en la evolución de una esquizofrenia, de un trastorno del estado de ánimo con rasgos psicóticos o de cualquier otro trastorno psicótico y no se debe a los efectos de una condición médica general.

Generalmente, los esquizoides no buscan ayuda terapéutica y, si lo hacen, es porque alguna crisis trastorna sus patrones mínimos de funcionamiento o presentan algún otro tipo de trastorno psiquiátrico, usualmente de tipo depresivo o ansioso.

Síntomas	Estrategias farmacológicas
Ansiedad, insomnio	Benzodiacepinas

Alteraciones anímicas	Antidepresivos, especialmente serotoninérgicos
Aislamiento social e hipersensibilidad al rechazo	IMAO, antipsicóticos atípicos

Personalidad histriónica

Son personas de afectividad lábil y superficial, que experimentan un deseo vehemente de obtener el aprecio de los demás o de llamar su atención. Presentan un estado emocional sumamente inestable, tan pronto se muestran seductores como exteriorizan una agresividad extrema. Estos sentimientos se manifiestan con un intenso dramatismo, ya sea en emociones positivas como en explosiones de ira, lo que da siempre la impresión de que están desempeñando un papel teatral.

Casi siempre son dependientes de los demás, excitables, sugestionables, inmaduros, egocéntricos, superficiales y exhibicionistas. Inician relaciones amistosas fácilmente, pero, al lograrlo, las manejan de manera egocéntrica y demandan una exagerada consideración por sus sentimientos. En sus relaciones amorosas se muestran exigentes y absorbentes, con una fuerte dependencia de la pareja. Pueden presentar dificultades sexuales, pero estas no están presentes invariablemente, dicho trastorno es más común en las mujeres que en los hombres.

En situaciones estresantes pueden presentar complicaciones, como la psicosis reactiva breve, los trastornos disociativos y los estados de conversión. Dada la presencia de alguno de estos trastornos, es que acuden en demanda de los servicios de urgencia, ya que en general no son conscientes de su trastorno.

Criterios diagnósticos de la personalidad histriónica:

- Patrón penetrante y difusivo de emotividad y busca de atención excesiva, que empieza en el inicio de la vida adulta y está presente en una variedad de contextos, como lo indican, por lo menos, cinco de los criterios diagnósticos siguientes:
  - Se siente incómodo en las situaciones en las cuales no es el centro de la atención.
  - La interacción con los demás se caracteriza, a menudo, en lo sexual, por una conducta inadecuada del tipo de la seducción o del tipo de la provocación.
  - Despliega una expresión de las emociones que es rápidamente cambiante y superficial.

- Persistentemente usa su apariencia física para llamar la atención sobre sí mismo.
- Estilo de lenguaje excesivamente impresionista y carente de detalle.
- Dramatismo, teatralidad y exagerada expresión de las emociones.
- Sugestionabilidad: se deja influenciar fácilmente por los demás o por las circunstancias.
- Considera las relaciones mucho más íntimas de lo que realmente son.

Personalidad disocial (antisocial)

Ambas denominaciones (disocial, de la CIE-10, y antisocial, del DSM-IV) se refieren exactamente al mismo trastorno. En la sociedad existen individuos cuya conducta es insólita y han intrigado a lo largo de los años a jueces, abogados, criminalistas y psiquiatras, estos se denominan psicópatas o sociópatas.

La conducta de los que sufren un trastorno de personalidad antisocial no es un síntoma causado por otros problemas psiquiátricos o el resultado de presiones socioculturales, sino la expresión primaria del trastorno, y su conducta antisocial es un patrón permanente, inherente a sus rasgos de personalidad.

Criterios diagnósticos de la personalidad antisocial:

- Edad actual de, por lo menos, 18 años.
- Evidencia de un trastorno de conducta, iniciado antes de los 15 años.
- Patrón penetrante y difuso de desprecio por y de violación de los derechos de los demás, que se presenta a partir de los 13 años, como lo indican, por lo menos, tres de los criterios diagnósticos siguientes:
  - Fracaso en someterse a las normas sociales y observar una conducta conforme a la ley, como lo indica el llevar a cabo repetidamente actos que son motivos de arrestos.
  - Irritabilidad y agresividad, con peleas físicas repetidas o agresiones.
  - Irresponsabilidad consistente, como lo indica el fracaso repetido en sostener una conducta laboral coherente o en cumplir con sus obligaciones financieras.
  - Impulsividad o fracaso en planear con anticipación.
  - Fraudulencia, mentir constantemente, uso de alias y embaucar a los demás por provecho personal o por placer.
  - Desprecio temerario por la propia seguridad o por la de los demás.
  - Carencia de remordimientos al herir, maltratar o robar a alguien.
- La conducta antisocial no ocurre exclusivamente durante la evolución de una esquizofrenia o de un episodio maníaco.

Existen algunas manifestaciones que se consideran características de este trastorno: encanto superficial y buena inteligencia; ausencia de ideas delirantes y de otros síntomas de pensamiento irracional; no hay conflictos neuróticos); falta de confiabilidad, insinceridad y carencia de remordimiento de vergüenza.

La conducta antisocial es inadecuadamente motivada; presentan un juicio pobre e incapacidad de aprender de la experiencia; egocentrismo patológico e incapacidad de amar; pobreza general en las relaciones afectivas; pérdida específica de la introspección; falta de respuestas en las relaciones interpersonales; conducta fantástica y repulsiva con la bebida y a veces sin esta; vida sexual impersonal, trivial y pobremente integrada; el suicidio raramente se lleva a cabo.

No demandan atención médica de urgencia, salvo que estén involucrados en un hecho de excepcional contingencia.

Personalidad narcisista

El concepto de narcisismo se originó en el psicoanálisis, término tomado por Freud, del cual existe una abundante literatura en el ámbito psicodinámico, posteriormente se delimitó como una afección caracterológica.

Frecuentemente, los criterios que configuran este diagnóstico coexisten con los de personalidad histriónica e incluso con los de personalidad antisocial. También es posible precisar que estos rasgos característicos se encuentran en personas cuya actividad profesional se relaciona con una supremacía en los campos dramático, artístico, atlético o académico.

En estas personas es usual un estado de ánimo depresivo, lo que se explica por el hecho de que los demás no satisfacen sus aspiraciones grandiosas. Si el estrés ambiental es intenso, pueden llegar a presentar síntomas psicóticos transitorios y establecer una demanda de ayuda médica a partir de ese hecho, ya que no existe un consenso sobre las técnicas psicoterapéuticas para su tratamiento.

Criterios diagnósticos de la personalidad narcisista:

- Patrón penetrante y difusivo de grandiosidad (en fantasía o conducta), de necesidad de ser admirado y de carencia de empatía, que comienza en el inicio de la vida adulta y está presente en una variedad de contextos, como lo demuestran, por lo menos, cinco de los criterios diagnósticos siguientes:
  - Sentido grandioso de la propia importancia (exagera sus realizaciones y sus talentos; espera ser reconocido como superior, sin realizaciones que lo justifiquen).

- Preocupación con fantasías de éxito limitado, de poder, de brillantez, de belleza o de amor ideal.
- Cree que es especial y único; que solo puede ser comprendido por, o debería asociarse con, otras personas (o instituciones) especiales o de alto nivel.
- Requiere una admiración excesiva.
- Siente que tiene derechos; espera ser tratado de forma especialmente favorable o una sumisión automática a sus expectativas.
- Es un explotador de las relaciones interpersonales, se aprovecha de los demás para alcanzar sus propias metas.
- Carece de empatía; no se identifica con los sentimientos y necesidades de los demás.
- A menudo envidia a los demás o cree que lo envidian a él.
- Es arrogante; conductas o actitudes vanidosas.

Personalidad anancástica (obsesivo-compulsiva)

El adjetivo anancástica proviene de la psiquiatría europea y es utilizado principalmente por la CIE-10; no se presta a confusión, como sí ocurre con el término obsesivo-compulsivo, al pensar que el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (TPOC) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), sean un mismo trastorno, o por lo menos estén estrechamente relacionados, cuando en realidad son dos afecciones clínicas, totalmente independientes.

Los rasgos principales de este tipo de personalidad son la constricción emocional, ser metódico y rígido, superego muy estricto, perseverancia, obstinación e indecisión; adolecen de un perfeccionismo que entorpece la habilidad para obtener una visión global de los problemas y se pierden en los detalles; tienen poca capacidad para expresar sentimientos cálidos y tiernos, se entregan totalmente al trabajo y rechazan el placer.

La dificultad para tomar decisiones proviene del temor patológico a no lograr la perfección, por tanto, si su trabajo es rutinario y mecánico podrán hacerle frente, pero si implica tomar decisiones, se vuelven ineficientes; como consecuencia, para poder elaborar este diagnóstico debe existir un menoscabo significativo en la eficiencia social, laboral y global.

Criterios diagnósticos de la personalidad obsesivo-compulsiva:

− Patrón penetrante y difusivo de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, en detrimento de la flexibilidad, la receptividad y la eficiencia, que comienza en el inicio de la vida adulta y está presente en una variedad de contextos, como lo indican, por lo menos, cuatro de los criterios diagnósticos siguientes:

- Preocupación por detalles, reglas, listas, orden, organización y programas, hasta el punto que se malogra el fin principal de la actividad.
- Perfeccionismo que interfiere con la culminación de las tareas, por ejemplo, incapacidad para completar un proyecto porque no se cumplen las normas personales que son exageradamente estrictas.
- Dedicación exclusiva al trabajo y a la productividad, hasta el punto de suprimir las actividades de descanso y las amistades.
- Conciencia rígida, escrupulosidad e inflexibilidad en relación con lo referente a la moral, la ética o los valores.
- Incapacidad para desprenderse de objetos estropeados (sin valor), incluso cuando no tienen ningún valor sentimental.
- Renuente a delegar tareas o a trabajar con otros, a menos que estos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
- Su forma de gastar adquiere un estilo de tacañería, tanto consigo mismo como con los demás; ve el dinero como algo que se debe atesorar para futuras catástrofes.
- Rigidez y terquedad.

A diferencia de lo que ocurre en otros trastornos de personalidad, el anancástico u obsesivo-compulsivo presenta, con frecuencia, comportamientos egodistónicos, es decir, que sufre por su trastorno y es consciente de que el remedio de su angustia está en la modificación de sus procesos intrapsíquicos, por lo que está motivado a pedir ayuda médica especializada.

Personalidad dependiente

La personalidad dependiente se caracteriza por doblegarse pasivamente ante los deseos de los mayores y de otros, por una respuesta débil e inadecuada ante las demandas de la vida cotidiana. Esta falta de vigor se puede manifestar en la vida intelectual.

Criterios diagnósticos de la personalidad dependiente:

− Necesidad penetrante, difusiva y excesiva de ser cuidado, que lleva a una conducta de sumisión y apego a temores de separación; comienza en el inicio de la vida adulta y está presente en una variedad de contextos, como lo indican, por lo menos, cinco de los criterios diagnósticos siguientes:
  - Es incapaz de tomar las decisiones cotidianas sin una excesiva cantidad de consejos y de afirmaciones, repetidas por parte de los demás.
  - Necesita que los demás asuman la responsabilidad en la mayoría de las áreas principales de su vida.

- Tiene dificultad para expresar disconformidad con los demás, por temor a perder apoyo o aprobación.
- Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por su cuenta.
- Es capaz de llegar muy lejos, con tal de obtener protección y apoyo de los demás, hasta el punto de ofrecerse voluntario para hacer cosas que le son desagradables.
- Se siente incómodo o desvalido cuando está solo, a causa de los exagerados temores.
- Busca, con urgencia, establecer una nueva relación como fuente de cuidados y apoyo cuando una relación estrecha llega a su fin.
- Preocupación poco realista en relación con temores de ser abandonado al cuidado de sí mismo.

Estas personas permiten pasivamente que los demás asuman la responsabilidad de sus áreas existenciales principales, debido a una marcada falta de desconfianza en sí mismos y a una incapacidad para actuar de manera independiente. Dejan que los demás tomen las decisiones importantes y manipulan inconscientemente a las personas de quienes dependen, para sostener y reforzar los lazos de dependencia.

Tratamiento

En cuanto al manejo terapéutico de los pacientes con desviaciones de la personalidad, se debe tener en cuenta que lo más común es que consulten por otros trastornos psiquiátricos comórbidos, por los que deberán ser tratados. Si se tiene en cuenta el contexto de las urgencias, las intervenciones se deben fijar con objetivos muy concretos y no necesariamente nucleares del trastorno, con elección de los abordajes psicoterapéuticos; no obstante, se pueden utilizar algunos recursos farmacológicos.

Si el paciente acude al servicio de urgencias con alguna crisis, debe ser evaluado de forma rápida y minuciosa y, si es posible, recabar información de los familiares. Con frecuencia, la crisis se asocia a cambios o acontecimientos en su vida, o con incidencias en su relación terapéutica; en ocasiones el propio paciente no es capaz de referir su relación con la desestabilización que está presentando.

Se aconseja que el estilo de la entrevista sea directivo, dirigido a esclarecer la situación y a implicarlo en su entendimiento, dentro de un clima de confianza y competencia profesional, que sea continente de la situación que motiva la consulta.

Es aconsejable explorar si tiene historia de consumo de tóxicos y si está bajo circunstancias legales. El médico debe vigilar estrechamente su

propio rol, pues corre el riesgo de ser incluido en la pauta disfuncional del paciente y, como consecuencia, ser manipulado por este; en esta situación la familia ya ha sucumbido en dicha dinámica y desempeña un papel totalmente inadecuado.

Las manifestaciones más usuales son la presencia de disforia, ansiedad, inestabilidad y labilidad emocional incontrolable; falta de control de impulsos, conductas desorganizadas, en ocasiones bajo los efectos de tóxicos, que favorecen la presencia de actos agresivos. Se pueden presentar síntomas psicóticos y estados disociativos.

Existen aspectos ineludibles que se deben valorar:

- Nivel de funcionamiento del paciente, en los ámbitos personal, laboral y terapéutico.
- Consumo de tóxicos o manifestaciones de abstinencia.
- Ubicación de la crisis en el curso longitudinal de las pautas disfuncionales. Estabilidad del apoyo sociofamiliar y presencia de vivencia subjetiva por parte del paciente.
- Conciencia de enfermedad, estado de la alianza psicoterapéutica ambulatoria y adherencia al tratamiento.

Es necesario precisar la existencia de comorbilidad; la presencia o no de ideación suicida (la impulsividad los pone en grave riesgo). Determinar en qué momento es recomendable la hospitalización, a pesar de que este recurso se debe evitar, por el refuerzo de sus actitudes y las ganancias secundarias que puedan surgir.

El empleo de los neurolépticos tiene como finalidad disminuir las conductas desorganizadas y las autolesiones; se pueden utilizar los fármacos clásicos (haloperidol, trifluoperazina y flufenazina), aunque los antipsicóticos atípicos presentan menos efectos indeseados, por lo que su eficacia estaría en función de un mejor cumplimiento por el propio paciente.

El uso de los antidepresivos clásicos no es habitual en el contexto de la urgencia, por sus propias complicaciones, aunque pueden ser asumidos, si son necesarios, en el plano sintomático, en otros niveles de asistencia. Respecto a los ISRS existen menos referencias, pero pueden mejorar la impulsividad y las autoagresiones (principalmente la fluoxetina, la paroxetina y el citalopram).

Las benzodiacepinas no se indican e, incluso, siempre que sea posible se deben evitar porque el riesgo de dependencia es elevado. No obstante, en situaciones de ansiedad aguda e intensa se pueden emplear durante periodos breves y con la intención clara de suprimirlas, una vez controlados los síntomas.

En relación con los fármacos anticomiciales, en estos últimos años se está valorando su uso, ya que muestran eficacia en algunos aspectos, como es el caso del topiramato para controlar la impulsividad; los estabilizadores del ánimo en el trastorno límite de la personalidad, sobre todo apoyando la idea de algunos investigadores que lo ubican como un trastorno afectivo y no de personalidad propiamente dicho. Algunas investigaciones apoyan el uso del litio y la carbamacepina en los trastornos antisociales, ya que pueden reducir la agresividad y la ira.

Resumen

La definición de personalidad ha variado de acuerdo con las diferentes escuelas psicológicas y las corrientes filosóficas del pensamiento, en la medida en que predominen los enfoques biologicista, psicologista, socio-culturalista o existencialista en la valoración de los procesos psicológicos.

La personalidad es el resultado de las interacciones genéticas, de la constitución psicofisiológica, de los componentes instintivo-afectivos, con sus formas de reacción y adaptación a las nuevas experiencias que han ido marcando la historia del individuo. La organización de la personalidad se elabora mediante la maduración neurobiológica, las experiencias tempranas, las relaciones interpersonales, las experiencias afectivas, los mecanismos de identificación, la incorporación de las normas sociales.

Los rasgos de personalidad están presentes desde las primeras etapas de la vida y son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo. Constituyen trastornos de la personalidad si son inflexibles y desadaptativos, y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

En los trastornos de personalidad se distinguen aspectos temperamentales, que pertenecen a lo genético y a lo constitucional, y se distinguen aspectos caracterológicos surgidos del aprendizaje en el ambiente psicosocial. Los trastornos de personalidad quedan reservados para las variaciones que se sitúan fuera de la normalidad de la población, que son desadaptativas.

Los trastornos de personalidad se dividen en tres grupos:

- Grupo A: paranoide, esquizoide y esquizotípico.
- Grupo B: antisocial, límite, histriónico y narcisista.
- Grupo C: por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Personalidad paranoide: los sujetos con personalidad paranoide son suspicaces, hipersensibles, argumentadores y envidiosos; se mantienen en una actitud de defensa y se muestran agresivos. Sus relaciones interpersonales

son frágiles y pueden llevarlo a reacciones explosivas; se pueden presentar con sentimientos de grandeza o de exagerada autoimportancia, este proceso se relaciona directamente con un sentimiento abrumador de inferioridad, desvalorización, incapacidad e incompetencia. Son muy pocos los que demandan atención psiquiátrica y, cuando lo hacen, es generalmente por otro trastorno psiquiátrico.

Personalidad esquizoide: se vislumbra desde la infancia y es frecuente que los niños sean tímidos y retraídos; raramente son agresivos y se refugian en fantasías. No se involucran socialmente con la gente y se entregan a intereses o *hobbies* solitarios. Se asocia frecuentemente con la esquizofrenia, porque existen afinidades en las psicopatologías de ambos trastornos. Por lo general, los esquizoides no buscan ayuda terapéutica y, si lo hacen, es porque alguna crisis trastorna sus patrones mínimos de funcionamiento o presentan algún otro tipo de trastorno psiquiátrico.

Personalidad histriónica: son personas de afectividad lábil y superficial, que experimentan un deseo vehemente de obtener el aprecio de los demás o de llamar su atención. Presentan un estado emocional sumamente inestable, tan pronto se muestran seductores como exteriorizan una agresividad extrema.

Generalmente son dependientes de los demás, excitables, sugestionables, inmaduros, egocéntricos, superficiales y exhibicionistas. Inician relaciones amistosas fácilmente, pero, al lograrlo, la manejan de manera egocéntrica y demandan una exagerada consideración por sus sentimientos.

Ante situaciones de estrés pueden presentar complicaciones, como la psicosis reactiva breve, los trastornos disociativos y las crisis de conversión.

Personalidad disocial (antisocial): existen en la sociedad individuos cuya conducta es insólita y han intrigado a lo largo de los años a jueces, abogados, criminalistas y psiquiatras, estos se denominan psicópatas o sociópatas.

La conducta de los sujetos que sufren un trastorno de personalidad antisocial no es un síntoma causado por otros problemas psiquiátricos o el resultado de presiones socioculturales, sino que es la expresión primaria del trastorno y su conducta antisocial es un patrón permanente, inherente a sus rasgos de personalidad.

Entre las manifestaciones que caracterizan este trastorno se encuentran las siguientes:

- Encanto superficial y buena inteligencia.
- Ausencia de ideas delirantes y de otros síntomas de pensamiento irracional, ni manifestaciones neuróticas.
- Falta de confiabilidad, insinceridad y carencia de remordimiento.

Personalidad narcisista: el concepto de narcisismo se originó en el psicoanálisis. Los criterios que configuran este diagnóstico, coexisten con los de personalidad histriónica e incluso con los de personalidad antisocial. También es posible precisar que estos rasgos característicos se encuentran en personas cuya actividad profesional se relaciona con una supremacía en el campo dramático.

Personalidad anancástica: el adjetivo anancástica proviene de la psiquiatría europea. El trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (TPOC) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) son dos entidades clínicas totalmente independientes. La diferencia entre ambas no radica solo en los síntomas, sino también en la respuesta a los tratamientos.

Los rasgos principales de este tipo de personalidad son la constricción emocional, ser metódico, rígido, superego muy estricto, perseverancia, obstinación e indecisión; adolecen de un perfeccionismo que entorpece la habilidad para obtener una visión global de los problemas y se pierden en los detalles.

La personalidad dependiente se caracteriza por doblegarse pasivamente ante los deseos de los mayores y de otros; por una respuesta débil e inadecuada ante las demandas de la vida cotidiana, permite pasivamente que los demás asuman la responsabilidad de sus áreas existenciales principales, debido a falta de desconfianza en sí mismo y a una incapacidad para actuar en forma independiente.

En cuanto al manejo terapéutico, lo más común es que los pacientes con desviaciones de la personalidad consulten por otros trastornos psiquiátricos comórbidos. Si se tiene en cuenta el contexto de las urgencias, las intervenciones se deben fijar con objetivos muy concretos y no necesariamente nucleares del trastorno, con elección de los abordajes psicoterapéuticos.

Si el paciente acude al servicio de urgencias con alguna crisis, se debe evaluar de forma rápida y minuciosa.

La crisis se asocia con cambios o acontecimientos en su vida, o con incidencias en su relación terapéutica, que a veces el propio paciente no es capaz de referir su relación con la desestabilización que está presentando.

El médico debe vigilar estrechamente su propio rol, pues corre el riesgo de ser incluido en la pauta disfuncional del paciente y como consecuencia ser manipulado por este.

Las manifestaciones más usuales son la disforia, ansiedad, inestabilidad y labilidad emocional incontrolable.

Existen aspectos ineludibles que se deben valorar, como, por ejemplo, el nivel de funcionamiento del paciente en los ámbitos personal, laboral y terapéutico.

Es necesario precisar la existencia de comorbilidad; presencia o no de ideación suicida.

El empleo de neurolépticos está encaminado a disminuir las conductas desorganizadas y las autolesiones; se pueden utilizar los fármacos clásicos (haloperidol, trifluoperazina y flufenazina), aunque los antipsicóticos atípicos presentan menos efectos indeseados.

El uso de los antidepresivos clásicos no es habitual en el contexto de la urgencia, por sus propias complicaciones, aunque pueden ser asumidos si son necesarios en el plano sintomático.

Las benzodiacepinas, en principio, no se indican e incluso, siempre que sea posible, se deben evitan porque el riesgo de dependencia en estos pacientes es elevado. No obstante, si la ansiedad es aguda e intensa, se pueden emplear durante periodos breves.

En relación con los fármacos anticomiciales, en estos últimos años se ha estado valorando su uso, ya que muestran eficacia en algunos aspectos, como es el caso del topiramato para controlar la impulsividad; los estabilizadores del ánimo en el trastorno límite de la personalidad.

Algunas investigaciones apoyan el empleo del litio y la carbamacepina en los trastornos antisociales, ya que pueden reducir la agresividad y la ira.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

La conciencia es el atributo más complejo del sistema nervioso humano; se conceptualiza como un proceso activo, mediante el cual diferentes elementos de la vida psíquica se integran en una única experiencia mental.

La disociación de la conciencia es un fenómeno clínico muy complejo, en el que yace un proceso psicológico que genera estados alterados de la conciencia, en la cual segmentos de información quedan aislados de otros con los que están normalmente asociados, por lo que genera alteraciones variables en la integración mnésica afectiva y del comportamiento.

Los fenómenos disociativos ocurren a lo largo de un continuo, que incluye experiencias normales que suceden cotidianamente en la vida de cualquier sujeto y el umbral que lo separa de las afecciones psicopatológicas disociativas es arbitrario, ya que intervienen juicios de valor en el que se involucran dimensiones culturales y de desempeño psicosocial.

El interés en el conocimiento de los procesos disociativos está estrechamente vinculado con el descubrimiento de la hipnosis, donde se hace evidente la estrecha relación fenomenológica entre los estados inducidos por hipnosis y los de ocurrencia espontánea, que se asocian por lo general a un trauma psicológico, y el papel central de la alteración de la conciencia en la génesis de las amnesias psicógenas y la perturbación de la identidad.

El DSM-IV identifica cuatro formas de presentación diferentes del síndrome disociativo: amnesia y fuga disociativa; trastorno de identidad disociativo y el trastorno de despersonalización, con una estructura de jerarquización, según la cual, los trastorno más severos incorporan en su cuadro clínico las manifestaciones propias de otros síndromes disociativos de menor complejidad.

Amnesia disociativa

Constituye el trastorno disociativo más frecuente; se trata de un trastorno de memoria reversible, que se caracteriza por una incapacidad para evocar segmentos extensos de información personal importante, en el que no hay evidencia de un cuadro amnésico orgánico.

Compromete de manera casi exclusiva la evocación de información autobiográfica (memoria explícita y episódica) y deja indemne aquella en

relación con habilidades y conceptos, que incluyen, a su vez, la memoria implícita y la memoria semántica.

Criterios diagnósticos modificados para la amnesia disociativa, de acuerdo con la *American Psychiatric Association* (DSM-IV):

- Uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática, que es demasiado amplia para explicarse a través del olvido ordinario.
- No se presenta exclusivamente en el trastorno de identidad disociativo, en la fuga disociativa, en los trastornos por estrés postraumático o por estrés agudo, en el trastorno de somatización, y no es debida a enfermedad médica o a efectos directos de una sustancia.
- Malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas del desempeño.

En las amnesias disociativas los recuerdos más afectados corresponden a hechos cotidianos, hay un compromiso selectivo de la fase evocativa de la memoria y se conserva intacta la capacidad de registro, codificación y almacenamiento de la información; otras funciones cognitivas se respetan totalmente, lo que la diferencia de los cuadros orgánicos. Existe un hecho interesante: la información olvidada tiende a evidenciarse involuntariamente a través de fenómenos como el sueño, desempeños motores, comportamientos y síntomas conversivos.

