

ANUARIO
REVISTA GALLEGA DE PSIQUIATRIA
Y NEUROCIENCIAS



XIV Reunión de la Asociación Gallega de Psiquiatría
IX Congreso Galaico-Asturiano de Psiquiatría

Comunicaciones

VOLUMEN **GALICIA 2004** NÚMERO 8

Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría

SUMARIO

Taller de Trabajo para Medicos de Atención Primaria

ASPECTOS BASICOS DE LA PSICOPATOLOGIA

EI PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) para el reconocimiento y diagnostico de los Trastornos Mentales

M.A. Albarran Barrado.....

Detección y evaluación de los trastornos del ánimo

José Ramón Silveira Rodríguez ; Mario Páramo Fernández.....

los trastornos de ansiedad mas frecuentes en atención primaria. evaluacion y diagnostico según los criterios del PRIME MD-gem

Julio B. Brenlla González.....

Detección Y Evaluación de los Trastornos relacionados con el Alcoholismo

Domingo Miguel Arias.....

Mesa Redonda

LAS CONDUCTAS SEXUALES EN LOS TRASTORNOS MENTALES

Trastornos de la identidad sexual

Alejandro Fernández Pellicer , María de los Angeles Puñal Vidal.....

COMUNICACIONES LIBRES

Casos clinicos

Esquizofrenia de inicio tardío:a propósito de un caso

Primer premio en Comunicaciones Libres de Casos Clinicos

Gómez Bernal GJ, Pumar Cordeiro E, Cibeira Vázquez MA, Iglesias Abellás F, González González M, González Hermida J, Recimil López MJ, García Caballero A, García Lado I, Moreno Tovar F.....

Ganglios basales y psicopatología

Estefanía Pumar Cordero, Paula Cores Viqueira, Germán Gómez Bernal, Ignacio Gómez Reino, Fernanda Iglesias Abellás, Alcira Cibeira Vázquez, Jorge Rodríguez Caride.....

Hipersomnia, hipersexualidad, hiperfagia: a propósito de un caso

Alcira Cibeira Vázquez, Fernanda Iglesias Abellás, Germán Gómez Bernal, Estefanía Pumar Cordero, Marina González González, Javier González Hermida, Ignacio Gómez-Reino Rodríguez, Guillermo Ozaita Arteché M^a José Recimil López, David Simón Lorda.....

El origen del universo

M^a del Carmen García Mahía , Clara Pedrejón Molino.....

El combustible de la psicosis

Pedrejón Molino C, García Mahía MC, Varela Casal P.....

COMUNICACIONES LIBRES

Presentación Oral

Abusos sexuales infantiles en pacientes psiquiátricos.

Primer Premio en Comunicación Oral

Lamas R; Agra, S; Crespo J. M.....

Personalidad patológica en pacientes con trastornos del humor.

Segundo Premio en Comunicación Oral

Vidal Millares M, García Mahía MC, Brenlla González J, Cimadevila Álvarez C.....

El hombre-lobo de allariz (ourense), 1853: una visión desde la psiquiatría actual

Simón Lorda, D.; Flórez Menéndez, G.....

Psicosis Hipocondriaca Monosintomática: Revisión y presentación de un caso clínico

F. Iglesias Abellás ;A. Cibeira Vazquez; E. Pumar Cordero; G. Gómez Bernal; D. Simón Lorda

El intento de suicidio en urgencias. Análisis en un período de 18 meses

García Mahía MC, Vidal M, Cimadevila , Pedrejón C, Varela P, Portela B.....

EXPOSICIÓN DE POSTER

Estudio descriptivo de los intentos de suicidio recogidos por el programa de interconsultas

Paula Cores, Jorge Rodríguez, Ana Villares, Marina González, Fernanda Iglesias, Alcira Civeira, Estefanía Pumar, Germán Gómez, Ignacio Gómez-Reino, David Simón, Francisco Moreno, Isabel Rodríguez, Ernesto Ferrer, Rosa Moure, Gerardo Flórez, Purificación Sevilla.....