La cantidad de memoria a la cual se deja de tener acceso puede ser considerable y se categoriza en cinco tipos, según su extensión y sistematización:

- Amnesia generalizada: la memoria autobiográfica desaparece súbitamente.
- Amnesia localizada: es probablemente la forma más frecuente de todas, en la cual aparece una densa laguna amnésica que cubre un periodo de tiempo determinado, generalmente relacionado con la ocurrencia del evento desencadenante.
- Amnesia selectiva: es una variante de la anterior, en la cual el individuo solo logra recordar algunas cosas de un periodo determinado.
- Amnesia sistematizada: afecta la cadena de recuerdos relacionados en su contenido, aunque pertenezcan a épocas diferentes.
- Amnesia continua: es una forma poco frecuente, en la que el individuo no logra evocar eventos sucesivos a medida que estos van ocurriendo; plantea dificultades diagnósticas con las amnesias anterógradas de tipo orgánico.

Fuga disociativa

Es un periodo disociativo prolongado, durante el cual el paciente realiza actividades complejas, como son viajes inesperados y frecuentemente asume otra entidad. El episodio puede durar de unas horas a unos días, pero ocasionalmente puede persistir durante años. A lo largo de ese proceso el sujeto no es consciente del compromiso de memoria autobiográfica, su comportamiento con la nueva identidad es normal, sin signos de trastorno mental; sin embargo, tras la recuperación no recuerda el episodio y las recurrencias pueden ser frecuentes.

Las fugas psicógenas ocurren tras un estrés severo, como una catástrofe natural, en tiempos de guerra o después de un fracaso personal significativo; el alcohol puede precipitarla y son proclives a presentar estas crisis los pacientes con trastornos afectivos y trastorno de personalidad límite, histriónica y esquizoide.

Las amnesias disociativas ocurren aparentemente en dos contextos diferentes, uno en el que el episodio amnésico parece estar directamente relacionado con un evento traumático abrumador, cuya vivencia parece activar el proceso disociativo, generándose una discontinuidad en el estado de conciencia. En el otro, las amnesias ocurren en relación con conflictos intrapsíquicos intensos, en ausencia de trauma emocional inmediato; en general se trata de individuos con alta predisposición disociativa, la mayoría de los cuales tienen antecedentes de trauma emocional recurrente durante la infancia.

Generalmente el paciente es traído a atención médica de urgencia, una vez que concluye el episodio del cual guarda amnesia, o bien cuando familiares o alguien que lo conocía previamente lo encuentra en dicha situación; el paciente en estos casos se muestra perplejo y aturdido ante la situación que presenta.

Para el médico de urgencia, es necesario eliminar las barreras amnésicas que persistan, identificar los conflictos que condujeron al episodio y prevenir las recurrencias; descartar los trastornos por intoxicación, la epilepsia del lóbulo temporal, los trastornos de personalidad múltiple y la simulación.

Para identificar los conflictos desencadenantes de la disociación, se pueden emplear las técnicas de relajación, hipnosis y la entrevista facilitada por hipnóticos. Es preciso evaluar la extensión de la pérdida de memoria, rompiendo las barreras amnésicas y restaurando los sucesos olvidados; hay que explorar la presencia de ideas suicidas, ya que algunos pacientes presentan fugas psicógenas en presencia de ideas autolíticas y estas reaparecen cuando remite el cuadro clínico.

El manejo en psicoterapia permite explorar y resolver, en alguna medida, los conflictos que condujeron a la disociación.

Trastorno de despersonalización

Se caracteriza por una sensación agobiante de extrañeza y de irrealidad con respecto a sí mismo, a los propios procesos mentales y en ocasiones a la imagen corporal. Es una alteración de la percepción que produce la sensación de que la persona es irreal, que ha cambiado en alguna forma y de que es extraña a sí misma.

Al igual que ocurre con otros síntomas disociativos, la despersonalización no es patrimonio exclusivo de la esfera psicopatológica, el desencadenante más frecuente parece ser la ansiedad intensa y puede aparecer durante situaciones de amenaza vital inminente o estados de indefensión, como ocurre en accidentes, violaciones, catástrofes naturales; también como síntoma asociado a otros trastornos psicopatológicos, por ejemplo, trastorno de pánico, depresión y episodios psicóticos.

Como fenómeno transitorio es bastante frecuente, principalmente en adolescentes y adultos jóvenes; como trastorno crónico y aislado es poco común.

Por su carácter egodistónico y por la naturaleza casi indescriptible del fenómeno, a los pacientes se les dificulta verbalizar su experiencia; además, la posibilidad de que aparezca asociado a otras patologías psiquiátricas y neurológicas, conlleva a la necesidad de un examen mental detallado, evaluación neurológica y exámenes complementarios, como el electroencefalograma.

En relación con el manejo terapéutico no existe ningún psicofármaco con eficacia comprobada, aunque algunos recomiendan el clonazepam y la fluoxetina. La psicoterapia se restringe al manejo de los síntomas secundarios, como es la ansiedad. Cuando el fenómeno de despersonalización es secundario a otra psicopatología, el tratamiento debe estar encaminado a esta.

Trastorno de identidad disociativa

Concebido hasta hace algún tiempo como trastorno de personalidad múltiple, identidad rara y de validez cuestionable, la naturaleza básica del trastorno es la de una fragmentación crónica de la vida consciente en múltiples estados disociados de conciencia, con grados diferentes de organización cognitivo-afectiva, cada uno de los cuales se percibe a sí mismo como una identidad diferente.

Esta estructura psicopatológica permite identificar diversas formas clínicas de presentación, en las cuales las diferentes personalidades toman alternadamente el control total del individuo y se declaran como personas diferentes; sin embargo, lo más frecuente es que las manifestaciones clínicas reflejen fenómenos de interferencia entre las distintas personalidades, lo que da lugar a formas parciales de control.

Entre los síntomas más frecuentes están los incidentes amnésicos recurrentes y los trastornos de despersonalización; se pueden presentar algunos síntomas como alucinaciones auditivo-verbales dialogadas e imperativas. Son comunes los cambios frecuentes, súbitos e inmotivados de estado de ánimo, los que son vividos por el paciente como impuestos y egodistónicos; también pueden tener pesadillas, respuestas de sobresalto a estímulos irrelevantes, fobias y otros, además de síntomas somáticos como cefalea intensa, recurrente.

Este trastorno se inicia antes de los 10 años, su evolución es crónica, fluctuante a lo largo del ciclo vital; la mayoría de los casos son mujeres con antecedentes de maltrato físico en la niñez. Casi la totalidad de los estudios realizados le asignan a este trastorno una naturaleza postraumática.

Establecer este diagnóstico es un proceso difícil, dada la presentación polimorfa de sus síntomas y su carácter encubierto, por lo que requiere de técnicas de entrevistas complejas y en ocasiones técnicas accesorias como la hipnosis y el narcoanálisis; este proceso se puede conceptualizar en los siguientes aspectos:

- Determinar si el paciente tiene síntomas disociativos.
- Definir si existe un trastorno disociativo crónico.
- Establecer contacto con una o más de las personalidades alternas.

El objetivo principal del tratamiento de esta afección debe estar encaminado a lograr la fusión de las diferentes personalidades o mejorar los patrones de interacción dentro del sistema de personalidades; se plantea que el trastorno no desaparece espontáneamente y no mejora con medidas terapéuticas que no tengan en cuenta la naturaleza disociativa crónica de la entidad; se recomienda la psicoterapia de orientación dinámica o cognitiva y el uso de psicofármacos está en función de las manifestaciones sintomáticas.

Resumen

La conciencia es el atributo más complejo del sistema nervioso humano; está conceptualizada como un proceso activo, mediante el cual diferentes elementos de la vida psíquica se integran en una única experiencia mental.

La disociación de la conciencia es un fenómeno clínico muy complejo, en el que yace un proceso psicológico que genera estados alterados de la conciencia, en la cual segmentos de información quedan aislados de otros con los cuales está normalmente asociado, incluye experiencias normales que suceden cotidianamente en la vida de cualquier sujeto y el umbral que lo separa de las entidades psicopatológicas disociativas son arbitrarias.

El DSM-IV identifica cuatro formas de presentación diferentes del síndrome disociativo: amnesia y fuga disociativa; trastorno de identidad disociativo y el trastorno de despersonalización.

Amnesia disociativa: constituye el trastorno disociativo más frecuente; se trata de un trastorno de memoria reversible, que se caracteriza por una incapacidad para evocar segmentos extensos de información personal importante.

Compromete de manera casi exclusiva la evocación de información autobiográfica (memoria explícita, episódica).

En las amnesias disociativas los recuerdos más afectados corresponden a hechos cotidianos, un compromiso selectivo de la fase evocativa de la memoria; la información olvidada tiende a evidenciarse involuntariamente a través de fenómenos como el sueño, desempeños motores, comportamientos y síntomas conversivos.

La cantidad de memoria a la cual se deja de tener acceso puede ser considerable y se categoriza en diferentes tipos, según su extensión y sistematización:

Amnesia generalizada: toda la memoria autobiográfica desaparece súbitamente.

Amnesia localizada: es, probablemente, la forma más frecuente de todas, en la cual se presenta una densa laguna amnésica que cubre un periodo determinado.

Amnesia selectiva: es una variante de la anterior, en la que el individuo solo logra recordar algunas cosas de un periodo determinado.

Amnesia sistematizada: afecta cadena de recuerdos relacionados en su contenido, aunque pertenezcan a épocas diferentes.

Amnesia continua: el individuo no logra evocar eventos sucesivos a medida que estos van ocurriendo.

Fuga disociativa: es un periodo disociativo prolongado, durante el cual el paciente realiza actividades complejas y frecuentemente asume otra entidad. El episodio puede durar de unas horas a unos días, pero ocasionalmente puede persistir durante años. Las fugas psicógenas ocurren tras un estrés severo, como una catástrofe natural, en tiempos de guerra o después de un fracaso personal significativo.

Las amnesias disociativas ocurren aparentemente en dos contextos diferentes, uno en que el episodio amnésico parece estar directamente relacionado con un evento traumático abrumador. En el otro, las amnesias ocurren en relación con conflictos intrapsíquicos intensos, en ausencia de trauma emocional inmediato; el paciente es traído a atención médica de urgencia, una vez que concluye el episodio del cual guarda amnesia, o bien cuando familiares o alguien que lo conocía previamente lo encuentra en dicha situación.

Para el médico de urgencia es necesario eliminar las barreras amnésicas que persistan, identificar los conflictos que condujeron al episodio y prevenir las recurrencias. Para identificar los conflictos desencadenantes de la disociación, se pueden emplear las técnicas de relajación, hipnosis y la entrevista facilitada por hipnóticos. El manejo en psicoterapia permite explorar y resolver, en alguna medida, los conflictos que condujeron a la disociación.

Trastorno de despersonalización: se caracteriza por una sensación agobiante de extrañeza y de irrealidad con respecto a sí mismo, a los propios procesos mentales y en ocasiones a la imagen corporal. La despersonalización no es patrimonio exclusivo de la esfera psicopatológica, el desencadenante más frecuente parece ser la ansiedad intensa y se puede presentar durante situaciones de amenaza vital inminente o estados de indefensión, también como síntoma asociado a otros trastornos psicopatológicos: trastorno de pánico, depresión y crisis psicóticas.

Por su carácter egodistónico y por la naturaleza casi indescriptible del fenómeno, a los pacientes se les dificulta verbalizar su experiencia; a veces aparece asociado a otras patologías psiquiátricas y neurológicas, conlleva a la necesidad de un examen mental detallado, evaluación neurológica y exámenes complementarios, como el electroencefalograma.

Trastorno de identidad disociativa: concebido hasta hace algún tiempo como trastorno de personalidad múltiple, la naturaleza básica del trastorno es el de una fragmentación crónica de la vida consciente en múltiples estados disociados de conciencia, con grados diferentes de organización cognitivo-afectiva, cada una de las cuales se percibe a sí mismo como una identidad diferente.

Entre los síntomas más frecuentes están los episodios amnésicos recurrentes y los trastornos de despersonalización. Son comunes los cambios frecuentes, súbitos e inmotivados de estado de ánimo, los que son vividos por el paciente como impuestos y egodistónicos.

El inicio de este trastorno se ubica antes de los 10 años, su evolución es crónica, fluctuante a lo largo del ciclo vital; este diagnóstico es un proceso difícil, dada la presentación polimorfa de sus síntomas.

El objetivo principal del tratamiento de esta afección debe estar encaminado a lograr la fusión de las diferentes personalidades; el trastorno no desaparece espontáneamente y no mejora con medidas terapéuticas que no tengan en cuenta la naturaleza disociativa crónica de la enfermedad.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Los trastornos somatomorfos constituyen un grupo de afecciones que tienen en común una serie de síntomas somáticos, para los cuales no se precisa una explicación médica adecuada y produce malestar significativo, con afectación en el desempeño social u ocupacional. Se considera que los factores psicológicos contribuyen de manera importante en su iniciación, severidad y duración. No están bajo el control voluntario, por lo que estos síntomas no se producen intencionalmente, como ocurre en el caso de la simulación.

Es relativamente frecuente que a los servicios de urgencia lleguen estos pacientes, solicitando atención médica con quejas somáticas que no obedecen a una causa orgánica manifiesta.

Bajo esta concepción, la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) agrupa cinco trastornos que se categorizan como trastorno de somatización, trastorno de conversión, hipocondría, trastorno dismórfico corporal y trastorno por dolor.

El manejo de estos pacientes es complicado, para ello es preciso descartar si existe alguna enfermedad subyacente previa, lo cual puede requerir de numerosas investigaciones diagnósticas que con frecuencia resultan infructuosas.

Para el abordaje de estos casos en el servicio de urgencia, es necesario a través de la anamnesis tomar toda la información necesaria; la historia clínica elaborada con ese fin debe ser detallada, incluir el examen físico y los exámenes de laboratorio correspondientes, encaminados a descartar entidades clínicas como la esclerosis múltiple, miastenia grave, lupus eritematoso, alteraciones endocrinas, infecciones sistémicas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y otros. En estos casos el objetivo fundamental no es la curación, sino elaborar un diagnóstico presuntivo, evitar las intervenciones e ingresos médicos innecesarios y remitir al paciente para la atención ambulatoria, donde pueda ser evaluado con un seguimiento a largo plazo.

En cuanto a la historia psiquiátrica es preciso valorar la presencia de un trastorno afectivo, de un trastorno de ansiedad o de un cuadro psicótico, los

que se pueden corresponder como elementos comórbidos. También se debe precisar la existencia de un trastorno de personalidad concomitante, sobre todo las formas pasivo-agresiva, dependiente, límite, histriónica y antisocial.

Los síntomas no deben haberse producido deliberadamente, como ocurre en los casos de simulación.

Trastorno de somatización (síndrome de Briquet)

Esta afección se caracteriza por la presencia de múltiples síntomas somáticos, que no se pueden explicar por la exploración física ni por los hallazgos en los exámenes complementarios.

Criterios diagnósticos (DSM-IV, 1994) para el trastorno de somatización, de acuerdo con la *American Psychiatric Association*:

1. Historia de múltiples síntomas físicos, comienza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral o personal.
2. Deben cumplirse todos los criterios enunciados a continuación:
   a) Cuatro síntomas dolorosos, historia de dolor relacionado con cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (cabeza, tórax, abdomen, articulaciones, durante la menstruación o acto sexual).
   b) Dos síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarreas).
   c) Un síntoma sexual o reproductor (apatía sexual, menstruaciones irregulares o excesivas).
   d) Un síntoma seudoneurológico o síntomas conversivos como parálisis, afonía, ceguera y amnesia disociativa.
3. Cualquiera de las características siguientes:
   a) Los síntomas del criterio 2 no se explican por una enfermedad médica o por efectos secundarios de una sustancia.
   b) Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos a lo que cabría esperar.
4. Los síntomas no se producen intencionalmente y no son simulados.

Generalmente comienza en la adultez temprana, presenta una combinación de síntomas dolorosos gastrointestinales, seudoneurológicos y sexuales; el curso es crónico, generalmente empeora en los periodos de mayor estrés y puede tener intervalos de mejoría que se extienden entre 9 y 12 meses.

Por lo general tienen una historia médica larga, complicada e imprecisa, con alta comorbilidad con depresión, trastorno de personalidad y abuso de sustancias.

En el tratamiento es importante establecer una buena alianza terapéutica, dándole citas periódicas, donde además del examen físico hay que procurar que el paciente adquiera conciencia de la importancia de los factores psicológicos en sus síntomas; la psicoterapia individual o grupal puede ser útil cuando se logra motivar al paciente. El tratamiento farmacológico no es eficaz, salvo en aquellos casos en los que coexiste otro trastorno mental.

Trastorno de conversión

El trastorno de conversión se caracteriza por la presencia de uno o más síntomas neurológicos que no obedecen a una enfermedad médica clara. Suele presentarse tras la aparición de un factor estresante claramente identificable; los síntomas ceden habitualmente en horas o incluso desde pocos días hasta un periodo de un mes. Es más frecuente en mujeres, en personas con bajo nivel sociocultural y en inmigrantes procedentes de culturas menos avanzadas.

La historia de lo que hoy se conoce como trastorno conversivo tiene sus orígenes en el concepto de histeria, haciendo referencia a un grupo heterogéneo de trastornos, para los que se aducía una causa anatómica "útero migrante", que en el siglo XIX Charcot y Janet adujeron un origen psicológico para esta condición, al conceptualizarlo en relación con experiencias traumáticas. Freud propuso una explicación psicodinámica basada en la presencia de conflictos inconscientes en relación con estadios del desarrollo psicosexual temprano, donde los contenidos reprimidos se convierten en equivalentes somáticos.

Aunque, por lo general, el inicio del cuadro clínico es agudo y de evolución transitoria, existen circunstancias en las cuales, debido a la presencia de ganancias secundarias, persisten y pueden mantener una evolución crónica. Estos síntomas no están bajo el control voluntario del paciente, la forma específica que toma de un paciente a otro, está relacionada con las concepciones previas que este tiene de la enfermedad en general, por lo que el grado de sofisticación semiológica de los síntomas varía considerablemente de un paciente a otro.

Las manifestaciones más frecuentes son parálisis, ceguera y mutismo, estos se organizan en tres grupos:

- Síntomas sensoriales: anestesia, hipoestesia e hiperestesia o parestesias de las extremidades, en las cuales no existe concordancia con dermatomas y presentan fluctuaciones en la severidad del compromiso. Estos síntomas pueden ser unilaterales o bilaterales. Otras funciones sensoriales como la visión y la audición pueden estar comprometidas, al igual que otros recursos cognitivos superiores, como el lenguaje. Los pacientes

con ceguera de conversión presentan visión "en túnel", pueden caminar sin chocar ni hacerse daño con ningún objeto; sus pupilas reaccionan a la luz y los potenciales evocados son normales.

- Síntomas motores: se caracterizan por debilidad o parálisis de las extremidades y/o alteraciones de la marcha. Aunque puede involucrar cualquier segmento corporal, generalmente compromete las extremidades, tanto aisladas como en combinación. A la exploración, los reflejos de las extremidades son normales, no tienen fasciculaciones ni atrofia muscular y la distribución de los músculos afectados no se corresponde con las vías neuronales. Las alteraciones de la marcha se corresponden con la astasia-abasia, en la cual el paciente, aunque incapaz de sostenerse en pie, mueve sus miembros inferiores al estar en decúbito. Los trastornos de los movimientos, como temblores, convulsiones, tics y coreoatetosis, son más difíciles de diferenciar de sus correlatos neurológicos; en estos pacientes el electromiograma es normal.
- Síntomas críticos o seudoconvulsiones: es difícil distinguir una convulsión de una seudoconvulsión, sobre todo por el hecho de que las seudoconvulsiones, además de presentarse en pacientes histéricos, también pueden aparecer en pacientes con trastornos epilépticos coexistentes.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV consideran que debe estar presente uno o más síntomas o déficit de funciones motoras voluntarias o sensoriales que sugieren enfermedad neurológica o médica.

Los factores psicológicos influyen en el inicio o exacerbación al coincidir con conflictos u otros desencadenantes; el síntoma no es simulado; tras un examen clínico adecuado se descarta la enfermedad médica; hay malestar significativo y el síntoma no se limita a dolor o disfunción sexual y no se explica por otro trastorno psiquiátrico.

En la tabla 12.1 se describe el diagnóstico diferencial entre la crisis histérica y el gran mal epiléptico.

La elevada prevalencia de síntomas conversivos en pacientes con trastornos disociativos ha llevado a algunos autores a postular el proceso disociativo como el mecanismo psicológico central en los fenómenos conversivos.

De acuerdo con esta concepción, mientras que en los trastornos disociativos lo que se disocia de la conciencia son memorias, afectos, etc., en los trastornos conversivos son las funciones sensoriales y motoras, por tanto, aunque fenomenológicamente son diferentes, los trastornos disociativos y conversivos están estrechamente relacionados, al compartir un mismo mecanismo, la disociación, según referencia de la CIE-10, que utiliza los términos de trastorno disociativo motor o sensitivo para hacer referencia al trastorno conversivo.

Tabla 12.1. Diagnóstico diferencial entre crisis histérica y gran mal epiléptico

	Histeria	**Epilepsia**
Personalidad	Rasgos y actitud histriónica	Impulsividad y viscosidad
Desencadenantes	Presentes	Ausentes
Patrón de crisis	Variable	Constante
Auras aparatosas	Posibles	Excepcionales
Inicio	Progresivo	Brusco
Terminación	Progresiva	Brusca
Presencia de gente	Sí	No
Pérdida de conciencia	Parcial	Total
Convulsiones	Anárquicas	Simétricas, organizadas
Habla durante la crisis	Sí	No
Relajación de esfínteres	Excepcional	Frecuente
Mordedura de lengua	Nunca	Frecuente
Consecuencias físicas	Pequeñas lesiones	Traumatismos por caída
Respuesta a la sugestión	Positiva	Nula
Respuesta al dolor	Sí	No
Finalización	Llanto frecuente	Confusión/cefalea/malestar
Duración	Minutos/horas	Minutos
Recuperación	Rápida	Progresiva
Frecuencia	Varias (diarias)	Infrecuente (más de una al día)
Cianosis	No	Sí
Reflejo de Babinsky	Negativo	Positivo
Electroencefalograma	Normal	Patológico

Fuente: Chinchilla, A. *Manual de urgencias psiquiátricas*. Edit. Masson S.A. 2004.

El diagnóstico de un trastorno conversivo crea problemas importantes en la práctica clínica, por lo que en la mayoría de los casos es prudente definirlo como un diagnóstico presuntivo; es útil explorar la presencia de evento vitales estresantes o traumáticos que puedan estar en relación temporal con el inicio del cuadro clínico. Se señala la posibilidad de ganancia primaria y secundaria como elementos que señalan indirectamente la presencia de un conflicto intrapsíquico.

La ganancia primaria hace referencia al éxito defensivo del síndrome al lograr contener la ansiedad asociada al conflicto, con lo cual el paciente vive su síntoma, fenómeno descrito por los franceses como la bella indiferencia. La ganancia secundaria hace referencia a los beneficios que para el paciente conlleva la presencia del síntoma conversivo. Otro aspecto importante a tener en cuenta lo constituye el antecedente de síntomas conversivos previos, al ser un fenómeno recurrente en muchos casos.

En cuanto al manejo terapéutico, se trata de un proceso transitorio y de terminación espontánea, no obstante se emplearán recursos sugestivos en el plano terapéutico; técnicas de hipnosis, de utilidad para lograr la desaparición parcial o total del síntoma; se recomiendan cambios de ambiente, encaminados a neutralizar elementos reforzadores de la condición e implementar otros recursos terapéuticos a más largo plazo.

Hipocondriasis

La hipocondriasis consiste en la interpretación errónea de síntomas o sensaciones físicas que llevan a la persona a creer que padece una enfermedad física de gravedad, a pesar de la reiterada falta de hallazgos que la confirmen. Afecta por igual a hombre y a mujeres. Generalmente comienza antes de los 30 años y su evolución es crónica, con episodios de exacerbación asociados a situaciones de mayor carga emocional. Según el DSM-IV debe tener una duración mínima de 6 meses.

Estos pacientes interpretan equivocadamente las manifestaciones corporales normales, creyendo que estas constituyen síntomas de enfermedades graves que no le han sido diagnosticadas. La creencia de estar enfermo no alcanza proporciones delirantes, pero es muy difícil erradicarla con apoyo y persuasión.

A menudo se acompaña de depresión y/o ansiedad; a pesar de ello son reacios al tratamiento psiquiátrico, no obstante es recomendable llevar a cabo la intervención terapéutica en un ámbito médico y centrarse en identificar las situaciones estresantes y elaborar diferentes alternativas para su solución. Es importante confrontarle de forma progresiva con la idea de que lo central en su padecimiento es la interpretación equivocada de las manifestaciones corporales normales.

El miedo a la enfermedad es persistente y lleva a un empeoramiento del funcionamiento social y ocupacional. Un sistema orgánico o varios pueden ser el centro de la preocupación. Cerca del 15 % de los casos que se atienden en los servicios de atención primaria de salud son hipocondríacos, la mayor incidencia se encuentra entre la cuarta y quinta décadas de la vida

y generalmente es más frecuente en los familiares de los hipocondríacos que en la población normal.

La hipocondría es común en culturas que estimulan la somatización como expresión del sufrimiento psíquico. En la psicodinamia, este trastorno ofrece al paciente un camino para adoptar el papel de enfermo y así evitar problemas insuperables, o algún estrés desbordante. Los posibles orígenes comprenden dos formas priorizadas: agresión a los demás, que está reprimida y desplazada hacia los síntomas físicos, y defensa contra la culpa, en la que los síntomas corporales representan un merecido castigo, por algún pecado.

Las características clínicas que indican un pronóstico favorable comprenden la presencia de depresión o ansiedad, comienzo súbito, edad temprana, situación socioeconómica elevada, ausencia de enfermedades orgánicas y den algún trastorno de personalidad.

En su manejo se deben descartar las enfermedades físicas, hay que investigar si hay trastornos depresivos o por ansiedad, ataques de pánico, delirios somáticos, obsesiones y compulsiones. La terapia de grupo es el tratamiento de elección, aunque la psicoterapia introspectiva individual también puede ser eficaz. No hay tratamiento farmacológico específico, sino que es sintomático; en caso de ansiedad son beneficiosos los ansiolíticos (alprazolam: 0,5-1 mg; oxacepam: 10-30 mg; loracepam: 1 mg). Si el curso es episódico, como un trastorno depresivo, se emplearán antidepresivos; si se presentan síntomas psicóticos se debe valorar el empleo de neurolépticos.

Trastorno dismórfico corporal

Consiste en la preocupación excesiva por un defecto imaginario en el aspecto físico, sin que tenga una connotación delirante o como una idea sobrevalorada acerca de una imperfección mínima en dicha apariencia, capaz de interferir significativamente en la vida del sujeto, el que acude en demanda de ayuda a dermatólogos y cirujanos plásticos; en menor proporción a servicios de urgencias psiquiátricas o consultas ambulatorias.

Este trastorno se inicia en adultos jóvenes, entre 15 y 20 años, y es más común en mujeres; tiene una alta comorbilidad con depresión y trastornos de ansiedad. Las regiones del cuerpo más comprometidas son el cabello, la nariz, los ojos y la cara en todo su conjunto.

Las decisiones quirúrgica, dermatológica o estomatológica, no son los enfoques terapéuticos correctos; sin embargo, se evidencia una respuesta más aceptada con la combinación de fármacos antidepresivos, en particular con ISRS y psicoterapia.

Trastorno por dolor

En este trastorno el síntoma principal es la presencia de dolor en una o varias localizaciones, sin que se encuentre una etiología orgánica clara. Puede existir inicialmente una causa orgánica para el dolor, pero los factores psicológicos son determinantes en la evolución del trastorno. Es más común en mujeres con edades comprendidas entre los 40 y 50 años, que habitualmente tienen una larga historia de tratamientos médicos o quirúrgicos poco eficaces.

Entre las manifestaciones más frecuentes se destacan las cefaleas y los dolores pélvicos, lumbares y faciales atípicos; desde el punto de vista semiológico, el dolor se describe como continuo y resistente a los analgésicos. A menudo el paciente está inserto en sus síntomas, los considera como causa de todos sus males y tiende a negar problemas emocionales.

El tratamiento de elección combina los recursos farmacológicos y la psicoterapia; los antidepresivos tricíclicos y los ISRS mejoran los síntomas. Los programas de clínicas del dolor que incorporan técnicas cognitivas, conductuales, terapia física y rehabilitación pueden ser útiles.

Resumen

Los trastornos somatomorfos constituyen un grupo de afecciones que tienen en común síntomas somáticos, para los cuales no se precisa una explicación médica adecuada y provocan malestar significativo.

Con frecuencia, a los servicios de urgencia llegan pacientes que solicitan atención médica, con quejas somáticas que no obedecen a una causa orgánica manifiesta.

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) agrupa cinco trastornos que se categorizan como: trastorno de somatización, trastorno de conversión, hipocondría, trastorno dismórfico corporal y trastorno por dolor.

Para el cuidado de estos pacientes en el servicio de urgencia, es necesario realizar la historia clínica: exámenes físico y de laboratorio; descartar afecciones clínicas como esclerosis múltiple, miastenia grave, lupus eritematoso, alteraciones endocrinas, infecciones sistémicas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y otros.

En la historia psiquiátrica, valorar la presencia de trastorno afectivo, de trastorno de ansiedad o un cuadro psicótico, como elementos comórbidos. Precisar la existencia de un trastorno de personalidad concomitante: pasivo-agresiva, dependiente, límite, histriónica y antisocial.

Trastorno de somatización: se caracteriza por la presencia de múltiples síntomas somáticos, que no se pueden explicar.

Comienza en la adultez temprana; combina síntomas dolorosos gastrointestinales, seudoneurológicos y sexuales, en una historia médica larga, elevada comorbilidad con depresión, trastorno de personalidad y abuso de sustancias.

El tratamiento farmacológico no es eficaz, salvo en aquellos casos en los que coexiste otro trastorno mental.

El trastorno de conversión se caracteriza por la presencia de uno o más síntomas neurológicos que no obedecen a una enfermedad médica clara. Es más frecuente en mujeres, personas con bajo nivel sociocultural e inmigrantes procedentes de culturas menos avanzadas.

Trastorno conversivo: tiene sus orígenes en el concepto de histeria.

Freud propuso una explicación psicodinámica, basada en la presencia de conflictos inconscientes en relación con estadios del desarrollo psicosexual temprano; contenidos reprimidos se convierten en equivalentes somáticos; inicio generalmente agudo y de evolución transitoria. Las ganancias secundarias persisten y mantiene una evolución crónica.

Las manifestaciones más frecuentes son parálisis, ceguera y mutismo; estas se organizan en:

- Síntomas sensoriales: anestesia, hipoestesia e hiperestesia, o parestesias de las extremidades.
- Síntomas motores: debilidad o parálisis de las extremidades.
- Síntomas críticos o seudoconvulsiones.

Los factores psicológicos influyen en el inicio, al coincidir con conflictos u otros desencadenantes.

La elevada prevalencia de síntomas conversivos ha llevado a algunos autores a postular el proceso disociativo como el mecanismo psicológico central en los fenómenos conversivos.

En los trastornos disociativos lo que se disocia de la conciencia son memorias, afectos, etc.; en los trastornos conversivos, las funciones sensoriales y motoras.

La ganancia primaria hace referencia al éxito defensivo del síndrome, al lograr contener la ansiedad asociada al conflicto, con lo cual el paciente vive su síntoma.

El manejo terapéutico se trata de un proceso transitorio y de terminación espontánea.

La hipocondriasis es la interpretación errónea de síntomas o sensaciones físicas que llevan a la persona a creer que padece una enfermedad física de gravedad.

Comienza antes de los 30 años y su evolución es crónica. El miedo a la enfermedad es persistente y lleva a un empeoramiento del funcionamiento social y ocupacional. La hipocondría es común en culturas que estimulan la somatización como expresión del sufrimiento psíquico.

Descartar las enfermedades físicas, investigar si hay trastornos depresivos o por ansiedad, ataques de pánico, delirios somáticos, obsesiones y compulsiones. El tratamiento farmacológico no es específico, este se indica de acuerdo con los síntomas.

Trastorno dismórfico corporal: es la preocupación excesiva por un defecto imaginario en el aspecto físico, sin que tenga una connotación delirante o como una idea sobrevalorada acerca de una imperfección mínima en dicha apariencia.

Se inicia en adultos jóvenes (entre 15 y 20 años) y es más común en mujeres; tiene una elevada comorbilidad con la depresión y los trastornos de ansiedad.

Se evidencia una respuesta más aceptada con la combinación de fármacos antidepresivos, en particular con ISRS y psicoterapia.

Trastorno por dolor: el síntoma principal es la presencia de dolor en una o varias localizaciones, sin una etiología orgánica clara. Entre las más frecuentes están las cefaleas y los dolores pélvicos, lumbares y faciales atípicos; el dolor es continuo y resistente a los analgésicos.

El tratamiento de elección combina el uso de terapias farmacológicas y la psicoterapia; los antidepresivos tricíclicos y los ISRS provocan una mejoría de los síntomas.

ESTADO CONFUSIONAL AGUDO

El estado confusional agudo (*delirium*) es un cuadro clínico que se caracteriza por una afectación del nivel de conciencia, percepción y cognición, de carácter reversible y duración limitada en el tiempo, que se presenta como consecuencia de una causa orgánica.

Este trastorno ha tenido diversas denominaciones en la literatura médica, entre estas: reacción exógena de Bonhoeffer, síndrome cerebral orgánico, reacción orgánica aguda y cuadro confusional agudo o *delirium*.

Es sabido que cualquier noxa (directa o indirectamente) puede generar un sufrimiento cerebral y desencadenar un cuadro de delirium, entre las causas más comunes se encuentran procesos locales, tumores o infecciones del sistema nervioso central, causas sistémicas, metabólicas (alteraciones hidroelectrolíticas), infecciones (neumonías, urinarias, septicemias), farmacológicas y/o tóxicas (tanto en intoxicaciones como en abstinencia) y de forma muy relevante en pacientes posquirúrgicos.

Entre los factores que favorecen la aparición del delirium, están todos aquellos que puedan hacer más susceptible al cerebro, ante las diferentes noxas. El simple envejecimiento normal (a más edad, mayor riesgo), el deterioro cognitivo, el tratamiento simultáneo con varios fármacos, la presencia de enfermedades médicas previas, los déficit sensitivos, el consumo de alcohol, el periodo posquirúrgico y los antecedentes de cuadros de delirium anteriores.

El medioambiente juega un papel importante, incluso es determinante en situaciones especiales, como es la limitación sensorial en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. El ambiente produce un agravamiento de la disfunción cerebral ya existente, por lo que hay que tenerlo en cuenta en el proceso de organización terapéutica.

El *delirium* se considera una emergencia médica, puesto que muchas de sus causas son patologías que ponen en peligro la vida del paciente; en ocasiones se presentan simultáneamente múltiples causas, lo que dificulta poder establecer con precisión la causa específica.

Chinchilla, en su *Manual de urgencias psiquiátricas*, describe entre las causas más comunes de *delirium* las siguientes:

- Neurológicas: traumatismos craneoencefálicos, cuadros comiciales, accidentes vasculares isquémicos e infecciones del sistema nervioso central (meningitis y encefalitis).
- Metabólicas: alteraciones de la función tiroidea, déficit vitamínico (tiamina, ácido fólico y cianocobalamina), trastornos pancreáticos y alteraciones de la función adrenal.
- Fracaso de la función hepática: encefalopatía hepática.
- Fallo renal: encefalopatía urémica.
- Depresión respiratoria: hipoxemia e hipercapnia.
- Alteraciones cardiovasculares: coronariopatías e hipotensiones.
- Tóxicas: intoxicación por drogas, cuadros de abstinencia (*delirium tremens*), intoxicación por monóxido de carbono e intoxicaciones por metales.
- Farmacológicas: algunos antibióticos y antihipertensivos, anestésicos, corticoides, anticolinérgicos, antihistamínicos, ranitidina, cimetidina, antiparkinsonianos, clonidina, benzodiacepinas, digital, fenitoína, interferón, levodopa, metotrexato, teofilina y otros.
- Infecciones de diversos orígenes: urinaria y respiratoria.
- Politraumatismos.
- Estados posoperatorios.

Los síntomas más comunes son: alteraciones de la atención (concentración con desorientación); afectación global de las funciones cognitivas; alteración del nivel de conciencia; fenómeno de *sundowning*; tranquilos durante el día, pero se agitan al comenzar la noche; desorientación viviendo borrosamente la realidad objetiva; intranquilidad; hipersensibilidad a los estímulos visuales y auditivos e inversión del ritmo sueño-vigilia.

En el cuadro clínico se presentan habitualmente dos fases:

- Prodrómica: con síntomas variados como ansiedad, inquietud, insomnio, alteraciones del ánimo.
- Fase de estado: de forma brusca y oscilante aparece el cuadro de alteración del nivel de conciencia, con desorientación, síntomas psicóticos y repercusión en la conducta, con posibilidad de instalación de un estado de agitación psicomotriz. En este caso la disminución del nivel de conciencia es fluctuante; la desorientación inicialmente es temporal, después espacial y en menor frecuencia alopsíquica (de menos a más grave); en la atención y la memoria se afecta primero la capacidad de atender y por tanto la adquisición de nuevos recuerdos, se genera una amnesia del episodio, mientras que la memoria a largo plazo no suele afectarse.

El estado de ánimo es lábil; en pensamiento y lenguaje pueden presentar alteraciones formales, que estarán en relación con la gravedad del cuadro, aparecen delirios paranoides mal estructurados; trastornos de la percepción dados por ilusiones, alucinaciones auditivas y típicamente visuales y en la conducta en ocasiones presentan cuadros de agitación.

El cuadro empeora por las noches, es frecuente que los pacientes tengan somnolencia diurna y con el paso del tiempo se puede invertir el ritmo sueño-vigilia. De acuerdo con la actividad motora se clasifican en:

- *Delirium* hiperactivo: se presenta con un aumento marcado de la actividad motora, agitación prominente, corresponde al 25 % de los casos de *delirium*, es de fácil diagnóstico y tiene buen pronóstico.
- *Delirium* hipoactivo: la actividad motora está disminuida, se puede confundir con depresión; corresponde al 25 % de los casos, en general es subdiagnosticado.
- *Delirium* mixto: presenta síntomas de hiperactividad e hipoactividad, es el más común de todos y corresponde al 33 % de los casos.
- *Delirium* normal: la actividad psicomotora es normal, constituye solo el 15 % de los casos.

El diagnóstico del cuadro confusional agudo es clínico, a partir de la anamnesis y la exploración; es importante auxiliarse con informantes externos (familiares, vecinos, amigos), ya que es frecuente que el paciente coopere poco y es necesario conocer la situación premórbida existente.

La exploración física es fundamental y en ocasiones es necesario realizar exámenes complementarios de laboratorio, los que se solicitan sobre la base de la principal sospecha etiológica (hemograma con diferencial, eritrosedimentación, niveles de electrólitos, creatinina, glicemia, estudios tiroideos y hepáticos, gasometría, tóxicos en orina y sangre, punción lumbar, estudio radiológico, serología, etc. La tomografía y el electroencefalograma no son necesarios en todos los casos, son útiles en caso de signos de aumento de la presión intracraneana, antecedentes de traumas reciente, hallazgos neurológicos focales y coma.

Se debe valorar el estado mental desde el momento de la evaluación inicial del paciente, para ello se puede aplicar el *minimental test*, esta herramienta es muy útil y permite evaluar el seguimiento del estado mental del paciente.

Criterios diagnósticos del *delirium*, de acuerdo con la *American Psychiatric Association*:

- Alteración de la conciencia (ejemplo: disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.

- Cambio en las funciones cognoscitivas (déficit de memoria; desorientación; alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.
- La alteración se presenta en un periodo corto (usualmente horas o días) y tiende a fluctuar durante el curso del día.
- Demostración por historia clínica, examen físico o hallazgos de laboratorio que la alteración es causada por consecuencias fisiológicas directas de una condición médica general.

Una vez realizado el diagnóstico sindrómico, se debe identificar el diagnóstico causal (etiológico); en general se habla de cuatro grupos, de acuerdo con la naturaleza de las causas:

- Enfermedades sistémicas que afectan el cerebro: enfermedad cardiopulmonar (insuficiencia cardíaca, neumonía, asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica); trastornos gastrointestinales (encefalopatía hepática, pancreatitis); trastornos genitourinarios (falla renal, infección urinaria); otros (deshidratación, trastornos hidroelectrolíticos, cirugía, desnutrición, deprivación sensorial).
- Enfermedades intracraneales primarias: meningitis, encefalitis, lesiones parietotemporales derecha, lesiones occipitales bilaterales, trauma craneano, convulsiones.
- Agentes tóxicos exógenos e intoxicaciones: alcohol, drogas ilícitas, anestesia, medicamentos (anticolinérgicos, esteroides, etc.).
- Abstinencia a sustancias de abuso o dependencia: alcohol o benzodiacepinas.

El diagnóstico diferencial se debe establecer principalmente con trastornos psiquiátricos y demencia, en particular con la psicosis atípica, psicosis reactiva breve, trastorno disociativo y trastorno de conversión histérica, estrés postraumático, alucinosis por sustancias psicoactivas y trastorno esquizofreniforme.

En cuanto a la evaluación clínica y el enfoque terapéutico es necesario identificar cualquier causa posible que explique el cuadro clínico del enfermo y tratar de solucionarlo de inmediato. Si no se trata el *delirium*, puede conducir a la muerte. Hay que indagar qué sustancias está tomando el paciente (legales e ilegales), en especial anticolinérgicos, antidepresivos, antipsicóticos, sedantes, hipnóticos, psicoestimulantes, alucinógenos y alcohol.

Si el paciente está agitado, puede ser necesaria la sujeción mecánica, lo cual, a veces, es preferible a la medicación, sobre todo si no hay claridad en

el diagnóstico. Se deben medir las constantes vitales y realizar el examen físico completo; la presencia de fiebre sugiere infección; la taquicardia y la hipertensión hacen pensar en un cuadro clínico de abstinencia al alcohol o a sedantes. La presencia de signos focales neurológicos sugiere afecciones en el sistema nervioso central.

En el examen del estado mental se deben explorar las áreas de empeoramiento cognitivo, lenguaje y nivel de actividad psicomotriz. Las alteraciones en los exámenes de laboratorio, ya sean metabólicas, nutricionales, electrolíticas o de hidratación, deben ser corregidas.

Una vez realizado el diagnóstico, se iniciará el tratamiento, el cual se debe orientar a la causa del *delirium*; brindar medidas básicas de soporte y control ambiental; prescribir medicamentos que controlen los síntomas y garantizar un seguimiento clínico regular.

Seguidamente se tendrá en cuenta el cuidado del ambiente, a veces esto es suficiente para resolver o prevenir el cuadro confusional; la habitación se debe mantener iluminada, con la presencia de algún familiar, y se recomienda que tenga calendario, reloj y alguna fotografía que le permita el recuerdo cotidiano. Se preservará el ritmo sueño-vigilia (favorecer el sueño nocturno y no permitir el diurno). No se deben administrar hipnóticos, debido a que tienden a disminuir más aún el nivel de conciencia y potencializar el *delirium*.

El tratamiento farmacológico debe ser sintomático, se recomiendan los antipsicóticos, tanto para el *delirium* hiperactivo, como para el hipoactivo y el mixto (haloperidol: 2-10 mg/día, v.o. o i.m.). Este es un fármaco efectivo, con pocos efectos anticolinérgicos y cardiovasculares, de elevada potencia y escasa acción sedante; disminuye el umbral convulsivo, con menor probabilidad que los de baja potencia. Es importante considerar el riesgo de efectos extrapiramidales, que puede ser frecuente y de difícil manejo en los pacientes con delirium. Los antipsicóticos atípicos (risperdal: 1-4 mg/día, olanzapina: 5-10 mg/día y quetiapina: 25-100 mg/día) son útiles en el tratamiento del delirium agudo.

Las benzodiacepinas son de elección en el *delirium* asociado a la abstinencia por alcohol o benzodiacepinas (lorazepam: 1-2 mg cada 4 h, v.o. o i.v); son eficaces como tratamiento alternativo cuando los antipsicóticos no son efectivos.

Delirium por abstinencia alcohólica

El *delirium* por abstinencia alcohólica (*delirium tremens*) es una complicación grave, que se presenta aproximadamente en el 5 % de los pacientes que interrumpen la ingesta de alcohol y en aquellos que se encuentran en

una situación médica comprometida, con una larga historia de alcoholismo, y que dejan de beber o disminuyen de manera considerable su consumo.

Este trastorno es potencialmente mortal cuando evoluciona sin tratamiento y aún con una atención adecuada esta tasa alcanza hasta el 20 %, incluso, con una terapia óptima presenta una tasa de mortalidad del 5-10 %. El fallecimiento ocurre, por lo general, como resultado de la hipertermia, deshidratación, diselectrolitemia e infecciones y, en última instancia, por colapso cardiovascular.

En la mayoría de los casos el cuadro clínico se presenta a la semana siguiente de un claro descenso en el consumo del alcohol, con frecuencia entre las 24 y 72 h de abstinencia; a menudo, a partir del tercer día de hospitalización en un paciente ingresado por otras razones médicas, del cual se desconoce su dependencia.

Los signos y síntomas incluyen *delirium* con el sensorio gravemente afectado, hiperactividad neurovegetativa (taquicardia, hipertensión, taquipnea, fiebre y diaforesis); temblores y convulsiones (ataques por abstinencia); alucinaciones vívidas táctiles o visuales y un grado de actividad psicomotriz que va de la agitación a la letargia. Las pesadillas y el insomnio son frecuentes.

Para su evaluación y tratamiento el paciente debe ser ingresado, de inmediato, en una unidad de medicina interna o de cuidados intensivos. Los objetivos terapéuticos más cercanos son prevenir el agotamiento, reducir la hiperirritabilidad del sistema nervioso central y corregir las alteraciones electrolíticas. Se debe evitar la sujeción mecánica porque el paciente tiende a luchar contra las ligaduras y producirse heridas; en caso de ser necesaria, se debe aplicar la sujeción de cinco puntos.

Es frecuente la deshidratación, por lo que se justifica la fluidoterapia intravenosa; las deficiencias electrolíticas (incluidas las relativas al calcio y el magnesio) deben ser corregidas.

El paciente debe ser cuidadosamente examinado, en busca de problemas médicos concomitantes, en especial traumatismos craneoencefálicos, fracturas costales, infecciones, hemorragias gastrointestinales y enfermedad hepática. Se tendrá en cuenta la posibilidad de desarrollo de signos neurológicos focales, los que requerirán de una valoración neurológica específica.

La dieta debe ser hipercalórica, con un elevado contenido en hidratos de carbono, y se administrarán vitaminas.

Las benzodiacepinas (clordiazepóxido: 25-100 mg, v.o., 4 veces al día; lorazepam: 1-2 mg/día; diacepam: 20 mg, i.m., como dosis de ataque, y repetir cada 30 min hasta lograr la sedación; posteriormente, administrar 10-20 mg, cada 6 h, y reducción progresiva; clorazepato: 50-75 mg, i.m.,

y repetir cada 30 min hasta lograr la sedación; luego 50 mg, cada 6 h, e ir reduciendo de manera progresiva); alivian la abstinencia y deben ser ajustadas de acuerdo con la evolución del paciente; se elevarán si se presentan o se mantienen los signos de abstinencia. Si el paciente se mantiene sedado, se disminuirán las dosis.

Se debe administrar vitamina B1 (tiamina: 100 mg, i.m., y continuar con 100 mg, v.o., 3 veces al día); esta es imprescindible por la mala absorción que presentan los pacientes; las consecuencias por su déficit son muy graves. También es importante el complejo vitamínico, ya que pueden presentar déficit de vitamina B12 y ácido fólico. No se indicará el tratamiento de mantenimiento con anticonvulsivantes, debido a que estos no han demostrado ser superiores a las benzodiacepinas.

Resumen

El estado confusional agudo se caracteriza por la afectación de los niveles de conciencia, percepción y cognición; de carácter reversible y duración limitada en el tiempo, que se presenta como consecuencia de una causa orgánica.

Cualquier noxa puede generar un sufrimiento cerebral y desencadenar un cuadro clínico de *delirium*.

Procesos locales, tumores o infecciones del sistema nervioso central, causas sistémicas, metabólicas (alteraciones hidroelectrolíticas), infecciones (neumonías, urinarias y septicemias), farmacológicas y/o tóxicas (tanto en intoxicaciones como en abstinencia) y de forma muy relevante en pacientes posquirúrgicos.

Entre los factores que favorecen el origen del *delirium* se encuentran el simple envejecimiento, deterioro cognitivo, tratamiento simultáneo con varios fármacos, enfermedades médicas, déficits sensitivos, consumo de alcohol, periodo posquirúrgico y antecedentes de otras manifestaciones de *delirium* anteriores.

Se considera una emergencia médica, debido a que muchas de sus causas son afecciones que ponen en peligro la vida del paciente.

El cuadro clínico se caracteriza por dos fases: prodrómica, con síntomas variados, como ansiedad, inquietud, insomnio y alteraciones del ánimo, y fase de estado: de forma brusca y oscilante se presenta el cuadro de alteración del nivel de conciencia, con desorientación, síntomas psicóticos y repercusión en la conducta, con posibilidad de instalación de un estado de agitación psicomotriz.

Empeora por las noches, es frecuente que los pacientes tengan somnolencia diurna.

Delirium hiperactivo: se presenta con un aumento marcado de la actividad motora y agitación prominente; corresponde al 25 % de los casos.

Delirium hipoactivo: la actividad motora está disminuida y se puede confundir con depresión; corresponde al 25 % de los casos.

Delirium mixto: se presentan síntomas de hiperactividad e hipoactividad, es el más común de todos y corresponde al 33 % de los casos.

Delirium normal: la actividad psicomotora es normal, constituye solo el 15 % de los casos.

El diagnóstico es clínico, a partir de la anamnesis y la exploración. La exploración física es fundamental y son necesarios los exámenes complementarios de laboratorio, según la principal sospecha etiológica.

La tomografía y el electroencefalograma no son necesarios en todos los casos, solo se indicarán si existen aumento de presión intracraneana, antecedentes de traumas recientes, hallazgos neurológicos focales y coma. Debe valorarse el estado mental desde el momento de la evaluación inicial del paciente, puede aplicarse el *minimental test*, esta herramienta es muy útil y permite evaluar el seguimiento del estado mental del paciente.

Una vez realizado el diagnóstico sindrómico, se debe identificar el diagnóstico causal:

- Enfermedades sistémicas que afectan el cerebro: enfermedad cardiopulmonar y trastornos gastrointestinales.
- Enfermedades intracraneales primarias: meningitis, encefalitis, lesiones parietotemporales, lesiones occipitales bilaterales, trauma craneano y convulsiones.
- Agentes tóxicos exógenos e intoxicaciones: alcohol, drogas ilícitas, anestesia, medicamentos (anticolinérgicos, esteroides, etc.).
- Abstinencia a sustancias de abuso o dependencia: alcohol o benzodiacepina.

El diagnóstico diferencial se debe establecer principalmente con trastornos psiquiátricos y demencia, en particular con la psicosis atípica, psicosis reactiva breve, trastorno disociativo y trastorno de conversión histérica, estrés postraumático, alucinosis por sustancias psicoactivas y trastorno esquizofreniforme. Si no se trata el *delirium*, puede conducir a la muerte. Si el paciente está agitado, puede ser necesaria la sujeción mecánica, lo cual, en ocasiones, es preferible a la medicación.

En el examen del estado mental se deben explorar las áreas de empeoramiento cognitivo, lenguaje y nivel de actividad psicomotriz.

Iniciar el tratamiento orientado hacia la causa del *delirium*.

El tratamiento farmacológico debe ser sintomático, se recomiendan los antipsicóticos (los atípicos son útiles en el manejo del *delirium* agudo).

Las benzodiacepinas son de elección en caso de *delirium* asociado a abstinencia por alcohol.

Delirium por abstinencia alcohólica (*delirium tremens*): es una complicación grave de la abstinencia alcohólica, se presenta en cerca del 5 % de los casos que interrumpen la ingesta alcohólica.