Evolución de la demanda asistencial en un programa de interconsulta y enlace (1999-2002)

Pumar Cordero, E.; Iglesias Abellás, F.; Gómez Bernal, G. ; Cibeira Vázquez, A.; Villares Rouco, A.; González Hermida, J.; Cariñena Amigo, L.; Rodríguez Sobrino, I. Simón Lorda, D.; Gómez-Reino Rodríguez, I.; Moreno Tovar, F.; Sevilla Formariz, P.....

Evolución de demanda de asistencia psiquiátrica urgente en el complejo hospitalario de ourense. Años 1999-2002.

Gómez Bernal, G; Cibeira Vázquez , A.; Pumar Cordero, E; Iglesias Abellás, F.; González González, M.; Cores Viqueira, P.; Rodríguez Caride, J. ; Simón, D.; Gómez-Reino, I.; Moreno, F.; Sevilla, P.

Prevalencia de disfunción sexual en pacientes ambulatorios tratados con psicofármacos

S. Santamarina, C. Iglesias, M. Huerta, M. Mazariegos.....

Despistaje de deterioro cognitivo en una población residencial gallega.

Primer Premio Comunicación en Poster

Oscar Taboada Díaz, José R. Silveira Rodríguez.....

Estudio de expresión de receptores de dopamina D₃, implicados en esquizofrenia. Validación de un modelo de marcadores periféricos.

BRENLLA J, PAZ E, ÁLVAREZ VJ, DOMÍNGUEZ E, PADÍN F, BUCETA M.....

Depresión en atención primaria: aspectos sociodemográficos y clínicos. Estudio degas

Serrano M, Páramo M, Iglesias L, Gelabert M, Docasar L., y con la colaboración del grupo Degas (Médicos De Atención Primaria).....

Valoración de la función sexual en pacientes internados en una unidad de rehabilitación

Prado Robles V; Pérez M; Crespo Iglesias J.M; Martínez Formoso S.....

Taller de Trabajo para Médicos de Atención Primaria
ASPECTOS BÁSICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

EI PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) PARA EL

RECONOCIMIENTO Y DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

M. A. Albarran Barrado.....

En el ámbito de la Atención Primaria se ha cifrado la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en torno a un 25%, siendo los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad los que más frecuentemente se encuentran en las consultas de los médicos no psiquiatras.

La mayoría de los estudios señalan que, tanto los médicos de atención primaria como los otros especialistas, detectan sólo la mitad de los pacientes que padecen estos trastornos.

En muchos casos, incluso cuando el trastorno psiquiátrico, como puede ser la depresión, es reconocido, los médicos, los pacientes y los cuidadores la consideran como una reacción normal a la enfermedad, más que como un trastorno que debe tratarse. De hecho, más de la cuarta parte de los casos en los que se ha detectado un trastorno psiquiátrico el médico de atención primaria no toma decisión terapéutica alguna.

La capacidad de los médicos no psiquiatras para detectar trastornos mentales es relativamente baja. En el caso de los médicos de atención se ha calculado que la sensibilidad para detectar este tipo de patología es del 35%, mientras que su especificidad es del 85%.

Las causas de esta baja sensibilidad son varias: Por un lado el motivo de consulta; que se tiende a considerar la enfermedad psiquiátrica como un diagnóstico por exclusión o secundario; por otro los conocimientos que el médico posee sobre la enfermedad mental y su actitud ante el paciente.

La insuficiente identificación de los trastornos psiquiátricos tienen consecuencias negativas para el bienestar de los pacientes, para la economía del sistema sanitario, puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades y también puede

empeorar el pronóstico de la enfermedad médica.