Es potencialmente mortal si evoluciona sin tratamiento, como resultado de hipertermia, deshidratación, diselectrolitemia, infecciones y, en último caso, por colapso cardiovascular.

El cuadro clínico se presenta a la semana siguiente de un claro descenso en el consumo del alcohol, con frecuencia entre las 24 y 72 h de abstinencia. Los signos y síntomas incluyen *delirium* con el sensorio gravemente afectado, hiperactividad neurovegetativa, alucinaciones vívidas táctiles o visuales y un grado de actividad psicomotriz que va de la agitación a la letargia. Las pesadillas y el insomnio son frecuentes.

Evaluación y manejo: ingreso inmediato en una unidad de medicina interna o de cuidados intensivos. Los objetivos terapéuticos son prevenir el agotamiento, reducir la hiperirritabilidad del sistema nervioso central y corregir las alteraciones electrolíticas.

Debe ser examinado de forma cuidadosa, en busca de problemas médicos concomitantes. La dieta debe ser hipercalórica, con un elevado contenido de hidratos de carbono, además de vitaminas.

Las benzodiacepinas se deben administrar 4 veces al día.

URGENCIAS EN PSICOGERIATRÍA

En las últimas décadas, la sociedad se está enfrentando a un suceso novedoso en la historia de la humanidad: el aumento considerable de la población de ancianos en el mundo, derivado fundamentalmente del incremento de la esperanza de vida, y paralelamente la rápida disminución de la natalidad, capaz de poner en peligro el recambio generacional.

En 1984 la Organización Panamericana de la Salud pronosticó que en las cuatro décadas siguientes se duplicaría el porcentaje de ancianos, en la población general del mundo. En 1990 la población mundial de personas mayores de 60 años era de 500 millones (9 %); en 2030 ascenderá a 1 400 millones. Dentro de esta población se produce un aumento en la proporción de los muy ancianos o "cuarta edad", que se encuentran por encima de los 80 a 85 años, con un considerable aumento de enfermedades físicas y mentales crónicas.

Los ancianos acuden con frecuencia a los servicios de urgencia psiquiátrica, más que a otras dependencias asistenciales, como los centros comunitarios de salud mental, por lo que en un futuro habrá un aumento considerable de urgencias psiquiátricas, con diversas características diferenciales, dadas por más enfermedades físicas e incluso pluripatología médica, con elevado riesgo de etiquetar la enfermedad somática como psiquiátrica; limitaciones funcionales; polifarmacia, disminución de apoyo o red de apoyo social; historia de pérdidas y dificultades económicas.

Esta situación tiene graves implicaciones: por una parte aumenta la relación de dependencia y la carga económica sobre la población económicamente productiva y, por otra, induce a cambios en la estructura de la pirámide poblacional, fenómeno conocido como transición epidemiológica; a partir de ahí se identifican como países de personas mayores, que establecen nuevas demandas al sistema de salud, que incluye entre otros elementos, modificaciones en la enseñanza médica, para asumir el perfil de las enfermedades crónicas, degenerativas y tumorales.

Envejecer presupone enfrentarse a numerosas situaciones estresantes desde el punto de vista psicosocial; disminución del rendimiento físico y mental fisiológico; aprender a convivir con enfermedades crónicas; aceptar cambios en la sexualidad; modificar estilos de vida y pérdidas en sus roles, adaptarse a nuevas convivencias; aceptar pérdidas de familiares, amigos

contemporáneos e incluso la pareja, y finalmente afrontar y aceptar la idea del final de la propia vida.

El conocimiento acerca del envejecimiento se ha desarrollado alrededor de las enfermedades físicas, asociadas con los avances de la edad, lo que ha llevado a la creencia de que "envejecer es sinónimo de enfermedad" y, por tanto, considerar que cualquier enfermedad del anciano, en especial los trastornos mentales, es una manifestación normal del envejecimiento y no requiere tratamiento.

Las investigaciones clínicas y los estudios con neuroimágenes permiten diferenciar el envejecimiento cerebral normal de los trastornos psicopatológicos, lo que permite alcanzar un progreso notable en la determinación de los factores de riesgo y los factores etiológicos.

Separar el envejecimiento normal de los efectos de la enfermedad crea, a veces, situaciones confusas. Algunos estudiosos del tema plantean la existencia de dos tipos de envejecimiento: el primario, que se refiere a los procesos biológicos dependientes del tiempo, claramente enraizados con los determinantes genéticos; y el envejecimiento secundario, que se relaciona con las discapacidades originadas por el estrés, el trauma y la enfermedad.

La longevidad humana es el resultado de varios factores interactuantes, que incluyen la configuración genética, factores ambientales y nutricionales, así como influencias psicológicas, sociales y económicas.

El paradigma actual de la psicología señala que el desarrollo continúa a lo largo de la vida, por tal razón se plantea que el anciano es producto de su pasado y de su presente.

Uno de los mayores temores que experimentan las personas ante la senectud es el de perder sus capacidades intelectuales. La crisis de la vejez se debe a la multiplicidad de pérdidas que el individuo debe afrontar (deterioro biológico, exclusión social y deprivación económica). La vulnerabilidad psicológica a la tensión generada por los estresantes depende de la percepción y la respuesta del individuo ante estos.

Generalmente, la demanda de consulta médica no proviene del propio paciente, sino de los familiares o personas que viven con él; en ocasiones los acompañantes pueden ser los únicos que participan en la anamnesis, como ocurre cuando el paciente presenta síntomas demenciales avanzados, sin embargo, siempre que las circunstancias lo permitan, lo primero es atender al paciente y conversar con él.

Debe tenerse en cuenta la actitud que los ancianos mantienen durante la entrevista, a veces se muestran temerosos ante la idea de una hospitalización involuntaria, o con prejuicios ante una evaluación psiquiátrica cuando los síntomas que presentan son aparentemente somáticos.

Se debe obtener toda la información posible acerca de los antecedentes médicos, quirúrgicos y psiquiátricos del paciente; historia de consumo de tóxicos en el pasado y el presente, en particular alcohol, tranquilizantes/hipnóticos con o sin prescripción médica. Conocer cuál es el tratamiento farmacológico que lleva, detallando los fármacos que consume, si hay alguno de inicio reciente que coincida con el comienzo de los síntomas; quién le administra o supervisa la toma de los medicamentos; si algún fármaco es autoindicado o los consume en dosis diferentes a las indicadas por su médico de atención.

Muchos síntomas o quejas habituales son difíciles de evaluar en este grupo de edad. Las quejas somáticas (dolores y algias inespecíficas) pueden reflejar desde una enfermedad médica hasta un cuadro depresivo, en el que las cogniciones típicas y los síntomas vegetativos quedan en un segundo plano.

Las quejas mnésicas pueden indicar un deterioro cognitivo leve, el inicio de una demencia, una fluctuación transitoria del nivel de conciencia indicativa de un síndrome confusional o una seudodemencia depresiva, esta última susceptible de tratamiento y reversibilidad completa.

La exploración psicopatológica de un paciente de edad avanzada, que se atiende de manera urgente, incluye la evaluación de las funciones superiores, pero se debe tomar en cuenta que se realiza en un ambiente extraño, en una situación de crisis, de manera que la ansiedad puede interferir con los resultados y magnificarse fallos que habitualmente no se producen o no interfieren con la actividad cotidiana del paciente, dando una impresión clínica de mayor gravedad.

Respecto al empleo de *tests* u otros instrumentos de evaluación, no se recomienda su uso en una consulta de urgencia. En determinados casos la evaluación psicopatólogica se puede complementar mediante *tests* breves, como el *mini-mental state examination* (MMES) de Folstein o su versión española, miniexamen cognoscitivo (MEC).

Una vez concluida la valoración del paciente, se debe evitar la hospitalización innecesaria, esta solo se indicará cuando existan riesgo suicida, agresividad hacia otras personas o incapacidad para el autocuidado mínimo.

Depresión en el anciano

Se refiere a las manifestaciones depresivas que se presentan por primera vez después de los 60 años y en su mayoría corresponden a trastornos unipolares. Con relativa frecuencia, este cuadro demanda de la atención médica de urgencia y es responsable de más de la mitad de los ingresos en las diferentes unidades psiquiátricas de agudos y del 50 % de los ancianos deprimidos, hospitalizados por primera vez.

La depresión es frecuentemente subdiagnosticada y subtratada en ancianos, porque el cuadro depresivo puede ser enmascarado por síntomas físicos o deterioro de la memoria. La ausencia de tratamiento y el compromiso cognoscitivo generan la institucionalización innecesaria e incrementan la tasa de suicidio.

En su cuadro clínico, las depresiones geriátricas presentan una amplia gama de manifestaciones, que difieren de las formas típicas que presentan las personas jóvenes. Los síntomas más frecuentes son la ansiedad, los problemas de memoria y las quejas físicas; los síntomas somáticos están presentes en más del 60 % de los ancianos deprimidos y evolucionan como depresión enmascarada, de manera que el paciente permanece sin tratamiento por largo tiempo.

Los síntomas clásicos, como disminución de la energía, alteraciones del sueño, anorexia y pérdida de peso, también son habituales. En ocasiones el síndrome depresivo en el anciano se acompaña de elementos demenciales, alteración que favorece el desarrollo de estados demenciales posteriores.

En las depresiones tardías se observan agitación, ansiedad extrema, hipocondría y pérdida de peso. En algunos casos se presentan síntomas delirantes, que ensombrecen el pronóstico y requieren no solo terapia farmacológica con antidepresivos, sino también el uso de neurolépticos y en ocasiones la combinación con terapia electroconvulsivante.

La depresión psicótica lleva a un mayor riesgo suicida, sobre todo si se presentan alucinaciones auditivas imperativas, o si la temática delirante se centra en la idea de que "la familia estaría mejor si ellos no existieran".

El riesgo de suicidio en la población anciana con manifestaciones depresivas es muy elevado, con la característica de que son menos las probabilidades de amenazas e intentos con una mayor proporción de suicidios consumados, muchas veces caracterizados por el uso de métodos muy letales.

Todos estos elementos hacen que el pronóstico de la depresión en los ancianos sea muy reservado, por lo que algunos autores que han realizado estudios de seguimiento, encuentran que solo la tercera parte de dichos pacientes logra una recuperación relativamente adecuada, con un ligero aumento en los resultados cuando el tratamiento se brinda dentro de una perspectiva de servicios psiquiátricos orientados hacia la comunidad, con hospitalización breve.

Es importante el enfoque interdisciplinario en el tratamiento de los ancianos deprimidos, dado que los factores más frecuentemente asociados a los resultados desfavorables son el compromiso cognoscitivo, la enfermedad física concomitante y la severidad del periodo inicial.

Por un lado se evidencia la asociación entre depresión y demencia, lo cual sugiere que existen anormalidades cerebrales subyacentes en ambos síndromes. En la enfermedad de Alzheimer el área más afectada es el sistema límbico, cuyo papel consiste en integrar las funciones cerebrales, por lo cual su compromiso origina diferentes manifestaciones clínicas, que van desde el trastorno de las funciones intelectuales superiores hasta el síndrome depresivo.

En los pacientes con Alzheimer se ha podido comprobar que presentan reducción de la concentración de norepinefrina, dopamina y serotonina, así como signos importantes de atrofia cerebral; mientras que los ancianos deprimidos muestran igual disminución de los neurotransmisores y mayor dilatación ventricular.

A partir de estos elementos, algunos investigadores conciben que la depresión tardía es un trastorno heterogéneo, que incluye un amplio grupo de pacientes que desarrollarán depresión, como parte de un trastorno demencial que no será clínicamente evidente cuando se presenta esta afección, de manera que si las demencias son una condición subyacente, en un elevado grupo de pacientes con depresión tardía, estas pueden aumentar la posibilidad de recaídas o recurrencias de depresión, morbilidad médica, deterioro de la conducta o mortalidad.

Por otro lado se plantea que aproximadamente el 40 % de los pacientes con enfermedad de Parkinson desarrollan depresión. Los cambios neuropatológicos, como la extensa pérdida neuronal en el *locus ceruleus*, conducen a la disminución de los neurotransmisores noradrenérgicos y dopaminérgicos, y generan disfunción mesocortical y prefrontal, lo que altera los mecanismos placenteros, motivacionales, incentivantes y de alivio al estrés, y provoca síntomas de pérdida del valor, desamparo, desesperanza y disforia.

Las enfermedades físicas más frecuentemente asociadas a la depresión en ancianos son las siguientes:

- Enfermedades cardíacas: existe una elevada prevalencia de depresión en pacientes que han sufrido infarto del miocardio; los ancianos con infarto agudo del miocardio y depresión tienen una tasa de mortalidad más elevada, en comparación con aquellos que no tienen depresión.
- Enfermedades endocrinas: es frecuente que el hipotiroidismo en los ancianos se acompañe de manifestaciones depresivas; de igual manera en el síndrome de Cushing, que llega a alcanzar cifras hasta de 86 %.
- Enfermedades neoplásicas: existe una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el desarrollo ulterior de cáncer, no siempre asociada a una reacción psicológica.

- Deficiencias vitamínicas: una gama amplia de síntomas neuropsiquiátricos, incluyendo la depresión y la demencia, está asociada con la deficiencia de vitamina B12. Así mismo, el déficit de ácido fólico ocasiona insomnio, irritabilidad, fatiga fácil y olvidos frecuentes.

Un número significativo de pacientes no se recupera o permanece incapacitado. Las recaídas se incrementan con el paso del tiempo, por lo que es recomendable tratar de manera adecuada la primera crisis depresiva, revisar con frecuencia su estado clínico, utilizar correctamente las dosis, mantener los fármacos antidepresivos por periodos prolongados y tratar debidamente las recaídas clínicas.

Antes de prescribir los psicofármacos, es necesario tener en cuenta que en los ancianos se presentan:

- Cambios fisiológicos a nivel cerebral, cardiovascular, renal y hepático que afectan la respuesta a la enfermedad, al tratamiento y a los estresantes sociales.
- Comorbilidad con entidades médicas que pueden alterar las manifestaciones clínicas y la respuesta al tratamiento.
- Polifarmacia, con frecuencia estos pacientes reciben medicaciones para otras entidades, que pueden interactuar con los psicofármacos a prescribir.
- Mayor susceptibilidad a los efectos secundarios.
- Abuso de alcohol, que puede ser frecuentemente asociado a la depresión y a otros componentes psicosociales.

La prescripción de los psicofármacos se debe hacer de manera paulatina, teniendo en cuenta la respuesta a medicaciones anteriores y el grado de adherencia al tratamiento; iniciar con dosis bajas e ir aumentando de acuerdo con la respuesta clínica; evitar la combinación de psicofármacos; detectar precozmente los efectos indeseables y corregirlos a tiempo, ya sea disminuyendo las dosis o cambiando el fármaco.

Es necesario valorar los riesgos de no tratar la depresión, del mismo modo que los riesgos del tratamiento farmacológico aumentan con la edad, también se incrementan los riesgos de no tratarla, los que incluyen disfunción social, deterioro cognoscitivo, enfermedades físicas e incluso la muerte.

Numerosos psicofármacos presentan efectos adversos cardiovasculares, sobre todo los antidepresivos tricíclicos y los neurolépticos sedantes (tioridacina, clorpromacina y levomepromacina), que pueden causar arritmias que conduzcan a la muerte por insuficiencia cardíaca y edema agudo del pulmón. Los antecedentes de cardiopatías contraindican el uso de estos fármacos, su empleo debe ir precedido de un electrocardiograma y se

prestará especial atención al intervalo QTc. Pueden presentar hipotensión grave, lo que ocasiona síncopes con caídas accidentales nocturnas y, como resultado, fracturas.

Los efectos secundarios anticolinérgicos (sequedad de la boca, sudación, dificultad para la acomodación ocular, aumento de la presión intraocular, estreñimiento, íleo paralítico, retención urinaria, confusión y deterioro de funciones superiores) son frecuentes con los antiparkinsonianos, antidepresivos tricíclicos y neurolépticos sedantes. Pueden agravar el glaucoma, ocasionar retención urinaria aguda con prostatismo no diagnosticado o precipitar un síndrome confusional.

A pesar de estos efectos, se pueden emplear antidepresivos heterocíclicos, tomando medidas encaminadas a disminuir el riesgo de cardiotoxicidad, hipotensión ortostática, sedación y efectos anticolinérgicos. La maprotilina presenta una excelente acción ansiolítica e inductora del sueño, y por ello es útil en los ancianos que manifiestan estos síntomas. La desipramina es el mejor antidepresivo tricíclico tolerado por los ancianos. La amitriptilina y la imipramina se deben prescribir cuidadosamente: dosis inicial: 10 mg/día, e incrementar 10 mg, cada 4 días.

Los efectos anticolinérgicos sobre el sistema nervioso central son potencialmente los más peligrosos, provocan desorientación, confusión, *delirium*, convulsiones y coma; en caso de presentarse alguno de estos síntomas, se deben suspender inmediatamente.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) tienen un efecto antidepresivo, comparable con los tricíclicos, y poseen un mejor perfil de seguridad, con menos efectos colaterales, por lo que se consideran los medicamentos de primera línea en el tratamiento de las depresiones en ancianos (fluoxetina: 5 mg/día, con un incremento gradual hasta alcanzar la dosis de 20 mg/día; sertralina: 12,5 mg/día, como dosis inicial, y se incrementará lentamente hasta una dosis máxima de 150 mg/día; la fluvoxamina, la paroxetina, el citalopram y el escitalopram, también han mostrado una elevada eficacia).

Los antidepresivos duales inhiben la recaptación de noradrenalina y serotonina; tienen un perfil de seguridad semejante a los ISRS (venlafaxina: 75-150 mg/día); provocan efectos secundarios como astenia, náuseas, somnolencia, sequedad de la boca y en algunos casos hipertensión arterial.

Antidepresivos con doble acción serotoninérgica: el trazodone: 50-200 mg/día, es beneficioso en los cuadros depresivos con déficit cognoscitivo, agitación motora o agresividad; tiene acción sedante y bajo efecto anticolinérgico; el efecto colateral de mayor riesgo es la hipotensión ortostática.

Algunas benzodiacepinas pueden provocar efectos paradójicos en el anciano y causar más inquietud psicomotriz o desencadenar un episodio de agitación, sedación diurna e intoxicación crónica; empeoran los rendimientos cognitivos, se relacionan con amnesias lacunares e incluso pueden desencadenar cuadros de *delirium*. En general se pueden emplear durante periodos cortos, preferentemente las de semivida corta.

El empleo de los antipsicóticos clásicos en el anciano requiere, por lo general, de dosis menores para el control de los síntomas psicóticos. Entre sus efectos secundarios ocasionan, con frecuencia, sedación e hipotensión ortostática, lo que incrementa el riesgo de caídas; discinesias tardías, que tienden a desaparecer cuando se suprime la medicación. El síntoma extrapiramidal más frecuente es el parkinsonismo, el cual suele aparecer desde la primera semana de tratamiento (rigidez y acinesia, con más frecuencia que temblor) y el empleo de correctores anticolinérgicos empeora aún más las funciones cognitivas.

Los antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprasidona y aripiprazol) son mejor tolerados y tienen menor potencial de efectos colaterales indeseables.

En los ancianos, el litio presenta mayor riesgo de intoxicación, debido a la disminución de la ingesta de agua y el consumo de sodio en la dieta; empleo de algún fármaco que interaccione con la excreción renal (diuréticos tiacídicos) y mayor posibilidad de deshidratación tras vómitos o diarreas. La intoxicación puede presentar exclusivamente síntomas de neurotoxicidad y no gastrointestinales.

Síndrome demencial

La demencia es la pérdida de las funciones cognitivas e intelectuales, de una manera suficientemente grave como para intervenir en el funcionamiento ocupacional o social del paciente.

Se ha comprobado que las demencias en los ancianos se pueden iniciar de manera insidiosa, por lo que no es común establecer su calificación en una consulta de urgencia, aunque la presencia de factores psicológicos y de la conducta puede ser motivo de demanda de atención en unidades de esta naturaleza.

El déficit esencial es la pérdida de memoria a corto y largo plazos; el juicio y el pensamiento abstracto se deterioran con frecuencia y se evidencian otros signos de alteraciones corticales superiores y cambios notables en la personalidad.

Chinchilla, en su *Manual de urgencias psiquiátricas*, describe las características de la seudodemencia y la demencia (Tabla 14.1).

Tabla 14.1. Diagnóstico diferencial entre seudodemencia y demencia

Seudodemencia	Demencia
Comienzo más preciso	Inicio insidioso
Síntomas de corta duración	Evolución más larga
Progresión rápida	Progresión lenta
Antecedentes personales (trastornos afectivos)	Sin antecedentes psiquiátricos
Historia familiar de depresión	Sin historia familiar
Humor depresivo	Humor indiferente/irritable
Empeoramiento nocturno inusual	Empeoramiento nocturno frecuente
Fluctuaciones clínicas	Menor fluctuación
Quejas de fallos cognoscitivos detallados	Ausencia de quejas o quejas vagas
Búsqueda de ayuda	No busca ayuda
Sensación de estrés o malestar	Despreocupación
Escaso esfuerzo por completar tareas	Trata de completar tareas
Retraimiento social	Contacto social mantenido
Afectación de memoria reciente y remota	Mayor memoria reciente (ley de Ribot)
Sin apraxias ni agnosias	Posibles apraxias y agnosias
Tomografía computarizada normal	Tomografía computarizada con atrofia
Respuesta a antidepresivos y TEC	Sin respuesta

Hay que distinguirla del envejecimiento normal, del *delirium* y de la depresión. En el envejecimiento normal, la persona puede tener alguna pérdida de la función cognitiva, pero no es progresiva, ni afecta el funcionamiento ocupacional o social. Aunque es posible a cualquier edad, la demencia es, en principio, una afección propia del anciano; cuanta mayor edad se tiene, existen más riesgos de padecerla.

Entre las demencias que más comúnmente se diagnostican, se encuentran la enfermedad de Alzheimer, las vasculares, las mixtas y las frontotemporales o por cuerpos de Lewy, las cuales son totalmente irreversibles; sin embargo, se pueden presentar cuadros subagudos de deterioro cognitivo, con manifestaciones de demencias reversibles, causadas por déficit de tiamina, cianocobalamina y ácido fólico; hidrocefalia normotensa, hematoma

subdural, hipertiroidismo o hipotiroidismo, neurosífilis e infecciones del sistema nervioso central.

Los motivos de consulta, en el caso de las demencias ya diagnosticadas, son demandados no solo por los familiares, sino también por la policía o sus propios cuidadores, por presentar conductas de vagabundeo, confusión y comportamientos inadecuados; pueden presentar cuadros de *delirium*; síntomas psicóticos con predominio de manifestaciones alucinodelirantes; alteraciones de la conducta, caracterizadas por gritos, amenazas y agresividad física; cuadros depresivos, alteraciones del comportamiento sexual e insomnio.

Para su evaluación y manejo se debe realizar una exploración física adecuada, entrevistar a familiares, amigos, cuidadores, etc.; identificar todos los medicamentos que toma habitualmente y considerar si es necesaria la interrupción de alguno de estos, que pudieran estar precipitando o acentuando el proceso demencial, como los antihipertensivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, sedantes-hipnóticos (benzodiacepinas como diacepam, lorazepam, alprazolam y otros), esteroides, antiarrítmicos, anticolinérgicos y antidepresivos.

Se debe valorar el estado mental, en particular la exploración cognitiva, la presencia de elementos psicóticos o estados de depresión. Identificar y tratar los problemas médicos, y corregir las deficiencias nutricionales y metabólicas; se deben realizar exámenes complementarios que incluyan química sanguínea, estudios de la función hepática, urea y creatinina, pruebas de función tiroidea, estudio toxicológico en orina o sangre, electrocardiograma y radiografía de tórax; en los casos que sea necesario se debe realizar punción lumbar, tomografía axial computadorizada y resonancia magnética nuclear de cráneo.

Es importante evitar el ingreso hospitalario de estos pacientes, salvo que haya una urgencia médica o psiquiátrica.

La conducta terapéutica debe abordarse con dosis bajas y continuar lentamente. Los antipsicóticos convencionales (haloperidol: 0,5-5 mg/día) pueden ser utilizados en estos casos, teniendo en cuenta que dado su peor funcionamiento hepático y renal pueden presentar importantes efectos secundarios como distonías, parkinsonismo, hipotensión y efectos anticolinérgicos. Los antipsicóticos de baja potencia, como la clorpromacina, provocan poderosos efectos anticolinérgicos que pueden empeorar mucho más la función cognitiva del paciente.

Se recomienda el uso de las benzodiacepinas de acción corta para la ansiedad y el insomnio; son de preferencia las benzodiacepinas conjugadas (oxacepam: 7,5-15 mg; loracepam: 0,5-1 mg; temacepam: 7,5-15 mg; todas

por vía oral, son de vida media y se afecta su absorción por la edad o por afecciones hepáticas en menor proporción que las anteriores.

El uso de los antidepresivos, litio y anticonvulsivantes debe comenzarse con dosis bajas, aumentándolas lentamente; se recomienda su monitorización en niveles plasmáticos. Los antihistamínicos, que con frecuencia se utilizan para la ansiedad y el insomnio, son contraproducentes, ya que las acciones anticolinérgicas pueden acentuar la demencia.

Delirium. El *delirium*, también identificado como síndrome confusional agudo o síndrome confusoonírico, se caracteriza por una disfunción cerebral orgánica aguda o subaguda, inicialmente reversible, aunque puede ser irreversible, por factores somáticos, biológicos o fármacos; normalmente multicausal en los pacientes de edad avanzada.

Puede precipitarse por múltiples causas y observarse en ancianos hospitalizados con antecedentes de demencia, alcoholismo o traumatismo craneoencefálico, posterior a intervenciones quirúrgicas y después de fracturas de cadera. Es quizás la primera manifestación de un deterioro cognitivo o un síndrome demencial, aun existiendo antecedentes de un buen funcionamiento en las actividades básicas de la vida cotidiana.

Chinchilla, en su *Manual de urgencias psiquiátricas*, destaca las causas urgentes de *delirium*:

- Encefalopatía de Wernicke.
- Abstinencia de alcohol.
- Hipoxemia.
- Encefalopatía hipertensiva.
- Hipoglicemia.
- Meningitis o encefalitis.
- Hemorragia intracraneal.
- Infecciones.
- Tóxicos o medicamentos.

El *delirium* en el anciano generalmente es subagudo y se produce en forma hipoactiva, por lo que puede pasar inadvertido y no investigarse las causas médicas subyacentes, con el consiguiente aumento de la morbilidad y la mortalidad.

Exámenes complementarios básicos:

- Bioquímica sanguínea: glicemia, electrólitos, calcio, albúmina, urea, creatinina, bilirrubina, fosfatasa alcalina, magnesio y fosfato.
- Hemograma.
- Electrocardiograma.
- Radiografía de tórax.

- Gasometría arterial.
- Sedimento urinario.
- Otros exámenes complementarios según anamnesis, exploración y resultado de pruebas iniciales.
- Valores plasmáticos de fármacos, drogas o tóxicos.
- Hormona tiroestimulante.
- Radiografía de cráneo.
- Tomografía computarizada y/o resonancia magnética craneal.
- Electroencefalograma.
- Punción lumbar.
- Cultivos y antibiograma.
- Serología.

Debe iniciarse tratamiento sintomático, se pueden utilizar neurolépticos clásicos (haloperidol: 1,5-5 mg, v.o.); antipsicóticos atípicos (olanzapina: 2,5-10 mg/día; risperidona: 1-4 mg/día; quetiapina: 25-150 mg/día); ante una respuesta satisfactoria, en los siguientes días se disminuirán progresivamente las dosis, hasta suspenderla a los 5 o 10 días después de la resolución clínica.

Considerar diariamente las dosis empleadas de neurolépticos y no usar nunca benzodiacepinas solas, ya que pueden empeorar el cuadro clínico y desencadenar una agitación psicomotriz; si es necesario utilizarlas, solo será a dosis bajas como coadyuvantes para evitar la acatisia, que frecuentemente se presenta en ancianos tratados con antipsicóticos.

Por tanto, es fundamental la exploración física exhaustiva, para elaborar el diagnóstico de las enfermedades médicas desencadenantes; posteriormente instaurar el tratamiento etiológico con las medidas de sostén necesarias (aporte hidroelectrolítico y nutricional adecuado, oxígeno, glucosa intravenosa, tratamiento antihipertensivo, antibiótico y supresión de los fármacos desencadenantes).

El *delirium* en su forma hiperactiva es poco común en los ancianos, se caracteriza por presentar hiperactividad en el sistema nervioso simpático (temblor, hiperreflexia, sudación profusa, inquietud psicomotriz, taquicardia, taquipnea, hipertensión arterial). El característico *delirium tremens*, provocado por la abstinencia a la ingestión de alcohol, también se puede presentar con la supresión de fármacos ansiolíticos, cuando estos se consumen en dosis elevadas.

La prevención de este cuadro, en particular en los ancianos que demandan de los servicios de urgencia o estén hospitalizados, consiste en elaborar una historia clínica adecuada, en la anamnesis, indagar sobre el consumo de

alcohol y fármacos, evaluar la capacidad para la realización de actividades básicas de la vida cotidiana, cuyo fracaso es indicativo de algún grado de deterioro cognitivo. En estos pacientes es recomendable la vigilancia tras intervenciones quirúrgicas y en fracturas de cadera.

Chinchilla, en su *Manual de urgencias psiquiátricas*, explica los pasos a seguir en el tratamiento del *delirium tremens*:

- Hidratación oral abundante o sueroterapia.
- Dieta hipercalórica rica en hidratos de carbono (si tolera alimentos), con suplementos vitamínicos (tiamina: 300 mg/día; ácido fólico: 10 mg/día y magnesio: 200-300 mg/día).
- Benzodiacepinas:
  - Diacepam: 5-10 mg cada 2 h, v.o., hasta sedación (máximo 60 mg/día).
  - Diacepam: 5-10 mg diluidos en 100 mL (i.v.), perfundidos en 15 min cada 2-4 h, hasta sedación (máximo 60 mg/día).
  - Clorazepato: 50 mg cada 2 h, v.o., hasta sedación (máximo 300 mg/día).
  - Clorazepato: 50 mg diluidos en 100 mL (i.v.), perfundidos en 15 min cada 2-4 h, hasta sedación (máximo 300 mg/día).
- Clometiazol: 24-60 mg (60-150 gotas/min) i.v., hasta lograr sedación superficial y mantener dosis de 4-6 mg (10-20 gotas/min).
- Tiaprida: 600-1 200 mg/día parenteral.

Se debe evitar la sujeción mecánica. Cuando la inquietud o agitación del paciente sea extrema, se valorará con los familiares su uso, de modo temporal, retirándola tan pronto se resuelva el cuadro agudo, facilitando una movilización física precoz.

La gravedad de estos síntomas (confusión, alucinaciones visuales, microzoopsias, agitación psicomotriz y convulsiones) hace que el paciente requiera valoración médica urgente por el gran riesgo que presenta de deshidratación o alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base que constituye una emergencia vital.

Se iniciará el tratamiento inmediato con fluidoterapia, tiamina y glucosa intravenosa, magnesio, fosfato y vitaminas del grupo B, además del tratamiento sustitutivo.

Psicosis

Los cuadros psicóticos que se presentan en la vejez son una característica importante en las demencias, el *delirium*, la esquizofrenia, los trastornos paranoides, la depresión mayor y el trastorno bipolar. Se pueden presentar en pacientes con cuadros de evolución crónica, como es el caso de la esquizofrenia y los trastornos paranoides; trastornos que se presentan en la senescencia y algunos que son secundarios a enfermedades orgánicas.

En ancianos esquizofrénicos, la reactivación de síntomas psicóticos puede presentar un periodo prodrómico prolongado, que se caracteriza por insomnio, ansiedad, irritabilidad, suspicacia y retraimiento social; los actos de violencia son menos intensos que en los pacientes jóvenes. Habitualmente la esquizofrenia se acompaña de deterioro cognoscitivo, semejante al que se observa en pacientes con daño neurológico difuso y al del envejecimiento normal.

Los trastornos delirantes se inician generalmente en la edad media de la vida o en la vejez; se caracterizan por una ideación delirante que implica situaciones reales de la vida: ser vigilado, perseguido, con posibilidad de envenenamiento; amado a distancia, engañado por el cónyuge o amante. Estos pacientes pueden tener un funcionamiento normal en la vida, en áreas que no tengan relación con la temática delirante.

Con frecuencia, la ideación delirante lo lleva a situaciones conflictivas, donde pueden manejarse estados de agresividad física hacia el cónyuge y otras personas de su entorno; no hay conciencia de enfermedad, por lo que el paciente no intenta buscar ayuda y ve con sospecha cualquier insinuación al respecto.

Según el DSM-IV, la parafrenia se incluye entre los trastornos delirantes. Esta enfermedad fue descrita por los franceses como un delirio fantástico crónico; se le denominó psicosis imaginativa o delirios de imaginación; se caracteriza por el carácter fantástico de los temas delirantes, la riqueza imaginativa del delirio (las ideas delirantes), la yuxtaposición de un mundo fantástico al mundo real, al cual el sujeto continúa adaptándose adecuadamente y hay ausencia de sistematización de las ideas delirantes.

La parafrenia se presenta tardíamente, por lo general después de los 40 años (con mayor frecuencia en las mujeres); su evolución es insidiosa y lenta, hasta concluir en un estado delirante crónico e irreversible.

En el *delirium* y las demencias moderadas se pueden presentar algunos síntomas psicóticos, que se caracterizan por ideas delirantes de perjuicio ante los fallos de memoria reciente, sobre todo por pérdida de objetos colocados en lugares erróneos. También se observan trastornos psicóticos, secundarios a otras enfermedades o al empleo de fármacos, como los antiparkinsonianos.

La solicitud de atención médica generalmente es familiar, muchas veces por alteraciones relevantes de la conducta, con tendencia a la agresividad. El paciente puede requerir de ingreso para su estudio, si el cuadro es de instalación reciente o cuando se hace muy difícil el control por parte de los familiares.

La alucinosis se presenta como alteraciones sensoperceptuales, que en el momento de producirse son criticadas por el propio paciente, algo

muy diferente a lo que ocurre con las alucinaciones, que carecen de toda condición crítica. Las alteraciones perceptivas son habitualmente auditivas o visuales, evolucionan con claridad de conciencia y se asocian al alcoholismo crónico; en las limitaciones sensoriales, como es el síndrome de Charles Bonnet en pacientes con afecciones visuales; también en las lesiones diencefálicas por tumoraciones o lesiones vasculares; en las epilepsias o como efecto secundario del consumo de fármacos, como el zolpidem, que puede ocasionar alucinaciones visuales complejas.

La crisis de manía en ancianos es frecuente y se puede confundir fácilmente con el *delirium* o la demencia. Los síndromes maniformes en ancianos sin enfermedad afectiva previa son indicativos de organicidad, por lo general las manías secundarias a causas médicas, ya sea por enfermedad o por el consumo de determinados fármacos.

El empleo de psicofármacos en estos pacientes debe regirse por los mismos principios que en otras afecciones, se recomiendan los antipsicóticos atípicos y, de ser necesario, la terapia electroconvulsivante, que en muchos casos es el tratamiento de elección para los que no toleran los psicofármacos, no responden a estos o requieren de un control rápido por las alteraciones graves que pueden presentar en su conducta.

El tratamiento con litio en ancianos con enfermedad bipolar requiere entre la mitad y los dos tercios de la dosis habitual para los adultos jóvenes (litemia: 0,3-0,6 mEq/L); se debe tener en cuenta que, incluso con concentraciones terapéuticas, hay mayor tendencia a provocar temblor y mioclonos, empeoramiento del deterioro cognitivo hasta el *delirium*; con mayor predisposición en los pacientes con enfermedad de Parkinson o con tratamiento neuroléptico. La carbamacepina tiende a provocar una marcada sedación, confusión y ataxia, por lo que se debe administrar con extrema precaución.

Ansiedad

La ansiedad es un estado de temor que se acompaña de signos somáticos indicativos de una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo; puede constituir un síntoma inespecífico que corresponde, con frecuencia, a una emoción normal o alcanzar un rango patológico desproporcionado a la amenaza real, por lo que es desadaptativa.

Es frecuente observar ancianos con reacciones vivenciales en forma de crisis ansiosas agudas y estados regresivos ante causas supuestamente banales. En ocasiones, tras algún evento que actúa como desencadenante, se acompaña de conductas regresivas groseras, estupor negativista con oposición activa, mutismo, rechazo a la ingestión de alimentos e incluso

regresión a etapas infantiles, y se coloca en posición fetal con descontrol de esfínteres.

Durante la evaluación se puede apreciar una ganancia clara; estas manifestaciones pueden ceder durante la entrevista mediante el diálogo con el médico; de persistir, se debe valorar la existencia de un trastorno psiquiátrico previo, generalmente depresivo, o una demencia en sus fases iniciales.

La ansiedad crónica también se manifiesta frecuentemente con síntomas somáticos, entre los que aparecen como primera queja las palpitaciones, sudación, disnea y otros síntomas que obligan a descartar la presencia de enfermedad física.

Los signos pueden ser preferentemente físicos (temblores, escalofríos, tensión muscular, dolor de cabeza, disnea, hiperventilación, hiperactividad neurovegetativa, taquicardia, palpitaciones, boca seca, diarreas, tenesmo vesical y parestesias) o psicológicos (sentimientos de terror, dificultad para concentrarse, hipervigilancia e insomnio).

Son frecuentes las manifestaciones de agorafobias, que casi siempre se desarrollan a partir de una enfermedad somática aguda y grave como el infarto del miocardio o un ataque de ictus cerebral; luego de una caída accidental o algún otro incidente que haya puesto en riesgo su integridad física.

También se puede presentar con manifestaciones obsesivo-compulsivas: las obsesiones se perciben como ideas, pensamientos o impulsos recurrentes intrusivos y egodistónicos, y las compulsiones en forma de conductas repetitivas, destinadas a neutralizar la ansiedad, lo que entorpece el funcionamiento normal existente.

Para valorar la conducta terapéutica es necesario descartar la presencia de otros trastornos orgánicos, como arritmias cardíacas e hipertiroidismo; si consume medicamentos que provocan ansiedad; si ingiere bebidas con cafeína o padece de otros trastornos psiquiátricos en los que la ansiedad es un síntoma más, como ocurre en las psicosis, la depresión mayor, las toxicomanías y los trastornos de personalidad.

Las benzodiacepinas son los fármacos de elección, aunque antes de su prescripción se deben evaluar cuidadosamente los síntomas asociados, ya que poseen un potencial adictivo elevado; las de vida media corta son efectivas para el alivio de los síntomas de breve duración (alprazolam: 0,5-6 mg/día; estazolam: 1-2 mg/día y lorazepam: 1-2 mg/día).

Si se trata de un paciente toxicómano, no se deben utilizar; en casos de crisis de angustia o estrés postraumático se deben valorar los antidepresivos como mejor opción. Son eficaces en el tratamiento a largo plazo, combinadas con psicoterapia; se recomiendan las de vida media larga

(clordiazepóxido: 10-60 mg/día; clonazepam: 0,5-10 mg/día; clorazepato: 7,5-60 mg/día y estazolam: 1-2 mg/día).

En los servicios de urgencia se utilizarán con reserva, dado que el paciente no es del todo conocido, y se evitará su indicación en caso de que exista sospecha de simulación o conducta adictiva.

Insomnio

El insomnio es la dificultad para conciliar el sueño o para mantenerlo, o bien la insuficiencia del sueño; es un síntoma muy común en los ancianos y constituye un motivo habitual de queja. Esta manifestación puede ser secundaria a los cambios normales de la edad en la arquitectura del sueño; puede tratarse de un síntoma dentro de un trastorno psiquiátrico, como depresión, manía, ansiedad, psicosis y abuso de sustancia, o bien constituir un síntoma por enfermedad médica. En la valoración inicial se describirán su evolución y gravedad, así como su relación con los factores asociados.

Hay que diferenciar el insomnio relacionado con enfermedades respiratorias, la apnea de sueño, despertares nocturnos, obesidad, estados de irritabilidad, mioclonos nocturnos (síndrome de piernas inquietas) e insomnio secundario a síntomas somáticos, como la tos, las algias musculares, etcétera.

Se determinará si existe una historia de consumo de sustancias, como alcohol, cafeína y otros estimulantes; drogas de abuso y otros medicamentos, como los broncodilatadores, que pueden ocasionar insomnio.

Para lograr una evaluación correcta, es imprescindible una valoración psiquiátrica que precise la presencia de manifestaciones psiquiátricas descompensadas, para lo cual se requerirá de tratamiento sintomático en relación con la enfermedad existente; si se corresponde con una exacerbación aguda de la esquizofrenia o de la manía, se emplearán antipsicóticos.

De acuerdo con Chinchilla, en su *Manual de urgencias psiquiátricas* se describen las siguientes pautas de higiene de sueño:

- Iniciar el sueño a la misma hora todos los días, evitando acostarse extremadamente temprano.
- No dormir la siesta, recomendar solo 20-30 min como máximo y no en la cama.
- Si no duerme durante la noche, evitar la siesta y el cambio del ritmo sueño-vigilia.
- Usar el dormitorio para dormir en la noche, no pasar horas diurnas encamado.
- Mantener el dormitorio a temperatura adecuada y sin ruidos.
- Evitar el consumo de alcohol y de cafeína.

- Cena moderada: 2-3 h antes de dormir.
- Realizar ejercicio físico suave, pero no a última hora de la tarde.
- Ingerir pocos líquidos antes de dormir, si presenta nicturia.
- En el momento de insomnio levantarse, realizar alguna actividad discreta (no estimulante) hasta que reaparezca el sueño.

Si finalmente se decide iniciar el tratamiento farmacológico, en caso de insomnio es de poca duración (menos de 3 semanas); es apropiado el uso de algún hipnótico. Si se trata de un estado crónico, estos fármacos se deben evitar, al igual que los antihistamínicos que pueden provocar sedación diurna y confusión; se pueden emplear antidepresivos (amitriptilina: 25-50 mg y trazodona: 50 mg); las benzodiacepinas son los hipnóticos de elección, ya que poseen un amplio índice terapéutico y un potencial más bajo de dependencia que los barbitúricos.

Antes de iniciar cualquier terapéutica medicamentosa se recomienda establecer pautas adecuadas de higiene de sueño.

Para el insomnio inicial sin ansiedad diurna, se recomiendan las benzodiacepinas de acción corta: triazolam (Halción): 0,125 mg; temacapán: 15 mg y estazolam: 1 mg, v.o.). El insomnio de la media noche o el despertar precoz requiere benzodiacepinas de acción prolongada (diacepam: 5 mg; loracepam: 0,5-1 mg; oxazepam: 10-15 mg; zolpidem: 5-10 mg y zopiclona: 3,75-7,5 mg). También se pueden emplear neurolépticos sedantes, en dosis bajas (tioridazina: 15-75 mg).

Resumen

En las últimas décadas, la sociedad se está enfrentando a un aumento considerable de la población de ancianos en el mundo.

En 1984 la OPS pronosticó que en las siguientes cuatro décadas se duplicaría el porcentaje de ancianos, en la población general del mundo. Dentro de esta población se produce un aumento en la proporción de los "muy viejos" o "cuarta edad", ancianos por encima de 80 a 85 años, con un considerable aumento de enfermedades físicas y mentales crónicas.

Los ancianos acuden con frecuencia a los servicios de urgencia psiquiátrica, más que a otras dependencias asistenciales. En un futuro habrá un aumento considerable de urgencias psiquiátricas, dado por más enfermedades físicas e incluso pluripatología médica, limitaciones funcionales, polifarmacia, disminución de apoyo o red de apoyo social, historia de pérdidas y dificultades económicas.

Esta situación tiene graves implicaciones, por una parte porque aumenta la relación de dependencia y la carga sobre la población económicamente productiva, y por otra parte induce a cambios en la estructura de la pirámide poblacional; se establecen nuevas demandas al sistema de salud, que incluyen, entre otros elementos, modificaciones en la enseñanza médica, para asumir el perfil de las enfermedades crónicas, degenerativas y tumorales.

Las investigaciones clínicas y los estudios con neuroimágenes permiten diferenciar el envejecimiento cerebral normal de los trastornos psicopatológicos; plantean la existencia de dos tipos de envejecimiento: el primario, que se refiere a los procesos biológicos dependientes del tiempo, y el secundario, que se relaciona con las discapacidades originadas por el estrés, el trauma y la enfermedad.

La crisis de la vejez se debe a la multiplicidad de pérdidas que el individuo debe afrontar (deterioro biológico, exclusión social y deprivación económica).

Generalmente, la demanda de consulta médica no proviene del propio paciente, sino de los familiares o personas que conviven con él.

Es muy importante obtener toda la información posible acerca de los antecedentes médicos, quirúrgicos y psiquiátricos del paciente; historia de consumo de tóxicos en el pasado y el presente; y conocer cuál es el tratamiento farmacológico que lleva.

Las quejas somáticas (dolores y algias inespecíficas) pueden reflejar desde una enfermedad médica hasta un cuadro clínico depresivo, en el que las cogniciones típicas y los síntomas vegetativos quedan en un segundo plano.

Las quejas mnésicas pueden indicar un deterioro cognitivo leve, el inicio de una demencia, una fluctuación transitoria del nivel de conciencia, indicativa de un síndrome confusional o una seudodemencia depresiva.

La exploración psicopatológica de un paciente de edad avanzada, atendido en urgencia, incluye una evaluación de las funciones superiores; la ansiedad puede interferir con los resultados y magnificarse fallos que habitualmente no se producen.

Respecto a la aplicación de pruebas u otros instrumentos de evaluación, estos no se recomiendan en una consulta urgente. La evaluación psicopatológica se puede complementar mediante pruebas breves, como el *mini-mental state examination* (MMES), de Folstein. Se debe evitar la hospitalización innecesaria.

Depresión en el anciano: se refiere a los cuadros depresivos que se manifiestan por primera vez después de los 60 años y corresponden, en su mayoría, a trastornos unipolares. Es la causa de más de la mitad de los ingresos en las diferentes unidades psiquiátricas de agudos.

La ausencia de tratamiento y el compromiso cognoscitivo generan una institucionalización innecesaria e incrementan la tasa de suicidio. Las depresiones geriátricas presentan una amplia gama de manifestaciones. Los síntomas más frecuentes son la ansiedad, los problemas de memoria y las quejas físicas.

Los síntomas clásicos, como disminución de la energía, alteraciones del sueño, anorexia y pérdida de peso, son frecuentes.

En las depresiones tardías se observan agitación, ansiedad extrema, hipocondría y pérdida de peso. Los síntomas delirantes, que ensombrecen el pronóstico y van a requerir no solo terapia farmacológica con antidepresivos, sino también el empleo de neurolépticos y en ocasiones la combinación con terapia electroconvulsivante (TEC).

La depresión psicótica presenta un mayor riesgo suicida. El riesgo de suicidio en la población anciana, con manifestaciones depresivas, es muy elevado. El pronóstico de la depresión en los ancianos es muy reservado, solo la tercera parte logra una recuperación relativamente adecuada.

Se evidencia la asociación entre depresión y demencia, lo cual sugiere que existen anormalidades cerebrales subyacentes en ambos síndromes. En la enfermedad de Alzheimer el área más afectada es el sistema límbico.

Los pacientes presentan reducción de la concentración de norepinefrina, dopamina y serotonina, así como signos importantes de atrofia cerebral; los ancianos deprimidos muestran igual disminución de los neurotransmisores y mayor dilatación ventricular.

La depresión tardía es un trastorno heterogéneo que incluye un grupo amplio de pacientes que desarrollarán depresión como parte de un trastorno demencial que no será clínicamente evidente cuando la depresión aparece; el 40 % de los que presentan enfermedad de Parkinson desarrollan depresión.

Entre las enfermedades físicas que se asocian con mayor frecuencia a la depresión en ancianos se encuentran:

- Enfermedades cardíacas: existe una elevada prevalencia de depresión en pacientes que han tenido infarto del miocardio.
- Enfermedades endocrinas: es frecuente que las manifestaciones de hipotiroidismo en los ancianos se acompañen de manifestaciones depresivas.
- Enfermedades neoplásicas: existe una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el desarrollo ulterior de cáncer.
- Deficiencias vitamínicas.

Una gama amplia de síntomas neuropsiquiátricos, entre los que se incluyen la depresión y la demencia, está asociada a la deficiencia de vitamina B12; es recomendable tratar de manera adecuada la primera crisis depresiva,

revisar con frecuencia su estado clínico, administrar correctamente las dosis, mantener los fármacos antidepresivos por periodos prolongados y tratar debidamente las recaídas clínicas.

La prescripción de psicofármacos se debe hacer de manera paulatina, iniciar con dosis bajas e ir aumentando de acuerdo con la respuesta clínica; detectar de manera precoz los efectos indeseables y corregirlos tempranamente.

Numerosos psicofármacos presentan efectos adversos cardiovasculares, sobre todo los antidepresivos tricíclicos y los neurolépticos sedantes. Los antecedentes de cardiopatías contraindican el empleo de estos fármacos, debido a que se pueden presentar cuadros graves de hipotensión.

Los efectos secundarios anticolinérgicos son frecuentes en los antiparkinsonianos, antidepresivos tricíclicos y neurolépticos sedantes.

A pesar de estos efectos, se pueden emplear antidepresivos heterocíclicos, tomando medidas encaminadas a disminuir el riesgo de cardiotoxicidad, hipotensión ortostática, sedación y efectos anticolinérgicos. La maprotilina posee una excelente acción ansiolítica e inductora del sueño. La desipramina es el mejor antidepresivo tricíclico tolerado por los ancianos. La amitriptilina y la imipramina se deben prescribir cuidadosamente.

Los efectos anticolinérgicos provocan desorientación, confusión, *delirium*, convulsiones y coma; poseen un mejor perfil de seguridad, con menos efectos colaterales, por lo que se consideran los medicamentos de primera línea en el tratamiento de las depresiones geriátricas.

Los antidepresivos duales inhiben la recaptación de noradrenalina y serotonina; tienen un perfil de seguridad semejante a los ISRS.

Los antidepresivos con doble acción serotoninérgica resultan beneficiosos en los estados depresivos con déficit cognoscitivo, agitación motora o agresividad.

Algunas benzodiacepinas pueden provocar efectos paradójicos y causar más inquietud psicomotriz o desencadenar una crisis de agitación, sedación diurna e intoxicación crónica.

El uso de los antipsicóticos clásicos en el anciano generalmente requiere de dosis menores para el control de los síntomas psicóticos; entre los efectos secundarios se reportan sedación e hipotensión ortostática, así como discinesias tardías. El síntoma extrapiramidal más frecuente es el parkinsonismo (rigidez y acinesia, con más frecuencia que temblor).

Los antipsicóticos atípicos son mejor tolerados y tienen menor potencial de efectos colaterales indeseables. El uso del litio presenta en los ancianos mayor riesgo de intoxicación.

La demencia es la pérdida de las funciones cognitivas e intelectuales, de forma lo suficientemente grave como para intervenir en el funcionamiento ocupacional o social del paciente. El déficit esencial es la pérdida de memoria a corto y largo plazos. El diagnóstico de las demencias más habituales son el Alzheimer, vasculares, mixtas, frontotemporales o por cuerpos de Lewy, las cuales son totalmente irreversibles.

Los motivos de consulta, en el caso de las demencias ya diagnosticadas, son por conductas de vagabundeo, confusión y comportamientos inadecuados; cuadros de *delirium*; síntomas psicóticos con predominio de manifestaciones alucinodelirantes; alteraciones de la conducta. Para su evaluación y manejo se debe realizar una exploración física adecuada, entrevistar a fuentes colaterales e identificar todos los medicamentos que toma habitualmente.

Se debe valorar el estado mental, en particular la exploración cognitiva, la presencia de elementos psicóticos o estados de depresión. Identificar y tratar los problemas médicos y corregir las deficiencias nutricionales y metabólicas; realizar exámenes complementarios que incluyan química sanguínea, estudios de la función hepática, urea y creatinina, pruebas de función tiroidea, estudio toxicológico en orina o en sangre, electrocardiograma y radiografía de tórax.

Es importante evitar el ingreso hospitalario, salvo que haya una urgencia médica o psiquiátrica.

El tratamiento se aplicará con dosis bajas. Los antipsicóticos convencionales pueden ser utilizados en estos casos.

Se recomiendan las benzodiacepinas de acción corta para la ansiedad y el insomnio.