Ante la necesidad de mejorar la capacidad de los médicos de atención primaria en la detección de las enfermedades mentales se incluyó este curso-taller dentro del programa de la XIV Reunión de la asociación Gallega de Psiquiatría y IX Congreso Galaico - Asturiano de Psiquiatría, que se celebró en La Coruña los días 21 y 22 De Noviembre de 2003. Nuestro objetivo es la formación e implantación, en el ámbito de la atención primaria, de un instrumento que ayude a la identificación de los casos con probable psicopatología, el cuestionario PRIME - MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders).

PRIME - MD es un sistema diseñado para facilitar el reconocimiento y diagnóstico rápido y certero de los trastornos mentales que se observan más frecuentemente en los adultos dentro del entorno de la atención primaria. Los diagnósticos PRIME - MD se basan en criterios diagnósticos DSM IV modificados, para facilitar su uso en atención primaria.

Tiene dos componentes: un cuestionario para el paciente y una guía de evaluación para el médico.

- El cuestionario del paciente consta de 25 preguntas, organizadas en cinco grandes áreas diagnósticas, que abarcan los trastornos más frecuentes en atención primaria:
 - Trastorno del estado de ánimo.
 - Trastorno de ansiedad.
 - Trastornos somatiformes.
 - Trastorno de abuso o dependencia de alcohol

Este cuestionario lo rellena el enfermo antes de consultar a su médico, siendo el tiempo promedio de aplicación inferior a diez minutos.

- La guía de evaluación está organizada en los mismos cinco módulos y la utiliza el médico para recoger información adicional en las áreas diagnósticas en las que el paciente ha respondido positivamente.

El diagnóstico de los trastornos mentales que puede padecer el enfermo se hace según avanza el médico en la guía de evaluación.

El cuestionario del paciente actúa como instrumento de detección, estableciendo si el sujeto padece o no una enfermedad psiquiátrica y adelantando el grupo diagnóstico concreto en que podría encuadrarse, mientras que la guía de evaluación confirma o descarta dicho diagnóstico.

El PRIME -MD, en su versión española, presenta una sensibilidad del 81 % Y una especificidad del 66%, cuando se compara con el criterio clínico del psiquiatra. El cuestionario PRIME - MD es un instrumento válido y fiable, con una adecuada sensibilidad y especificidad, que puede ayudar al médico de atención primaria a identificar los trastornos psiquiátricos más frecuentes.

No cabe duda que, el proceso de conseguir una mejor identificación de las enfermedades psiquiátricas, por parte del médico de atención primaria, la posibilidad de disponer de un instrumento con propiedades psicométricas bien establecidas y de fácil aplicabilidad constituye un avance, el PRIME - MD cumple estas condiciones.

Pero hay que dejar claro que el uso de instrumentos de detección en el marco de la actividad clínica habitual, que incluye la toma de decisiones sobre la salud del sujeto, ha de ser enmarcado en un contexto en que los conocimientos, las habilidades y las actitudes del médico sobre y hacia la enfermedad mental sean adecuados. Por ello creemos que a la aplicación rutinaria de este instrumento deben unirse otras medidas relativas a la formación continuada y a la relación de colaboración entre médicos no psiquiatras y psiquiatras.

Sólo así podemos asegurar de forma significativa la mejoría en el diagnóstico y tratamiento de los nacientes con trastornos mentales.

DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ÁNIMO

José Ramón Silveira Rodríguez *; Mario Páramo Fernández **

(* Fundación Pública Hospital Virxe da Xunqueira; ** Hospital Psiquiátrico de Conxo CHUS)

INTRODUCCIÓN.