Los antidepresivos, el litio y los anticonvulsivantes se deben iniciar con dosis bajas y con posterioridad, aumentarlos lentamente.

El *delirium*, también identificado como síndrome confusional agudo o síndrome confusoonírico, se caracteriza por una disfunción cerebral orgánica aguda o subaguda, inicialmente reversible.

Se puede precipitar por múltiples causas: ancianos hospitalizados, con antecedentes de demencia; alcoholismo o traumatismo craneoencefálico, posterior a intervenciones quirúrgicas y luego de haber sufrido fracturas de cadera. Por lo general, el *delirium* en el anciano es subagudo y se produce en forma hipoactiva; la forma hiperactiva es poco común, se caracteriza por presentar hiperactividad en el sistema nervioso simpático. El característico *delirium tremens*, provocado por la abstinencia a la ingestión de alcohol, también se puede presentar por la supresión de fármacos ansiolíticos.

Se debe evitar la sujeción mecánica. Cuando la inquietud o la agitación del paciente sean extremas, se valorará con los familiares su aplicación, de modo temporal.

La gravedad de este cuadro hace que requiera valoración médica urgente por el gran riesgo que presenta de deshidratación o alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base que constituye una emergencia vital.

Los cuadros psicóticos que se presentan en la vejez, son una característica importante en las demencias, el *delirium*, la esquizofrenia, los trastornos paranoides, la depresión mayor y el trastorno bipolar. En ancianos esquizofrénicos la reactivación psicótica puede presentar un periodo prodrómico prolongado.

Los trastornos delirantes se inician generalmente en la edad media de la vida o en la vejez; pueden tener un funcionamiento normal en la vida, en áreas que no tengan relación con la temática delirante.

La parafrenia se incluye entre los trastornos delirantes; se caracteriza por el carácter fantástico de los temas delirantes, la riqueza imaginativa del delirio, la yuxtaposición de un mundo fantástico al mundo real.

En el *delirium* y las demencias moderadas se pueden presentar algunos síntomas psicóticos.

La alucinosis se presenta como alteraciones sensoperceptuales, son habitualmente auditivas o visuales, evolucionan con claridad de conciencia y se asocian al alcoholismo crónico.

La manía en ancianos es frecuente y se puede confundir fácilmente con los cuadros de *delirium* o demencia; en ancianos sin enfermedad afectiva previa son indicativos de organicidad, secundarios a causas médicas, ya sea por enfermedad o por el uso de determinados fármacos. Se recomiendan los antipsicóticos atípicos y, de ser necesario, la terapia electroconvulsivante.

El tratamiento con litio en ancianos con enfermedad bipolar requiere entre la mitad y los dos tercios de la dosis habitual para los adultos jóvenes; tiene mayor tendencia a provocar temblor y mioclonos, empeoramiento del deterioro cognitivo hasta el *delirium*. La carbamacepina tiende a provocar marcada sedación, confusión y ataxia.

La ansiedad es un estado de temor que se acompaña de signos somáticos indicativos de una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo.

Es frecuente observar ancianos con reacciones vivenciales en forma de cuadros ansiosos agudos y estados regresivos; se acompaña de conductas regresivas groseras, estupor negativista con oposición activa, mutismo, rechazo a la ingestión de alimentos e incluso gatismo, con descontrol de esfínteres. La ansiedad crónica también se manifiesta con síntomas somáticos. Los signos pueden ser preferentemente físicos o psicológicos.

También se puede presentar con manifestaciones obsesivo-compulsivas; respecto a la conducta terapéutica, es necesario descartar la presencia de otros trastornos orgánicos, como arritmias cardíacas, hipertiroidismo. Las benzodiacepinas son los fármacos de elección.

El insomnio es la dificultad para conciliar el sueño o para mantenerlo; es un síntoma muy común en ancianos, puede ser secundario a los cambios normales de la edad en la arquitectura del sueño.

Hay que diferenciar la apnea de sueño, despertares nocturnos, obesidad, estados de irritabilidad, mioclonos nocturnos (síndrome de piernas inquietas), insomnio secundario a síntomas somáticos; determinar si existe una historia de consumo de sustancias, como alcohol, cafeína y otros estimulantes y medicamentos como los broncodilatadores que pueden ocasionar insomnio.

En caso de insomnio de poca duración (menos de 3 semanas) es apropiado el uso de algún hipnótico; si se trata de un estado crónico, estos fármacos deben ser evitados, se pueden emplear antidepresivos; las benzodiacepinas son los hipnóticos de elección, ya que poseen un amplio índice terapéutico.

Antes de iniciar cualquier terapéutica medicamentosa se recomienda establecer pautas adecuadas de higiene de sueño.

Para el insomnio inicial sin ansiedad diurna, se recomiendan las benzodiacepinas de acción corta. El insomnio de la media noche o el despertar precoz requiere benzodiacepinas de acción prolongada. También se pueden emplear neurolépticos sedantes en dosis bajas.

DEMENCIAS

Debido al envejecimiento progresivo de la población, los trastornos demenciales tienen una importancia de primer orden, desde las diferentes perspectivas: epidemiológica, preventiva, clínica, diagnóstica, terapéutica y de investigación.

La demencia se define como la pérdida de las funciones cognitivas e intelectuales, de manera suficientemente grave como para intervenir en el funcionamiento ocupacional o social del paciente.

El déficit esencial es la pérdida de memoria a corto y largo plazos; se afectan el juicio y el pensamiento abstracto, y a menudo se presentan otros signos de alteraciones corticales superiores y cambios notables en la personalidad. El diagnóstico precoz es muy difícil y en la mayoría de los casos la causa se desconoce; la evolución y la intensidad pueden ser variables.

Las opiniones de muchos estudiosos del tema demuestran que el síndrome demencial se convertirá progresivamente en una epidemia, si se aceptan las cifras de prevalencia actual, donde la enfermedad de Alzheimer alcanza el 50 % de la totalidad de las demencias, y del resto, solo el 20 % serán tratables. No obstante, la realidad indica que estos tratamientos serán solo paliativos, por la complejidad etiopatogénica del proceso.

Existen diversos criterios de clasificación, relacionados con la etiología, edad de presentación o región cerebral afectada. En la actualidad la denominación de precoces o tardías sustituye los conceptos de preseniles o seniles, estas dos formas, ahora denominadas tipo Alzheimer, constituyen más de la mitad de los casos de demencia en la población general.

La categoría de corticales o subcorticales hace referencia a las regiones cerebrales comprometidas, ambos tipos se pueden manifestar con signos y síntomas comunes, dadas las múltiples conexiones corticosubcorticales existentes. No obstante, se considera que la demencia subcortical provoca un deterioro motor mayor, que compromete tanto las extremidades como la mímica facial, y mayor lentificación de los procesos mentales superiores, pudiendo aparentar mayor grado de demencia de la que existe en realidad.

La demencia cortical presenta menos compromiso motor, pero mayor afectación de las funciones neuropsicológicas específicas, como lenguaje, percepción, procesos intelectuales, cálculo, praxias, etc., de forma tal que el enfermo aparenta menos deterioro del que realmente tiene.

Los tipos principales de demencias corticales son las frontotemporales, la enfermedad de Alzheimer, la de Pick, la multiinfarto, la de Creutzfeldt--Jacob y la atrofia cortical posterior. Entre las subcorticales se encuentran la demencia talámica, la enfermedad de Huntington, la de Wilson y la de Parkinson.

La aplicación del término demencia tratable o no tratable es imprecisa, ya que ambas son susceptibles de terapéuticas encaminadas a mejorar la calidad de vida del paciente.

Ante cualquier duda diagnóstica se deben explorar signos como pérdida progresiva de memoria, juicio, pensamiento abstracto y lenguaje, alteraciones psicopatológicas y conductuales. Los pacientes presentan un debilitamiento global, con alteraciones cognitivo-intelectual, afectiva, conductual y somática. Mantienen un aspecto descuidado, en ocasiones conservan algún grado de conciencia e intentan ocultar el estado de deterioro, además, pueden estar lábiles emocionalmente o irritables.

En la semiología de las demencias, los trastornos psicopatológicos son los que causan mayores complicaciones, sobre todo las alteraciones conductuales, delirios, alucinaciones, agitación e irritabilidad, distimias depresivas y trastornos del sueño, por lo que requerirán de tratamiento psicofarmacológico.

Enfermedad de Alzheimer

Esta enfermedad fue descrita por Alois Alzheimer en 1907, en un caso de demencia de inicio precoz; en 1930 se describió por vez primera una forma familiar de dicha enfermedad, actualmente se considera que el 5 % de los que la padecen, corresponde a casos familiares, con trasmisión autosómica dominante.

Suele durar entre 10 y 15 años, aunque se desconoce su periodo preclínico; en el 95 % de los casos su inicio es tardío y en el 25 % coexiste con infartos cerebrales, diabetes mellitus y fibrilación auricular, que a su vez actúan como factores de riesgo.

El examen clínico neurológico no muestra signos de focalización, debido a que las actividades motoras, sensitivas y sensoriales son normales en las fases iniciales de la enfermedad y solo se comprometen en los periodos más avanzados.

Se plantea la existencia de diversos factores de riesgo:

- Historia familiar de demencias (en familiares de primer grado).
- Antecedentes de síndrome de Down.
- Edad materna mayor de 40 años.

- Enfermedad de Parkinson.
- Traumatismo cerebral.
- Hipotiroidismo (preferentemente en mujeres).
- Cefaleas frecuentes.
- Historia de depresión en edades tardías.
- Infarto de miocardio.
- Tabaquismo y alcoholismo.
- Contacto con tóxicos como plomo, aluminio y disolventes.

La perseveración de las acciones motrices, verbales o gráficas es un signo frecuente en esta demencia; el deterioro neuropsicológico no se produce al azar, sino que mantiene un patrón relativamente inverso al orden de adquisiciones, o sea, las últimas funciones perdidas en el cuadro demencial corresponden a las primeras adquisiciones, como los reflejos primarios de la supervivencia, deglución, ritmo respiratorio, control de esfínteres, etc., y las crisis convulsivas se pueden presentar en el 25 % de los casos.

En los primeros estadios se evidencian el olvido de palabras y de eventos recientes; alteración de las funciones práxicas constructivas y gráficas, y algunas manifestaciones de ansiedad asociada a depresión e insomnio. En una fase más avanzada, hipertonía en miembros inferiores, que disminuye la plasticidad de la marcha, con desorientación espacial y alteraciones de la memoria, que comienzan a afectar etapas más remotas; deterioro marcado del léxico, que llega a provocar una desintegración de las estructuras en la sintaxis del lenguaje; progresivamente se presenta un estado de indiferencia y desaparecen la ansiedad y la depresión inicial.

En la fase final de la enfermedad la hipertonía muscular se generaliza y aparecen reflejos patológicos de liberación cortical e incluso se pueden presentar signos de rueda dentada.

El diagnóstico se basa en la clínica. Es posible que los únicos hallazgos positivos se encuentren solo en la evaluación neuropsicológica, con examen neurológico y estudios paraclínicos y radiográficos normales, sin que exista una correlación directa entre el grado de atrofia cortical y el nivel de deterioro de las funciones mentales superiores.

Demencia vascular multiinfarto

Es la segunda cusa del síndrome demencial o de deterioro cognoscitivo; por lo general, los pacientes tienen una historia de hipertensión arterial crónica mal controlada y antecedentes de accidentes cerebrovasculares.

El déficit cognoscitivo se relaciona con la intensidad y el número de fenómenos isquémicos cerebrales; se acompaña de algunos signos

neurológicos como hemiparesias y afasias, que traducen el compromiso de un área cerebral determinada; por tanto, el diagnóstico se establece a partir de la historia clínica y los antecedentes de hipertensión arterial, diabetes y accidentes cerebrovasculares.

Los estudios de imágenes cerebrales, como TAC, resonancia magnética y SPECT cerebral facilitan el diagnóstico.

Demencia por alcoholismo

En los periodos avanzados del alcoholismo crónico se pueden presentar síntomas demenciales y confusionales que asemejan la enfermedad de Alzheimer. El diagnóstico se establece de acuerdo con la evolución del cuadro clínico, la presencia de neuropatía por déficit de tiamina y la regresión de los síntomas cognoscitivos cuando se suspende el consumo de alcohol.

Demencia y enfermedad de Parkinson

Los síntomas motores de la enfermedad: temblor, rigidez, bradiquinesia, pérdida de la destreza motora, deterioro de la escritura manual, anormalidades de la marcha y la postura, se presentan tempranamente y anteceden al compromiso cognoscitivo y al déficit de memoria. Los pacientes con enfermedad de Parkinson generalmente muestran signos específicos como el fenómeno de la rueda dentada, amimia y temblor distal.

Demencia por cuerpos de Lewy

El cuadro clínico se caracteriza por un deterioro cognoscitivo, progresivo y fluctuante, con alucinaciones visuales tempranas y manifestaciones motoras que simulan el parkinsonismo. El temblor, la rigidez y la inestabilidad postural se pueden presentar en algunos pacientes, previo a los síntomas cognoscitivos, mientras que en otros se manifiestan tardíamente. Algunos investigadores consideran que esta es una variante clínica de la enfermedad de Alzheimer.

Cuando los pacientes llegan al servicio de urgencia, es necesario realizarles una evaluación detallada, en la que se precisará cuál es la sintomatología predominante; un adecuado examen físico y los exámenes complementarios requeridos. Por lo general, presentan complicaciones médicas, de modo que al pautar la terapéutica, se debe tener presente que en la mitad de los casos de demencia existen enfermedades asociadas; a mayor componente psicopatológico, peor evolución y mayor agravamiento.

Se debe tratar tanto la sintomatología aguda, como la que no lo es, y las manifestaciones psicopatológicas como depresión, ansiedad, irritabilidad, agitación, síntomas psicóticos, insomnio, etcétera.

Antes de iniciarse el tratamiento, se debe elaborar un diagnóstico presuntivo, incluso, aunque el paciente se encuentre en el servicio de urgencia; efectuar una evaluación psicopatológica mínima; adoptar actitudes flexibles y dedicación al paciente y sus familiares; contemplar la posibilidad de implicación social en los planes de tratamiento; informarle a los familiares los objetivos que se persiguen; evitar diagnósticos erróneos que tildan el cuadro de irreversible evaluando el pronóstico de sombrío.

Tratamiento

En dependencia de la etiología de la demencia, si es reversible, algunos pacientes podrán ser tratados por sus síntomas y los trastornos conductuales que presenten; si es desconocida e irreversible, el tratamiento será de igual modo sintomático, junto a la aplicación de terapia ocupacional.

Chinchilla, en su *Manual de urgencias psiquiátricas*, expresa que las bases terapéuticas de las demencias son las siguientes:

- Cumplimentar variables mínimas diagnósticas.
- Claridad en criterios de diagnóstico diferencial.
- Evaluación de medios, tanto asistenciales como del contexto de paciente y familia: redes y medios asistenciales de referencia, soportes sociofamiliares, y prioridades según medios y soportes.
- Análisis transversal y longitudinal.
- Estado clínico y aspectos médico-legales.
- Prevención.
- Retardar o prolongar el tiempo de comienzo.
- Lentificar la progresión.
- Tratamiento sintomático, según hipótesis patogenéticas: degenerativas, vasculares, reversibles, y mixtas; cognitivo; conductual y psicopatológico; manejo médico; intervenciones psicológicas y rehabilitadoras precoces; manejo de comorbilidades y/o complicaciones.
- Tratamiento posible en cuadros reversibles o tratables.

El tratamiento de las demencias debe ser de orientación psicosocial, con fármacos específicos, de uso sintomático, según el predominio de alteraciones neurológicas, somáticas o de las complicaciones psicopatológicas; encaminado a evitar las fugas del hogar, la agitación nocturna, el insomnio y el deterioro creciente.

Fármacos para la terapia de la enfermedad de Alzheimer, según Chinchilla:

- Inhibidores de la acetilcolinesterasa: compuestos organosfosforados, carbamatos, fisostigmina, rivastigmina, donepecilo, galantimina y otros.

- Agonistas colinérgicos: L-acetil-carnitina, antagonistas de receptores muscarínicos.
- Neuroprotectores: antioxidantes (selegilina, vitamina E), antagonistas de calcio, citicolina, estrógenos, antinflamatorios, factores de crecimiento nervioso, inhibidores de la monoaminooxidasa y otros.
- Vasodilatadores: propentoxifilina.
- Antiamiloides: inductores de la excreción de amiloides, inhibidores de la betasecretasa, reductores de la expresión de APP (proteína precursora de amiloide).
- Psicofármacos.

Cuando se utilicen psicofármacos hay que tener en cuenta sus posibles efectos secundarios, sobre todo los estados confusionales y la mayor relajación que provocan las benzodiacepinas, que puede imposibilitar la rehabilitación. Recordar los efectos extrapiramidales de los antipsicóticos y los efectos anticolinérgicos de los antidepresivos tricíclicos; son mejor tolerados los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (citalopram, sertralina y escitalopram), sobre todo en aquellos pacientes que evolucionan con depresión.

Es necesario facilitarles a estos pacientes e incluso a sus familiares, algunas normas muy generales:

- Uso de agendas como recordatorio.
- Evitar los cambios de ambiente.
- No insistir en que recuperen al máximo determinadas funciones, sino ayudarles a asumir sus propias limitaciones y favorecer la autoestima.
- Aconsejarles que eviten situaciones de riesgo, como por ejemplo, conducir.
- Manejo de sus medios económicos, títulos de propiedades, tutorías, etcétera.

La orientación terapéutica de la demencia a multiinfarto se caracteriza por un grupo de orientaciones generales, entre estas el control de la tensión arterial y de posibles factores de riesgo subyacentes; uso de antiagregantes plaquetarios, trombolíticos y anticoagulantes; terapias colinérgicas (rivastigmina y donecepilo); neuroprotectores, para evitar en lo posible la muerte neuronal y recuperar las células vivas; tratamientos sintomáticos, incluyendo las terapias psiquiátricas.

Es importante evitar las caídas; las escaras, por la posición en decúbito; los fecalomas y la incontinencia; orientación higiénica y tratamiento médico de las complicaciones. Es posible que el tratamiento específico de la causa subyacente no resuelva el déficit cognitivo, pero, al menos, detiene la progresión de la demencia y alivia los síntomas asociados.

Los pacientes con demencia muestran frecuentemente cambios en la personalidad y el comportamiento, con exageración de los rasgos propios; se tornan irritables, exigentes, inquietos y extremadamente suspicaces; a veces son sumamente vulnerables, dependientes, testarudos o caprichosos. Ocasionalmente pueden presentar momentos de violencia, con actitudes agresivas y reacciones inadecuadas en magnitud ante contratiempos mínimos. Tienen tendencia al vagabundeo (empeoramiento nocturno), a la recogida de basura y falta de higiene; pueden extraviarse y sufrir caídas, a veces con lesiones muy serias.

Son frecuentes las alteraciones del sueño, que a veces se manifiestan con insomnio nocturno y en otras, con inversión del ritmo sueño-vigilia, con somnolencia diurna y despertar por la noche. Estos trastornos aumentan según progresa la enfermedad y tienen una repercusión importante sobre las alteraciones del comportamiento, en especial la agresividad, que se presenta con frecuencia en los pacientes institucionalizados y constituye un grave problema para los cuidadores.

Siguiendo a Chinchilla, en su *Manual de urgencias psiquiátricas* expresa que los aspectos terapéuticos de las seudodemencias depresivas son los siguientes:

- Descartar enfermedad orgánica o psiquiátrica, de naturaleza variada, con los estudios complementarios necesarios.
- Agrupamiento diagnóstico según las posibilidades siguientes:
  - Seudodemencia depresiva (depresión que se presenta como demencia).
  - Síndrome demencial de la depresión (depresión con déficits cognitivos secundarios).
  - Síndrome depresivo de la demencia (demencia con depresión secundaria).
- Valorar la eficacia y tolerancia de los tratamientos antidepresivos por enmascaramiento psicopatológico de los mismos.
- Emplear, de preferencia: venlafaxina (150 mg/día –activa o retard); ISRS (fluoxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, paroxetina, fluvoxamina); en caso de antidepresivos tricíclicos (clorimipramina, imipramina), indicar la mitad de la dosis.
- Si se presentan precozmente efectos secundarios a los antidepresivos, el pronóstico es generalmente sombrío.
- Evitar ataxias, somnolencia y constipación.
- Realizar exploraciones neuropsicológicas frecuentes; tomografía compudotarizada, si no hay severidad cognitiva, ni alteraciones importantes en la neuroimagen.
- Mantener consultas de seguimiento frecuente.

La primera cuestión a valorar ante la presencia de trastornos psiquiátricos o del comportamiento en el curso de la demencia es conocer su causa; en la mayoría de los casos estas manifestaciones forman parte del cuadro sindrómico de la demencia, no obstante hay que recordar las numerosas afecciones médicas o inducidas por otros tratamientos farmacológicos, que se pueden precisar en el origen de estos síntomas. Por tanto es necesario identificar y solucionar el factor desencadenante.

La atención psicoterapéutica resulta eficaz en estos casos; las medidas incluyen comunicación familiar, con el objetivo de orientar el tratamiento de determinadas situaciones que pueden desencadenar reacciones inadecuadas en el paciente, higiene del sueño, reducción de la carga del cuidador principal, etcétera.

En la tabla 15.1 se describe el tratamiento de la agitación y el psicoticismo en las demencias.

Tabla 15.1. Tratamiento de la agitación y el psicoticismo en las demencias

Agitación
Benzodiacepinas: loracepam (1-3 mg/día, en 2 o 3 tomas, de 4 a 7 días, disminuir lentamente hasta retirar); cloracepato (10 mg/día en 2 tomas); oxacepam (15-30 mg/día, en 2 o 3 tomas diarias)
Antipsicóticos neurolépticos en caso de severidad: haloperidol (iniciar con 1/2-1 ámpula i.m.; luego, 20 gotas, 2-3 veces/día, durante 5-7 días, disminuir progresivamente la dosis); risperidona (1-3 mg/día, durante 5-7 días, y disminución gradual); olanzapina (2,5-5 mg/día, 2 veces/día, disminución gradual)
Carbamacepina: 100-200 mg/día o gabapentina: 600-900 mg/día
Clometiazol: 2-3 cápsulas/día, en 2 tomas, y disminuir gradualmente
Favorecer oxigenación y vascularización. Tratamiento sintomático, si hay causa orgánica de base, conocida. El tiempo y las dosis son variables de un paciente a otro
Psicoticismo
Medidas generales sobre posibles factores etiológicos
Antipsicóticos: haloperidol (15-20 gotas, 2-3 veces/día); risperidona (1-3 mg/día en 2 tomas); olanzapina (2,5-5 mg/día en 2 tomas)

Fuente: Chinchilla, A. *Manual de urgencias psiquiátricas*. Edit. Masson S.A. 2004.

Se tendrá en cuenta que el paciente con demencia es generalmente un anciano, por lo que al plantearse un tratamiento con psicofármacos hay que valorar dos aspectos esenciales: la comorbilidad con otros procesos somáticos y la existencia de otras pautas de tratamiento farmacológico concomitante, con el riesgo de posibles interacciones farmacológicas e incluso con el peligro de incidir en la evolución de otras enfermedades.

La ansiedad, el insomnio y algunas de las alteraciones conductuales de menor gravedad pueden tratarse con fármacos ansiolíticos, en particular benzodiacepinas de semivida intermedia.

Ansiedad moderada: loracepam (1-2 mg/día); oxacepam (5-15 mg/día) y cloracepato (5-10 mg/día); las tomas se deben distribuir 2 o 3 veces al día; lograda la mejoría, disminuir gradualmente.

Ansiedad severa: benzodiacepinas (a dosis doble que las indicadas para la ansiedad moderada); haloperidol (20-60 gotas en 3 tomas/día o intramuscular, si el cuadro clínico es muy intenso); risperidona (1-3 mg/día); olanzapina (2,5-5 mg/día), ambas distribuidas en dos tomas diarias; disminuir la dosis progresivamente.

Los anticonvulsivantes se han empleado tradicionalmente en los síndromes demenciales del anciano, como una alternativa a los neurolépticos para el tratamiento de las conductas explosivas y los cuadros de agresividad. Los más empleados son la carbamacepina y el ácido valproico.

En la actualidad se recomiendan los nuevos compuestos, ya que presentan mejor tolerancia, como la gabapentina, que es bien tolerada, mejora la ansiedad, la inquietud psicomotora y el insomnio.

El empleo de los antidepresivos se relaciona con la presencia de trastornos depresivos, asociados a la demencia en algún momento de su evolución.

Los ISRS actúan, además, sobre la impulsividad, estados de agitación y conductas agresivas: citalopram (20-30 mg/día); sertralina (50-100 mg/día); escitalopram (10-15-20 mg/día), distribuidas en dos tomas diarias. Disminuir las dosis progresivamente.

La mirtazapina tiene una acción sedativa, favorecedora del sueño; la venlafaxina, al igual que los ISRS, se considera de primera elección en las demencias, en el tratamiento de los síntomas depresivos.

Los neurolépticos clásicos y los antipsicóticos atípicos se emplean para aliviar los síntomas psicóticos y las alteraciones conductuales, como agresividad, vagabundeo, marcha incesante, vociferación y conductas regresivas. Es necesario tener en cuenta, en particular con el empleo de los clásicos, sus efectos adversos; son frecuentes la hipotensión postural, los síntomas extrapiramidales, como distonías agudas, parkinsonismo, acatisia, discinesia tardía; y por efectos anticolinérgicos, retención urinaria, constipación, sequedad de la boca, confusión y *delirium*.

Resumen

Debido al envejecimiento progresivo de la población, las demencias tienen una gran importancia desde las perspectivas epidemiológica, preventiva, clínica, diagnóstica, terapéutica y de investigación.

La demencia se define como la pérdida de las funciones cognitivas e intelectuales, de una manera lo suficientemente grave como para intervenir en el funcionamiento ocupacional o social del paciente.

El déficit esencial es la pérdida de memoria a corto y largo plazos; se afectan el juicio y el pensamiento abstracto y a menudo se presentan otros signos de alteraciones corticales superiores y cambios notables en la personalidad.

La enfermedad de Alzheimer alcanza el 50 % de la totalidad de las demencias y del resto, solo el 20 % serán tratables.

Los criterios de clasificación, relacionados con la causa, edad de presentación o región cerebral afectada, la denominación de precoces o tardías, sustituyen los conceptos de preseniles o seniles. La enfermedad de Alzheimer constituye más de la mitad de los casos de demencia en la población general.