Una de las patologías más prevalentes en las consultas de atención primaria son los síndromes depresivos, constituyendo de forma global el 21% de todas las consultas en Centros de Atención Primaria de nuestra comunidad gallega. Si los alisamos según la gravedad clínica nos encontramos que este síndrome es de intensidad leve en el 15% de los casos, moderada y severa en el 3% respectivamente. Por sexos es más frecuente que acudan mujeres que hombres por este tipo de consultas (17% de mujeres frente a 11% de hombres en intensidades leves; 3 y 2% en intensidades moderadas; 4 y 2% en intensidades graves). (1)

La depresión en las consultas de atención primaria se presenta principalmente bajo otro tipo de demandas de salud, así en el 72% de los pacientes la clínica depresiva es una demanda secundaria y sólo en el 26% de los casos es la causa principal de demanda. El 70,2% de los pacientes se refieren a otra patología diferente, a otros síntomas psiquiátricos asociados a depresión el 16,7% y a depresión aislada propiamente el 13,1% de ellos. (2)

Los pacientes diagnosticados posteriormente de depresión, en la primera entrevista declaran estados ansiosos en el 66% de los casos, en el 61% estados de ánimo depresivo, en el 55% pérdida de interés, en el 34% trastornos del sueño y en el 26% disminución de la vitalidad. En menor porcentaje encontramos síntomas referidos como pérdida de autoestima, pérdida del apetito, ideas suicidas, trastornos psicosensores, trastornos gastrointestinales, parestesias depresivas o disminución de la concentración:

Estado Ansiosos	66 %
Estado de ánimo depresivo	61 %
Pérdida de interés	55 %
Trastorno del sueño	34 %
Disminución de la vitalidad	26 %
Pérdida de la autoestima	14 %
Pérdida de apetito	14 %
Ideas Suicidas	10 %
Trastornos psicosensoriales	8 %
Trastornos gastrointestinales	7%
Parestesias depresivas	6 %
Disminución de la concentración	5 %

Después de esta exposición somera sobre la epidemiología de la clínica depresiva en las consultas de atención primaria, consideramos de extremo interés por parte de los profesionales de la psiquiatría, colaborar en la formación continuada de los profesionales de atención primaria en materia de la Depresión, ya que actualmente está comprobado que un gran número de casos de depresión no llegarían a los servicios de psiquiatría de no ser identificados en asistencia primaria (3).

Conscientes del exceso de información teórica sobre la depresión que reciben los profesionales de la medicina en la actualidad (en muchas ocasiones sobredimensionada en los aspectos epidemiológicos y terapéuticos sin profundizar sobre los aspectos clínicos) y que da por conocida la psicopatología depresiva elemental, hemos desarrollado un curso principalmente práctico, donde se analiza de forma pormenorizada los distintos signos y síntomas depresivos bajo el guión del módulo de estado de ánimo de la versión española de la escala PRIME-MD (4), y se evalúan de forma individualizada tres vídeos de casos clínicos pertenecientes al material clínico del Curso Identificación y Tratamiento de los Trastornos depresivos en Atención Primaria.

PRIME-MD. GUIA DE EVALUACIÓN PARA EL MÉDICO: MODULO DEL ESTADO DE ÁNIMO: Descripción psicopatológica. (5) (6)

1. Dificultades para dormirse o mantenerse dormido, o dormir demasiado.

Los trastornos que afectan a la cantidad del sueño, en el sentido de su restricción, se denominan INSOMNIO O AGRIPNIA, el cual puede ser completo, afectando a toda la noche, o parcial, mostrando períodos de vigilia en el transcurso de la noche (INSOMNIO DE MANTENIMIENTO), presentando dificultad para conciliar el sueño (INSOMNIO DE CONCILIACIÓN O DEL PRIMER PERÍODO) o teniendo un despertar demasiado pronto (INSOMNIO DEL SEGUNDO PERIODO O INSOMNIO DE TERMINACIÓN). En sentido contrario tenemos la HIPERSOMNIA O LETARGIA en la cual la necesidad de dormir invade la actividad vigil del individuo en mayor o menor medida.

El sueño puede alterarse también en su calidad presentándose como una falta de sueño reparador que condiciona una mala reparación física sin despertares.

2. Sentirse cansado o con poca energía.

La ASTENIA se vivencia en el plano corporal como una laxitud general y en el plano psíquico como una incapacidad de concentración y una reducción en la productividad. Se expresa en términos como sentirse débil, flácido o sin vigor, presentándose como fatiga ante las tareas habituales, necesidad de ser estimulado para las tareas cotidianas, que se viven como algo imposible y en último término y más grave, como abandono total de sus quehaceres.