La categoría de corticales o subcorticales hace referencia a las regiones cerebrales comprometidas; la demencia subcortical produce mayor deterioro motor, que compromete tanto las extremidades como la mímica facial, y mayor lentificación de los procesos mentales. La demencia cortical presenta menos compromiso motor, pero mayor afectación en funciones neuropsicológicas específicas como lenguaje, percepción, procesos intelectuales, cálculo, praxias, etcétera.

Los tipos principales de demencias corticales son las demencias frontotemporales, la enfermedad de Alzheimer, la de Pick, la multiinfarto, la Creutzfeldt-Jacob y la atrofia cortical posterior. Entre las subcorticales, la demencia talámica, la enfermedad de Huntington, la de Wilson y la de Parkinson.

En la semiología de las demencias, los trastornos psicopatológicos son los que causan mayores complicaciones, sobre todo las alteraciones conductuales, los delirios-alucinaciones, la agitación-irritabilidad, las distimias depresivas y los trastornos del sueño.

Enfermedad de Alzheimer: se considera que el 5 % corresponde a casos familiares, con trasmisión autosómica dominante; suele durar entre 10 a 15 años, aunque se desconoce su periodo preclínico; el 95 % de los casos es de inicio tardío y en el 25 % coexiste con infartos cerebrales, diabetes mellitus y fibrilación auricular, que a su vez actúan como factores de riesgo. El examen clínico neurológico no muestra signos de focalización.

Existen diversos factores de riesgo, entre los que se señalan la historia familiar de demencias en familiares de primer grado; antecedentes de síndrome de Down, edad materna mayor de 40 años, enfermedad de Parkinson, traumatismo cerebral, hipotiroidismo, historia de depresión en

edades tardías, infarto de miocardio, tabaquismo, alcoholismo, y contacto con tóxicos como plomo, aluminio y disolventes.

La perseveración de las acciones motrices, verbales o gráficas, son signos frecuentes en esta demencia. El deterioro neuropsicológico mantiene un patrón relativamente inverso al orden de adquisiciones y las crisis convulsivas se pueden presentar en el 25 % de los casos.

En los primeros estadios se evidencia el olvido de palabras y eventos recientes, así como la alteración de las funciones práxicas constructivas, gráficas. En una fase más avanzada, la hipertonía en miembros inferiores, desorientación espacial y alteraciones de la memoria, que comienzan a afectar etapas más remotas; desintegración de las estructuras en la sintaxis del lenguaje.

En la fase final de la enfermedad, la hipertonía muscular se generaliza y se presentan reflejos patológicos de liberación cortical e incluso se pueden presentar signos de rueda dentada.

Básicamente, el diagnóstico es clínico; el examen neurológico y los estudios paraclínicos y radiográficos son normales.

Demencia vascular multiinfarto: constituye la segunda causa del síndrome demencial. Por lo general tiene una historia de hipertensión arterial crónica mal controlada y antecedentes de accidentes cerebrovasculares.

El déficit cognoscitivo se relaciona con la intensidad y el número de fenómenos isquémicos cerebrales; algunos signos neurológicos como hemiparesias y afasias. El diagnóstico se establece a partir de la historia clínica y los antecedentes de hipertensión arterial, diabetes y accidentes cerebrovasculares.

Los estudios de imágenes cerebrales, como TAC, resonancia magnética y SPECT cerebral facilitan el diagnóstico.

Demencia alcohólica: en periodos avanzados del alcoholismo crónico se pueden presentar síntomas demenciales y confusionales que asemejan la enfermedad de Alzheimer. El diagnóstico se establece de acuerdo con la evolución del cuadro clínico, la presencia de neuropatía por déficit de tiamina y la regresión de los síntomas cognoscitivos cuando se suspende el consumo de alcohol.

Demencia y enfermedad de Parkinson: entre los síntomas motores de la enfermedad se describen: temblor, rigidez, bradiquinesia, pérdida de las destrezas motoras, deterioro de la escritura manual, y anormalidades de la marcha y la postura; estos se presentan tempranamente y anteceden el compromiso cognoscitivo y el déficit de memoria.

Demencia por cuerpos de Lewy: el cuadro clínico se caracteriza por un deterioro cognoscitivo, progresivo y fluctuante, con alucinaciones visuales

tempranas y manifestaciones motoras; se presentan complicaciones médicas, por lo que al pautar la terapéutica se debe tener presente que en la mitad de los casos de demencia existen enfermedades asociadas.

Terapéutica: depende de la causa de la demencia; si es reversible, algunos casos podrán ser tratados por sus síntomas y los trastornos conductuales que presenten; si la causa es desconocida e irreversible, el tratamiento será de igual modo sintomático, junto a la aplicación de terapia ocupacional.

El tratamiento de las demencias debe ser de orientación psicosocial, con fármacos específicos, de uso sintomático.

Hay que tener en cuenta sus posibles efectos secundarios, sobre todo los estados confusionales, los efectos extrapiramidales de los antipsicóticos y los efectos anticolinérgicos de los antidepresivos tricíclicos.

Es necesario facilitarles a estos pacientes y a sus familiares algunas normas muy generales, entre estas el uso de agendas, como recordatorio; evitar los cambios de ambiente; ayudarles a asumir sus propias limitaciones y favorecer la autoestima; aconsejarles que eviten situaciones de riesgo, como conducir; manejo de sus medios económicos, títulos de propiedades, tutorías, etcétera.

La orientación terapéutica de la demencia a multiinfarto se caracteriza por una serie de orientaciones generales, entre estas el control de la tensión arterial y de posibles factores de riesgo subyacentes; el uso de antiagregantes plaquetarios, trombolíticos y anticoagulantes; terapias colinérgicas, neuroprotectores, tratamientos sintomáticos, incluyendo las terapias psiquiátricas; orientación higiénica y tratamiento médico de las complicaciones.

Ocasionalmente momentos de violencia, con actitudes agresivas; recogida de basura y falta de higiene, insomnio nocturno y en otras ocasiones con inversión del ritmo sueño-vigilia, trastornos psiquiátricos o del comportamiento, forman parte del cuadro sindrómico de la demencia.

En el tratamiento con psicofármacos hay que valorar dos aspectos esenciales: la comorbilidad con otros procesos somáticos y la existencia de otras pautas de tratamiento farmacológico concomitante.

Se pueden tratar con fármacos ansiolíticos, en particular las benzodiacepinas de semivida intermedia.

Ansiedad moderada: las tomas de los medicamentos se deben distribuir 2 o 3 veces al día.

Ansiedad severa: benzodiacepinas, haloperidol, risperidona, olanzapina, ambas distribuidas en dos tomas diarias.

Los anticonvulsivantes se han empleado tradicionalmente en los síndromes demenciales del anciano, como una alternativa a los neurolépticos. La gabapentina, que es bien tolerada, mejora la ansiedad, la inquietud psicomotora y el insomnio.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) actúan, además, sobre la impulsividad, los estados de agitación y las conductas agresivas.

La mirtazapina tiene una acción sedativa; la venlafaxina, al igual que los ISRS, se considera de primera elección en el tratamiento de los síntomas depresivos en las demencias.

Los neurolépticos clásicos y los antipsicóticos atípicos se emplean para aliviar los síntomas psicóticos y las alteraciones conductuales, como agresividad, vagabundeo, marcha incesante, vociferación y conductas regresivas.

Entre sus efectos adversos son frecuentes la hipotensión postural; los síntomas extrapiramidales, como distonías agudas, parkinsonismo, acatisia y discinesia tardía, y por efectos anticolinérgicos, retención urinaria, constipación, sequedad de la boca, confusión y *delirium*.

TRATAMIENTO TERAPÉUTICO EN LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

El tratamiento terapéutico por urgencia psiquiátrica está condicionado a muchos factores, que incluyen desde el "dramatismo" del propio proceso hasta las condiciones del lugar (ambientes físico y psicológico); las premuras en la elaboración del diagnóstico; la toma de decisiones en la terapéutica; las expectativas del personal, de los familiares acompañantes e incluso las del propio paciente. En fin, constituye un desafío, sobre todo si se tiene en cuenta que en muchas ocasiones estas demandas son imprevisibles y a veces innecesarias.

La característica primordial de la urgencia es la situación de agudeza, más o menos súbita, que se traduce por síntomas y conductas inadecuadas, las que a su vez pueden propiciar riesgos para todos, con posibilidades de imprevistos conductuales que en algún momento pueden desbordar la situación, por lo que se debe prever que la toma de decisiones no sea errónea, precipitada o solo con el conocimiento parcial del caso.

Es necesario mejorar y aumentar la calidad asistencial, aplicar un tratamiento rápido, evitar o acortar el estado de enfermedad y facilitar el seguimiento del paciente a su egreso.

Se tendrá en cuenta que en la actualidad el tipo de paciente que acude en demanda de urgencias ha ido cambiando en las dos últimas décadas, cuando se presentan cada vez mayores problemas de personalidad, estados de ansiedad y crisis neuróticas; desadaptaciones sociales, consecuencias de toxicomanías y conductas suicidas. Por otro lado, cada vez acuden personas más jóvenes con problemas de comorbilidad; adultos con situaciones depresivas, alcoholismo y sus múltiples consecuencias; ancianos con problemas sociales de abandono, depresiones con tendencias suicidas, y las demandas clásicas en sujetos esquizofrénicos, delirantes crónicos, agitados y violentos.

De una manera u otra, el profesional se va a encontrar más que con diagnósticos, con situaciones que se traducirán por síntomas psíquicos y somáticos, y conductas o alteraciones del comportamiento.

El empleo de psicofármacos es uno de los recursos terapéuticos con los que cuenta el profesional para el tratamiento de la emergencia psiquiátrica, para ello es necesario definir los objetivos terapéuticos a alcanzar a corto y largo plazos.

De acuerdo con Chinchilla, las variables relacionadas con la urgencia psiquiátrica son las siguientes:

- ¿Qué tipo de paciente acude a la consulta (síntomas, síndrome, enfermedad, conflictos, riesgos, etc.)?
- ¿Su actitud es colaboradora, evitativa, impresiona enajenado?
- ¿El paciente o sus acompañantes vienen presionando, con demandas exageradas?
- ¿Viene por resistencias terapéuticas, efectos secundarios de los tratamientos, reactivación clínica de su enfermedad, comorbilidad, etcétera?
- ¿Valoramos la importancia del factor edad, forma de presentación de la enfermedad o atipicidad del cuadro clínico?
- ¿Pensamos o estamos ante la punta del *iceberg* (qué es la crisis de urgencia y la patología subyacente)?
- ¿Sabemos qué es lo urgente, lo importante, lo necesario y lo que puede esperar?
- ¿Tenemos claro organigramas de rapidez de intervención en la urgencia?
- ¿Valoramos los factores étnicos, sociales, culturales y económicos?
- ¿Contamos con cuidados y precauciones mínimas, colaboración de seguridad, cuidadores, ayudantes, técnicos sanitarios y celadores?
- Debemos recordar siempre que lo primero es asistir, valorar y sopesar las posibilidades y el tipo de tratamiento.

Es necesario tener en cuenta que a veces los pacientes no colaboran, ya que pueden ser autistas, recelosos, hostiles, o bien estar catatónicos, agitados, etc., por lo que se deben explorar tanto la comunicación verbal como la no verbal, por su elevado valor semiológico, con pistas fundamentales para el diagnóstico y el tratamiento.

Conviene considerar el prejuicio del paciente hacia la medicación psicótropa o el ingreso, la contención, la sedación, etc., así como la posibilidad de contratransferencia con algunos tipos de paciente, como los hipocondríacos, los frecuentadores de urgencias, los alcohólicos y otros toxicómanos, enfermos de sida, etcétera.

El lugar para atender los casos de urgencia psiquiátrica debe ser tranquilo, bien iluminado, sin riesgos directos o indirectos, de fácil acceso, adecuada salida y con seguridad y protección.

Chinchilla, en su *Manual de urgencias psiquiátricas* plantea que las exploraciones psicopatológicas mínimas en urgencias son las siguientes:

- Aspecto y actitud del paciente, así como forma de presentarse.
- Nivel de conciencia, atención y concentración.
- Lenguaje.

- Orientación temporoespacial y de persona.
- Trastornos del pensamiento.
- Juicio y raciocinio.
- Afectividad.
- Memoria.
- Trastornos de la vivencia del yo.
- Trastornos sensoperceptivos.
- Trastornos de los impulsos, tendencias y psicomotilidad.
- Fiabilidad.

La psiquiatría hospitalaria se complica de manera considerable con el incremento de nuevos fármacos que cada vez se incorporan al arsenal terapéutico, no solo dentro de esta especialidad médica, sino en todas aquellas ramas de la medicina, ya que cada día se tratan pacientes polimedicados y de acuerdo con el uso racional de los diversos fármacos, se evitarán las posibles interacciones y se solventarán con sentido común y buena praxis los efectos secundarios cuando aparezcan, identificando cuanto antes, desde el profundo conocimiento de la farmacodinámica y la farmacocinética, el agente responsable.

Entiéndase por interacciones farmacocinéticas, aquellas que se pueden presentar clínicamente, como cambios cuantitativos en la respuesta (por exceso o por defecto), en lugar de respuestas cualitativas; en ocasiones son respuestas erráticas al tratamiento, que se pueden interpretar erróneamente como falta de cumplimiento. Pueden desencadenarse a partir de alteraciones en la absorción, distribución, unión a proteínas plasmáticas o en la excreción.

Las interacciones farmacodinámicas se presentan como cambios cualitativos en las respuestas. En este caso los mecanismos de acción de un fármaco amplifican o disminuyen el efecto provocado por los mecanismos de acción de otro fármaco. Generalmente ocurren en zonas diana de lugares biológicamente activos.

Principios útiles para el tratamiento en psiquiatría hospitalaria:

- Recordar que a veces la interrupción en la administración de un medicamento es una intervención útil.
- Siempre que sea posible se debe evitar prescribir medicaciones según necesidad o si es preciso.
- Se empleará siempre la dosis de medicación mínima necesaria para obtener la respuesta deseada.
- No se debe cambiar más de una medicación a la vez.
- Siempre que sea posible se utilizará una sola medicación para tratar a un paciente por un síntoma o trastorno.

- Se mantendrá un régimen de medicación simple.
- No se tratará al paciente profilácticamente, a menos que exista una justificación clara.
- Se utilizarán, en primer lugar, aquellos recursos médicos que han sido eficaces en el pasado.
- Es conveniente advertir qué síntomas se tratarán, en qué va a consistir el tratamiento y las posibles reacciones adversas.

Absorción de los medicamentos

La absorción de los medicamentos es diferente para cada una de las vías (intravenosa, intramuscular, subcutánea, oral, sublingual y rectal); en el caso de las preparaciones orales (cápsulas, comprimidos, píldoras y gotas) es similar, aunque algunos consideran que las gotas son más rápidas. Existen las preparaciones especiales, como las formas de acción prolongada, tanto orales como parenterales, que tienen una absorción aún más variable.

Generalmente, la absorción gástrica aumenta con el estómago vacío, a excepción de algunos fármacos, como la quetiapina y la ziprasidona, que al ser administrados con las comidas, aumentan su absorción en un 100 %.

Metabolismo de los psicofármacos. Los psicofármacos tienden a metabolizarse a nivel hepático; el proceso de oxidación es efectuado por las isoenzimas del CYP-450 y la conjugación suele ser el paso metabólico final, por el cual el fármaco o sus metabolitos se acoplan a otros compuestos más fácilmente excretables.

Eliminación. Un fármaco y sus metabolitos se pueden excretar y eliminar por los riñones, bilis, heces, saliva, sudor, lágrimas y leche materna. El envejecimiento y la enfermedad renal reducen el flujo sanguíneo renal y la filtración glomerular, lo que lentifica la vía renal de eliminación.

Farmacocinética de los antipsicóticos. Por regla general las formas líquidas (orales) se absorben más rápidamente que las tabletas o cápsulas, lo que las aproxima a la rapidez de la vía intramuscular. Los compuestos de elevada potencia se pueden administrar con seguridad en un intervalo de 1/2 a 1 h (i.m.), puesto que la siguiente inyección coincide con la concentración plasmática máxima.

Debido a que todos los antipsicóticos sufren un amplio paso enteropático, cuando se administran por vía oral, si su administración es parenteral la biodisponibilidad se incrementa de manera considerable, por ejemplo, el haloperidol oral tiene una biodisponibilidad del 60-70 % frente a prácticamente el 100 % cuando se utiliza por vía parenteral.

Sin lugar a dudas, es imprescindible el empleo de fármacos antipsicóticos en aquellos cuadros que se caracterizan por la pérdida de las referencias del mundo real, así como en los que predomina la agitación psicomotriz. Estas conductas no están exentas de la aparición de efectos adversos, que pudieran llegar a ser motivo de abandono terapéutico y, por consiguiente, de las temidas recaídas del proceso psicótico.

Estos fármacos no solo se utilizan en las psicosis, sino también en otras afecciones como el síndrome de Gilles de la Tourette, trastornos de personalidad con riesgo autoagresivo o heteroagresivo, crisis de excitación neurótica, *delirium*, estados de abstinencia, compulsiones, desarrollos hipocondríacos, algunas afecciones psicógenas y/o conversivas.

Efectos secundarios de los antipsicóticos clásicos:

Síndromes extrapiramidales:

Parkinsonismo: se caracteriza por síntomas motores, como temblor distal bilateral, con tendencia a la simetría; rigidez en rueda dentada, fascies inexpresiva y marcha a pasos cortos. Disminución del balanceo de los brazos, bradipsiquia, bradicinesia y deterioro cognitivo.

Este cuadro es relativamente frecuente con los neurolépticos de perfil incisivo; la conducta debe estar encaminada a reducir la dosis y, si es posible, sustituirlo por otro fármaco de perfil menos incisivo (neurolépticos atípicos) o combinarlo con fármacos anticolinérgicos (trihexifenidilo).

Se recomienda el uso de un anticolinérgico como la benzotropina (1-2 mg, v.o., 2 veces al día).

Acatisia: consiste en una experiencia subjetiva de irritabilidad, inquietud e impaciencia, que lleva a una actitud motora desasosegante, movimientos repetitivos, balanceo de miembros, cambios de posición o paseos interminables.

Su tratamiento consiste en disminuir la dosis del fármaco, si es posible, y/o coadyuvar con benzodiacepinas, β-bloqueadores o anticolinérgicos.

Distonías agudas: corresponden a contracciones musculares sostenidas, breves, que llevan a posturas anormales. Con frecuencia afectan las musculaturas cervical, extrínseca ocular, facial, etc., con carácter benigno (salvo en los casos de espasmo laríngeo, que puede tener un riesgo vital).

El tratamiento se basa en anticolinérgicos por vía intramuscular o antihistaminérgicos clásicos (que atraviesan la barrera hematoencefálica).

Discinesia tardía: suele ser la resultante de un efecto retardado de los antipsicóticos, por lo general después de 6 a 8 meses de tratamiento. Consiste en movimientos repetitivos, involuntarios, coreoatetóxicos de la musculatura craneal (sobre todo priorales), de las extremidades y del tronco. Aproximadamente el 20 % de los pacientes sometidos a tratamiento prolongado con antipsicóticos sufre estos efectos adversos.

Desde el punto de vista fisiopatológico responden a una hipersensibilidad dopaminérgica funcional, tras un bloqueo farmacológico de larga evolución. Una vez que se ha instalado el cuadro clínico, el tratamiento es poco efectivo. Algunos autores recomiendan la tetrabenacina (depletor de dopamina); sustancias de acción GABAérgica (benzodiacepinas, valproato, baclofeno); reserpina e incluso vitamina E, en dosis elevadas. Es fundamental la reducción del neuroléptico a la dosis mínima y/o la sustitución por antipsicóticos de nueva generación, si es necesario mantener la terapia antipsicótica a largo plazo.

Síndrome neuroléptico maligno

El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es un estado inducido por fármacos neurolépticos, en la actualidad alcanza tasas de mortalidad hasta del 5 %. Su cuadro clínico se caracteriza por fluctuaciones en el nivel de conciencia, hipertermia, rigidez muscular, inestabilidad de la tensión arterial, sudación, taquicardia y taquipnea por disfunción autonómica. Se presenta, por lo general, en los primeros días de iniciar un antipsicótico o al elevar sus dosis; el síndrome completo se desarrolla a las 48 h del comienzo y se consideran factores de riesgo: deshidratación, edad joven, varón, malnutrición y empleo de sujeción mecánica. También se puede presentar cuando se retiran los agonistas dopaminérgicos, como la carbidopa, levodopa, amantadina y bromocriptina. El tratamiento concomitante del carbonato de litio con neurolépticos puede ser un factor de riesgo para su presentación.

Se caracteriza por el bloqueo dopaminérgico central de los antipsicóticos sobre los receptores D2. Se señalan algunos factores predisponentes como las enfermedades sistémicas, las infecciones, la deshidratación y los diversos trastornos psiquiátricos, en el contexto de una hipersensibilidad a los antipsicóticos en general y en la demencia por cuerpos de Lewy. Estas manifestaciones suponen una urgencia médica e implican, por lo general, el ingreso en una unidad de cuidados intermedios.

Se requieren exámenes complementarios; la creatinfosfoquinasa (CPK) se eleva y se relaciona directamente con la gravedad del cuadro; la leucocitosis es común. Se requieren otros exámenes como análisis sistemático de sangre, eritrosedimentación, creatinina y pruebas de función hepática.

En la tabla 16.1 se describen los agentes antiparkinsonianos que se emplean para el tratamiento de esta afección.

Tabla 16.1. Agentes antiparkinsonianos

Nombre genérico	Nombre comercial	Tipo de fármaco	Rango de dosis usual (mg/día)	Inyectable
Amatidina	Amantidine	AD	100-300	No
Benzotropina	Akinetón	AA	1-6	Sí
Biperideno		AA	2-6	Sí
Difenhidramina	Benadryl	AA	25-100	Sí
Etopropazina		AA	50	No
Orfenadrina	Dispal	A	300	No
Prociclidina	Kemadrine	An	6-20	No
Trihexifenidilo	Artane	An	5-15	No

AD: agonista dopaminérgico; AA: anticolinérgico y antihistamínico; A: antihistamínico; An: anticolinérgico.
Fuente: cuadro de Schoonover SC, Gelemberg AJ: *Emergency presentation related to psychiatric medication. Manual de Psiquiatría de Urgencias*. Kaplan, MD and Sadock, MD. Editorial Médica Panamericana Williams & Wilkins 1999, Pág. 328.

El tratamiento del SNM es fundamentalmente sintomático, se pueden seguir las estrategias que se describen a continuación:

- Suspender el tratamiento neuroléptico y/o cambiar a un neuroléptico de baja potencia (clorpromacina o tioridazina), los que no provocan efectos extrapiramidales y tienen una acción anticolinérgica importante.
- Se pueden utilizar fármacos como la amantadina, de 100 a 300 mg/día, lo cual aumenta la actividad dopaminérgica; esta representa una buena alternativa para adultos mayores y en caso de pacientes muy sensibles a la toxicidad de los anticolinérgicos. También son útiles el dantroleno (relajante muscular), bromocriptina (agonista dopaminérgico), levodopa y en algunos casos se recomienda el uso de bloqueadores de canales del calcio (tipo nifedipino).
- Mantener una hidratación adecuada (prevenir el *shock*), vigilancia de las constantes vitales y atender complicaciones concomitantes como infecciones o fenómenos trombóticos.
- Se recomiendan los neurolépticos atípicos, clozapina, risperidona, quetiapina, de escasos o nulos efectos extrapiramidales.

Ataques convulsivos y mioclonías. Se presentan fundamentalmente en forma de crisis tónico-clónicas, dado que los antipsicóticos reducen

el umbral convulsivo. El tratamiento consiste en la reducción de la dosis, sustitución por antipsicóticos atípicos y/o asociación a fármacos anticonvulsivantes.

Somnolencia. Se presenta, con frecuencia, como efecto bloqueante de los receptores α-adrenérgicos centrales y de receptores histaminérgicos, en el caso de los neurolépticos de perfil sedante. El tratamiento consiste en la reducción de la dosis, retirada de medicación coadyuvante de tipo sedativa o sustitución de antipsicóticos de perfil diferente.

Depresión. La depresión, amotivación y astenia se relacionan aparentemente con el bloqueo de receptores serotoninérgicos, histaminérgicos y α-adrenérgicos. A veces son síntomas difíciles de distinguir de los fenómenos negativos y residuales de la esquizofrenia.

Sequedad de la boca. La sequedad de la boca, el estreñimiento, las dificultades en la acomodación visual y la retención urinaria, son provocados por efecto anticolinérgico, fundamentalmente en fenotiacinas alifáticas y piperidínicas. Se pueden adoptar medidas sintomáticas como beber líquidos, comer alimentos con fibras abundantes, realizar ejercicios de acomodación visual, reducir dosis de medicamentos o sustituir el fármaco.

Alteraciones endocrinas. Dadas por cambios menstruales, amenorrea, galactorrea, ginecomastia, disminución de la libido y anorgasmia, surgen en el contexto del bloqueo dopaminérgico D2 e incremento de la prolactina sérica. En estos casos se recomienda el cambio a antipsicóticos de nueva generación.

Efectos secundarios de los nuevos antipsicóticos. Entre estos fármacos se destacan la clozapina (Leponex), olanzapina (Zyprexa), risperidona (Risperdal), quetiapina (Seroquel) y ziprasidona (Zeldox), todos presentan numerosos efectos secundarios.

Sedación. Es un efecto secundario muy frecuente, relacionado con el bloqueo de los receptores histaminérgicos y α1-adrenérgicos. Para evitar una somnolencia excesiva, que dificulte el mantenimiento de la terapia, es necesaria una progresión ascendente de la dosis, en función de la tolerancia del paciente.

Hipotensión ortostática. La hipotensión ortostática, taquicardia, mareos, rinitis, cefalea, estreñimiento, retención urinaria, dificultades para la acomodación visual, surgen como resultado de los receptores α1-adrenérgicos y el efecto antimuscarínico. La reducción gradual de la dosis, la ingestión de líquidos y las dietas ricas en fibras, son algunas de las medidas generales que se recomiendan.

Crisis convulsivas. Se han observado crisis convulsivas hasta en el 10 % de los pacientes tratados con clozapina; en esa situación es necesaria la

introducción de fármacos anticonvulsivantes o la sustitución de clozapina por otro antipsicótico.

Trastornos endocrinos. Cambios menstruales, amenorrea, galactorrea, ginecomastia, disminución de la libido, anorgasmia y cuadros de hiperprolactilemia, se pueden observar por el consumo de fármacos como la olanzapina y la ziprasidona.

Síntomas extrapiramidales. Se puede presentar rigidez, bradicinesia, temblores, dependientes de la dosis, sobre todo con la risperidona, la olanzapina y la ziprasidona. El tratamiento consiste en la reducción de la dosis o evitar la coincidencia de otros fármacos de perfil anticolinérgico. No obstante, algunos antipsicóticos atípicos, como la clozapina y la quetiapina, presentan una incidencia muy baja de efectos extrapiramidales y se recomienda su uso en ancianos y otros pacientes, especialmente sensibles a síntomas de parkinsonismo y a discinesias tardías.

Acatisia. La acatisia se caracteriza por ansiedad y agitación. Se han descrito relacionadas con la acción sobre receptores dopaminérgicos, serotoninérgicos y α-adrenérgicos, especialmente con olanzapina y ziprasidona.

Agranulocitosis. Es el efecto adverso más temido de la clozapina; de tipo idiosincrásico no relacionado con la dosis, se observa entre el 1 y 2 % de los casos tratados y en particular en mujeres. Ocurre, sobre todo, en los primeros 6 meses de tratamiento, lo que hace necesario un seguimiento con controles hematológicos, para el recuento de leucocitos de manera periódica.

Incremento de peso. El aumento de peso puede llegar a ser muy importante en algunos pacientes, hasta el punto de acarrear consecuencias metabólicas, como hiperglucemia, diabetes e hipertrigliceridemia. Se ha descrito hiperglucemia asociada al uso de clozapina, olanzapina, quetiapina y risperidona, a través de mecanismos poco conocidos; mientras que la hipertrigliceridemia se ha precisado con la olanzapina y la clozapina; la risperidona y la ziprasidona parecen reducir los niveles de triglicéridos en sangre. Para su control se aplican consejos relacionados con controles dietéticos y el ejercicio físico moderado.

Síndrome de retirada. Se presenta tras la suspensión brusca del fármaco, consistente en la reagudización del cuadro psicótico y trastornos de los movimientos.

Alteraciones cardíacas. Se pueden presentar a manera de arritmias ventriculares y prolongación del intervalo QTc.

Resumen

La conducta terapéutica ante la demanda por urgencia psiquiátrica estará condicionada a múltiples factores que incluyen dramatismo del proceso

condiciones del lugar, premuras en la elaboración del diagnóstico; la toma de decisiones en la terapéutica; expectativas del personal, de los familiares acompañantes e incluso las del propio paciente. La característica primordial de la urgencia es la situación de agudeza, traducida por síntomas y conductas inadecuadas, que pueden, a su vez, propiciar riesgos para todos. Es necesario mejorar y aumentar la calidad asistencial, aplicar un tratamiento rápido y evitar o acortar el estado de enfermedad.

En la actualidad asisten en demanda de atención de urgencias un mayor número de casos con problemas de personalidad, estados de ansiedad y cuadros neuróticos; desadaptaciones sociales, consecuencias de toxicomanías y conductas suicidas. Además, personas cada vez más jóvenes con problemas de comorbilidad; adultos con situaciones depresivas, alcoholismo y sus múltiples consecuencias; ancianos con problemas sociales de abandono, depresiones con tendencias suicidas y las demandas clásicas en sujetos esquizofrénicos, delirantes crónicos, agitados y violentos.

El profesional se va a encontrar con situaciones que se traducirán por síntomas psíquicos y somáticos, y conductas o alteraciones del comportamiento.

El uso de psicofármacos es uno de los recursos terapéuticos para el abordaje de la emergencia psiquiátrica, es necesario definir los objetivos terapéuticos a alcanzar a corto y a largo plazos.

A veces los pacientes no colaboran, ya que pueden ser autistas, recelosos, catatónicos, agitados, hostiles, etc., por lo que se debe explorar tanto la comunicación verbal como la no verbal.

Considerar el prejuicio del paciente hacia la medicación psicótropa o hacia el ingreso, la contención, la sedación, la posibilidad de contratransferencia con algunos tipos de pacientes, como los hipocondríacos, los frecuentadores de urgencias, los alcohólicos y otros toxicómanos.

El lugar para atender los casos en urgencia psiquiátrica debe ser tranquilo, bien iluminado, sin riesgos directos o indirectos, de fácil acceso, adecuada salida y con seguridad y protección.

La psiquiatría hospitalaria se complica con el incremento de nuevos fármacos, ya que cada día se tratan pacientes que se medican con múltiples medicamentos.

Interacciones farmacocinéticas, que pueden presentarse clínicamente como cambios cuantitativos en la respuesta (por exceso o por defecto), en lugar de respuestas cualitativas.

Interacciones farmacodinámicas, que se presentan como cambios cualitativos en las respuestas. Los mecanismos de acción de un fármaco amplifican o disminuyen el efecto producido por los mecanismos de acción de otro fármaco.

Principios útiles para el tratamiento en psiquiatría hospitalaria: a veces la interrupción en la administración de un medicamento es una intervención útil. Se usará siempre la dosis de medicación mínima, necesaria para obtener la respuesta deseada. No cambiar más de una medicación a la vez. Siempre que sea posible se utilizará una sola medicación, en primer lugar aquello que ha sido eficaz en el pasado. Es conveniente advertir qué síntomas se tratarán, en qué va a consistir el tratamiento y las posibles reacciones adversas.

Absorción de los medicamentos: es diferente para cada una de las vías; en el caso de las preparaciones orales es similar. Existen las preparaciones especiales, como las formas de acción prolongada, tanto orales como parenterales, que tienen una absorción aún más variable.

Metabolismo de los psicofármacos: tienden a metabolizarse al nivel hepático. El proceso de oxidación es efectuado por las isoenzimas del CYP-450; el fármaco o sus metabolitos se acoplan a otros compuestos más fácilmente excretables.

Eliminación: un fármaco y sus metabolitos pueden ser excretados y eliminados por los riñones, bilis, heces, saliva, sudor, lágrimas y leche materna. El envejecimiento y la enfermedad renal van lentificando la vía renal de eliminación.

Farmacocinética de los antipsicóticos. Las formas líquidas orales se absorben más rápidamente que las tabletas o cápsulas: los compuestos de alta potencia se pueden administrar con seguridad en un intervalo de 1/2 a 1 h (i.m.).

Todos los antipsicóticos sufren un amplio paso enteropático cuando se administran oralmente; si la administración es parenteral, la biodisponibilidad se incrementa de manera considerable.

Resulta imprescindible el uso de fármacos antipsicóticos en aquellos cuadros caracterizados por la pérdida de las referencias del mundo real, así como en los que predomina la agitación psicomotriz. Estos fármacos no solo se utilizan en las psicosis, sino también en otras afecciones como el síndrome de Gilles de la Tourette, trastornos de personalidad con riesgo autoagresivo o heteroagresivo, crisis de excitación neurótica, *delirium*, cuadro de abstinencia, compulsiones, desarrollos hipocondríacos, algunas afecciones psicógenas y/o conversivas.

Parkinsonismo: se caracteriza por síntomas motores, como temblor distal bilateral con tendencia a la simetría; rigidez en rueda dentada, fascies inexpresiva y marcha a pasos cortos.

Acatisia: consiste en una experiencia subjetiva de irritabilidad, inquietud e impaciencia, que lleva a una actitud motora desasosegante. Las distonías

agudas corresponden a contracciones musculares sostenidas, breves, que llevan a posturas anormales.

La discinesia tardía suele ser resultante de un efecto retardado de los antipsicóticos, por lo general después de 6 a 8 meses de tratamiento. Consiste en movimientos repetitivos, involuntarios, coreoatetóxicos de la musculatura craneal de las extremidades y del tronco.

El tratamiento es poco efectivo, una vez que se ha instalado el cuadro clínico.

El cuadro clínico del síndrome neuroléptico maligno (SNM) se caracteriza por fluctuaciones en el nivel de conciencia, hipertermia, rigidez muscular; inestabilidad de la tensión arterial, sudación, taquicardia y taquipnea por disfunción autonómica.

Se señalan algunos factores predisponentes, como las enfermedades sistémicas, infecciones, deshidratación y diversos trastornos psiquiátricos, en el contexto de una hipersensibilidad a los antipsicóticos en general y en la demencia por cuerpos de Lewy.

La creatinfosfocinasa (CPK) se eleva y se relaciona directamente con la gravedad del cuadro.

El tratamiento del SNM es fundamentalmente sintomático; suspender el tratamiento neuroléptico y/o cambiar a un neuroléptico de baja potencia.

La amantadina, en dosis de 100 a 300 mg/día, representa una buena alternativa para adultos mayores y en caso de pacientes muy sensibles a la toxicidad de los anticolinérgicos. También son de utilidad el dantroleno, bromocriptina, levodopa y en algunos casos se recomienda el uso de bloqueadores de canales del calcio.

Mantener una adecuada hidratación. Se recomiendan los neurolépticos atípicos.

Ataques convulsivos y mioclonías: se presentan fundamentalmente en forma de crisis tónico-clónicas, dado que los antipsicóticos reducen el umbral convulsivo.

Somnolencia: se presenta con frecuencia como efecto bloqueante de los receptores α-adrenérgicos centrales y de receptores histaminérgicos.

Depresión: la depresión, amotivación y astenia aparentemente son síntomas difíciles de distinguir de los fenómenos negativos y residuales de la esquizofrenia.

Sequedad de la boca: la sequedad de la boca, estreñimiento, dificultades en la acomodación visual y retención urinaria, son provocados por efecto anticolinérgico, fundamentalmente en fenotiacinas alifáticas y piperidínicas.

Alteraciones endocrinas: están dadas por cambios menstruales, amenorrea, galactorrea, ginecomastia, disminución de la libido y anorgasmia.

Efectos secundarios de los nuevos antipsicóticos. Entre estos fármacos se destacan la clozapina (Leponex), olanzapina (Zyprexa), risperidona (Risperdal), quetiapina (Seroquel) y ziprasidona (Zeldox), con numerosos efectos secundarios.

Sedación: es un efecto secundario muy frecuente.

La hipotensión ortostática, taquicardia, mareos, rinitis, cefalea, estreñimiento, retención urinaria y dificultades para la acomodación visual, surgen como resultado de los receptores α1-adrenérgicos y el efecto antimuscarínico.

Se han observado crisis convulsivas hasta en el 10 % de los pacientes tratados con clozapina.

La presencia de cambios menstruales, amenorrea, galactorrea, ginecomastia, disminución de la libido, anorgasmia y cuadros de hiperprolactinemia, puede observarse en fármacos como la olanzapina y la ziprasidona.

Síntomas extrapiramidales: pueden aparecer cuadros de rigidez, bradicinesia, temblores, dependiente de la dosis, sobre todo con la risperidona, la olanzapina y la ziprasidona.

Acatisia: ansiedad y agitación.

Agranulocitosis: es el efecto adverso más temido de la clozapina; de tipo idiosincrásico, se observa entre el 1 y el 2 % de los casos tratados y en particular en mujeres. El aumento de peso puede llegar a ser muy importante en algunos pacientes, además de acarrear consecuencias metabólicas, como hiperglucemia, diabetes e hipertrigliceridemia.

Síndrome de retirada: se presenta tras la suspensión brusca del fármaco, con la reagudización del cuadro psicótico.

Alteraciones cardíacas: se pueden presentar arritmias ventriculares y prolongación del intervalo QTc.

BIBLIOGRAFÍA

Abudy, A., Juven-Wetzler, A. and Zohar, J. (2011). Pharmacological management of treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. Department of Psychiatry.

Addington, J., Chaves, A. and Addington, D. (2006). Diagnostic stability over one year in first-episode psychosis. Schizophr Res, 86 (1-3):71.

Aguirre, J.C. (2007). De la psicodelia a la cultura ontogénica. Ediciones Amargord. Colección Soma, 1ra. ed.

Albayrak, Y. (2012). Temperament and character personality profile in relation to suicide attempts in patients with schizophrenia. Comprehensive Psychiatry, 53:1130.

Alcmeon (2010). Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 16 (3):205.

Ayuso-Mateo, J.L., Baca-García, E., Bobes, J, et al. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Rev. Psiquiátrica y Salud Mental, 5:5(108):23. Disponible en: http://www.elservier.es/es/revistas/revista-Psiquiatria-salud-mental--286.

Baca-García, E., Pérez-Rodríguez, M.M., Basurte-Villamor, I., et al. (2007). Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. Br J Psychiatry, 190: 210.

Bao, A.M., Meynen, G. and Swaab, D.F. (2007). The stress system in depression and neurodegeneration: Focus on the human hypothalamus. Brain Research Review, 57 (2):531.

Bobes, J., Arango, C. et al. (2010). Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice. J Clin Psychiatry, 71:280.

Bobes, J., Giner, J. and Sáiz, J. (eds) (2011). Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Triacastela, Madrid.

Bolea, B., Izquierdo, T., Sánchez, J. y Vidal, J. (2007). Urgencias psiquiátricas más frecuentes. En: Carcavilla AB et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. MSD. Madrid.

Bowen, S. et al. (2011). Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide. Nueva York: Guilford Press.

Brand, B.L., Classen, C.C., Mcnary, S. and Zaveri, P. (2009). A review of dissociative disorders treatment studies. J Nerv Ment Dis, 197:646.

Brezo, et al. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts and suicide completions: a systematic review. Acta Psychiatr Scand, 113:180.

Broersma, T.W. and Sytema, S. (2010). Outcome scale as clinical indicador in elderly psychiatry. Gerontol Geriatr, 41 (1):13.

Bryant, R.A., O'Donnell, M.L., Creamer, M., McFarlane, A.C., Clark, C.R. and Silove, D. (2010). The psychiatric consequences of traumatic injury. Am J Psychiatry, 167:312.

Carta, M.G., Balestrieri, M., Murruy, A. and Hardoy, M.C. (2009). Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 5:15.

Chamorro, L. (2004). Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria. Barcelona: Ed. Ars Médica, P. 15.

Chinchilla, A. (2004). Manual de urgencias psiquiátricas. Ed. Masson S.A. P. 3.

Chinchilla, A., Correas, J., Quintero, F.J. y Vega, M. (2010). Manual de Urgencias Psiquiátricas. Elsevier, España, S.L.

Cipriani, A., Barbui, C. (2005). Suicide, depression and antidepressants. Manual del residente de psiquiatría. Madrid: BMJ, 374.

Cohrs, S. (2008). Sleep disturbances in patients with schizophrenia. Impact and Effect of Antipsychotics. CNS Drugs, 22 (11):939.

De la Vega, R. y Zambrano, A. (2013). Demencia vascular [en línea]. Circunvalación del hipocampo, septiembre 2007 [Consulta: 14 octubre]. Disponible en: http://www.hipocampo.org/dv.asp

De Vogli, R., Marmot, M. and Stuckler, D. (2012). Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the Great Recession. J Epidemiol Commun Health; published online Aug 2. http://dx.doi.org/10.1136/jech-2012-201607

Duggan, L., Fenton, M., Rathbone, J., Dardennes, R., El-Dosoky, A. and Indran, S. (2005). Olanzapine for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD001359.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD001359.pub2

Dutta, R.M., Murray, R., Allardyce, J.B., Jones, P. and Boydell, J. (2011). Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort. Schizophr Res, 126:11.

Eack, S.M. et al. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophr Bull, 33:1225.

Ecker, D., Unrath, D., Kassubek, J. and Sabolek, M. (2009). Dopamine agonists and their risk to induce psychotic episodes in Parkinson's disease: a case-control study. BMC Neurology, 9:23.

Ey, H., Bernard, P. and Brisset, C. (2006). Los procesos orgánicos generadores de trastornos mentales. En: Ey H, Bernard P, Brisset C, editors. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Masson, P. 597.

Federico M. Daray, Sairah B. Thommi and S Nassir Ghaemi (2010). The pharmacogenetics of antidepressant-induced mania: a systematic review and meta-analysis. Bipolar Disorders, (12): I7, 702.

Fénelon, G. and Alves, G. (2010). Epidemiology of psychosis in Parkinson's disease. Journal of the Neurological Sciences, 289:12.

Formosos, S.M. and Romero, M.A. (2007). Psychogenic psychosis. Actas Esp Psiquiatr, 35(3):219.

Frampton, J.E. (2010). Olanzapine long-acting injection: a review of its use in the treatment of schizophrenia. Drugs, 70:2, 289.

Fuentenebrio de Diego, F., Diez-Alegría, C., Nieto, M. y Valiente, O. (2005). Conceptos actuales sobre el delirio. En: Vallejo-Ruiloba, J., Leal Cercos, A. Tratado de Psiquiatría. Barcelona. Ars Médica. P. 884.

Goldston, D.B., Daniel, S.S., Erkanli, A., Reboussin, B.A., Mayfield, A., Fraizer, P. and Treadway, S.L. (2009). Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. J Consult Clin Psychol, 77 (2):281.

González, R. (2006). Alcoholismo: abordaje integral. Santiago de Cuba. Ed. Oriente, P. 71.

González-Pinto, A., Alberich, S., Barbeito, S. et al. (2011). Cannabis and first-episode psychosis: different long-term outcomes depending on continued or discontinued use. Schizophr Bull, 37:631.

Greenhalgh, J., Knight, C., Hind, D., Beverley, C. and Walters, S. (2005). Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: systematic reviews and economic modelling studies. Health Technology Assessment, 9 (9):1.

Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. and Ramnath, R. (2006). Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Primera edición, 2001. 2da. edición. Barcelona: Editorial Masson & Elsevier.

Guideline Series: treatment of bipolar disorder (2004). Postgrad Med Special Report, 1-120.

Hales, l. and Robert, E. (2009). Tratado de psiquiatría clínica. Quinta edición. Barcelona: Elsevier. ISBN 978-84-458-1965-4.

Hasin, D., Fenton, M.C., Skodol, A., Krueger, R., Keyes, K., Geier, T., Greenstein, E., Blanco, C. and Grant, B. (2011). Trastornos de la personalidad y el curso de 3 años de alcohol, drogas, y los trastornos por consumo de nicotina. Arch Gen Psychiatry, 68 (11):1158-67. doi:10.1001/archgenpsychiatry. p. 78. PubMed PMID: 22065531; PubMed PMCID central: PMC3500879

Hunter, R.H., Joy, C.B., Kennedy, E., Gilbody, S.M. y Song, F. (2005). Risperidona versus fármacos antipsicóticos típicos para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2. Oxford, Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com

Informe Anual 2009 del Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas (disponible en http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf)

Jeremy, R., Camden, M.D.S., David, R., Spiegel, M.D. (2007). Manic behavior resulting from left frontal closed head injury in an adult with fetal alcohol syndrome. Psychosomatics, 5 (48):433.

Jiménez, I., Sobrino, T., Brea, D., Cristobo, I., Rodríguez-Yáñez, M. (2008). Marcadores inflamatorios post ictus. Unidad de neuropsicología, laboratorio de investigación en neurociencias clínicas, servicio de neurología-unidad de ictus, hospital clínico universitario, Universidad de Santiago de Compostela.

Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (2009). Sinopsis de Psiquiatría. 10ma. ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. and Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: Omens of a Greek tragedy. Lancet, 378:145.

Ku, H.L. et al. (2013). Association between cerebral lesions and emotional changes in acute ischemic stroke patients. Nerv Ment Dis, 201(5):400. doi: 097/NMD.0b013e31828e0fe9.

Lobo, A. y Campos, A. (2004). Los trastornos de ansiedad. Revista Española de Geriatría y Gerontología. Atención Primaria. EMISA, Madrid. P. 69

López-Monpo, C., López-Pavón, I., Ruiz-Izquierdo, J. y Ferro, J. (2011). Alucinaciones visuales en ancianos sin deterioro cognitivo: Síndrome de Charles Bonnet. Semergen, 37 (5):263.

Lowe, B. et al. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. Gen Hosp Psychiatry, 30:191.

Luck, T., Luppa, M., Briel, S., Matschinger, H., König, H.H., Bleich, S. et al. (2010). Mild cognitive impairment: incidence and risk factors: results of the Leipzig longitudinal study of the aged. J Am Geriatr Soc, 58 (10):1903.

Luiz, D., Sotonte, B., Wendy, D., Alan, F., Mohan, G., Tanvir, et al. (2012). Panel de consenso del Reino Unido sobre el inicio de tratamiento con aripiprazol en la manía bipolar. Int J Psychiatry Pract, 16 (4):244.

Luna-Matos, M., Mcgrath, H., Gaviria, M. (2007). Manifestaciones neuropsiquiátricas en accidentes cerebrovasculares. Rev Chile Neuropsiq, 45 (2):129.

Lustman, P.J., Clouse, R.E., Nix, D.B. et al. (2006). Sertraline for prevention of depression recurrence in diabetes mellitus: a randomized double-blind, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry 63 (5):521-9.

Martínez, A.M. (2006). Cuando el camino no se ve. Alcoholismo, hombre y sociedad. Santiago de Cuba. Ed. Oriente, Cuba. P. 57.

Martínez, A.M. (2006). Cuando el camino no se ve. La urgencia psiquiátrica en el paciente drogodependiente. Santiago de Cuba. Ed. Oriente, 7: p. 89.

Martínez, A.M. (2011). Espacios sin humo. Fumar como una adicción. La Habana. Ed. Científico-Técnica. P. 104.

Mechanic, D. (2007). Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment for anxiety and mood disorders: implications for health care policy. J Clin Psychiatry, 68(suppl 2):20-6.

Moos, D.D. (2007). Central anticholinergic syndrome: a case report. J Perianesth Nurs, 22 (5):309-21.

Mosquera, D., González, A., van der Hart, O. (2011). Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. Revista Persona, 11 (suplemento 1): 10-40.

Nielsseno and Large, M. (2010). Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. Schizophrenia Bulletin, 36 (4):702-12.

Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R. (2009). Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev 2008; 30:133-54; Hawton, K., van Heeringen, K. Suicide Lancet, 373 (9672): 1372-81.

Pascual, J.C., Martín-Blanco, A., Soler, J., Ferrer, A., Tiana, T., Alvarez, E. et al. (2010). A naturalistic study of changes in pharmacological prescription for borderline personality disorder in clinical practice: from APA to NICE guidelines. Int Clin Psychopharmacol, 25:349-55.

Pedrero Pérez, E.J. (2009). TCI-R-67: versión abreviada del TCI-R de Cloninger. Proceso de creación y administración a una muestra de adictos a sustancias en tratamiento. Trastornos Adictivos: 11:12-23.

Pedrero, E.J. y Rojo, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. Adicciones, 20: 251-62.

Reeves, A., Stuckler, D., McKee, M., Gunnell, D., Chang, S.S., Basu, S. (2012). Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. Lancet, 380: 1813-4.

Rodríguez, A. (2011). Epónimos de la neuropsiquiatría; enfermedad de Gilles de la Tourette. Corcas Editores, Bogotá DC, 1ra. edición, P. 39.

Roffman, R.A. and Stephens, R.S. (2006). Cannabis dependence. Its nature, consequences and treatment. Cambridge: Cambridge University Press.

Ruiz Veguilla, M., Callado, L. and Ferrin, M. (2012). Neurological soft signs in patients with psychosis and cannabis abuse: A systematic review and meta-analysis of paradox. Current pharmaceutical design, vol.18.

Salem, M.O et al. (2009). Psychogenic psychosis revisited: a follow up study. Int J Health Sci (Qassim), 3(1):45-9.

Strawn, J.R., Keck, P.E. Jr, Caroff, S.N. (2007). Neuroleptic malignant syndrome. Am J Psychiatry, 164(6):870-6.

Sultana, A., Reilly, J., Fenton, M. (2005). Tioridazina para la esquizofrenia (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd

Suppes, T., Dennehy, E.B., Hirschfeld, R.M. et al. (2005). The Texas implementation of medication algorithms: update to the algorithms for treatment of bipolar I disorder. J Clin Psychiatry, 66:870-86.

Vallejo Ruiloba J, Leal Cercos C. (2010). Tratado de Psiquiatría. Vol. 1. Segunda edición. Barcelona: Ars Médica.

Vallejo Ruiloba, J. (2006). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Sexta edición. Barcelona. Editorial Masson & Elsevier. ISBN 978-84-458-1659-2. P. 12.

Vita, A., De Peri, L., Siracusano, A., Sacchetti, E. (2013). Efficacy and tolerability of asenapine for acute mania in bipolar I disorder: meta-analyses of randomized-controlled trials. Int Clin Psychopharmacol.

Waraich, P.S., Adams, C.E., Roque, M., Hamill, K.M., Marti, J. (2005). Dosis de haloperidol para la fase aguda de la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2. Oxford, Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 2. Chicheste.

Zamorano, B. (2005). Algoritmos prácticos. Pract Am, p. 79. Heikki, R. (2004). Drugs used in psychiatric emergencies. Ebm 00711. Duodecim Medical Publication LTD.

Urgencias psiquiátricas pone a disposición de los profesionales de la salud un libro que abarca uno de los hechos de mayor demanda en las diferentes instituciones de atención médica.

Las urgencias psiquiátricas surgen como expresión de la complejidad de la vida cotidiana, matizada por niveles elevados de estrés, incremento de la depresión, tendencia a la automedicación, poca tolerancia a conflictos y problemas especializados, como el abuso de alcohol y drogas, los maltratos, la violencia en forma de suicidio, el homicidio y otros aspectos sociales como el envejecimiento y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Por la sencillez en la descripción de sus cuadros clínicos y los enfoques terapéuticos realizados, esta obra no solo es útil para los profesionales de la psiquiatría, sino también para aquellos que se enfrentan a las urgencias médicas y realizan las primeras indicaciones y remisiones.

Magalis Martínez Hurtado. Máster en Psiquiatría Social. Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesora e Investigadora Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón", en La Habana. Miembro del Comité Académico del Centro para la Enseñanza en Drogodependencia (CEDRO). Autora, entre otros libros, de *Espacios sin humo*, *Toxicomanía y adolescencia*, y *Trastornos afectivos bipolares: perspectivas diagnósticas y terapéuticas*.

ISBN 978-959-212-978-8

9 789592 129788

ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

www.ecimed.sld.cu