3. Poco apetito o comer demasiado.

La anorexia es la falta total del deseo de comer, acompañada a veces de repugnancia y asco frente a los alimentos, pudiendo aparecer en un inicio la idea de que comer no resulta apetecible, que la comida a perdido su sabor, masticar o tragar resultan

imposible, acompañadas de adelgazamiento y caquexia en los casos más graves. Es importante conocer los hábitos alimenticios previos, hábitos tóxicos e historial médico.

La Bulimia es un aumento exacerbado del hambre, observable en muchos de los casos asociados a cuadros ansiosos.

4. Poco interés o placer en hacer cosas.

La ANHEDONIA expresa la desconexión emotiva que supone la falta de gusto por las cosas, la incapacidad de vivir situaciones placenteras, la imposibilidad de conectar ni disfrutar con todo, define la desolación sentimental de la situación depresiva. Se presenta como una incapacidad para la anticipación placentera (ANHEDONIA ANTICIPATORIA), una incapacidad para disfrutar con las situaciones que antes le resultaban placenteras (ANHEDONIA CONSUMATORIA) o una pérdida total de la capacidad de disfrute. Se asocia habitualmente una pérdida de interés que conlleva una reducción de actividades habituales, falta de ocio y disminución del rendimiento laboral y aislamiento de los seres queridos. Es imprescindible conocer la gama y profundidad de las actividades habituales previas del paciente.

5. Sentirse decaído, deprimido o desesperado.

El humor depresivo lo constituyen sentimientos de tristeza, desesperanza e infelicidad, o bien sensaciones de pobreza afectiva, desolación emocional, vacío interior y falta de interés. Subyacen las vivencias de apagamiento, disminución de las energías y las capacidades y sensaciones de pérdida de sentimientos. En el grado más extremo nos encontramos con la anestesia afectiva donde no existe respuesta emocional ante estímulos que antes la generaban, llegando hasta el sentimiento de no poder estar triste.

Este sentimiento es frecuentemente acompañado por la tendencia al llanto inmotivado, reparador en un inicio y desgarrador en situaciones de mayor gravedad, pudiendo llegar hasta la incapacidad de llorar de los estados de anestesia afectiva citados previamente.

6. Sentirse mal consigo mismo - o que es Ud. un desastre - o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia.

La pérdida de autoestima se puede expresar como sentimientos de inferioridad, pensando que todo el mundo puede hacer las cosas mejor que él, de impotencia para afrontar o culminar las tareas habituales, de culpabilidad, patológicos por su desconexión con la realidad, intensidad y persistencia, de desprecio hacia uno mismo, e ideas de ser un estorbo hacia los demás. Puede existir una focalización de la atención del paciente en los acontecimientos vitales pasados adversos, recordando solo los fracasos, y una tendencia a la reorganización de su existir previo desde una perspectiva negativa.

7. Dificultad para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o ver televisión.

Los trastornos depresivos involucran de forma directa y con frecuencia los rendimientos de la atención en forma de retracción-disminución de ésta (HIPOPROXESIA). La inhibición de la atención propia del trastorno depresivo es un bloqueo y estado indiferente de la atención, con "rigidificación" y persistencia de esta situación. Se expresa en estado más leves como una disminución de la atención que el sujeto puede corregir, posteriormente interferiría en sus tareas y en un grado más severo, incapacitaría para tareas tan sencillas como ver la televisión, o participar en tertulias.

8. Estar tan inquieto o intranquilo que se mueve mucho más de lo normal. Si no: ¿Y al contrario?- moverse o hablar tan despacio que la gente lo pueda haber notado.

La INQUIETUD PSICOMOTORA se describe como el estado de hiperactividad en el que se encuentran algunos pacientes sin que sus acciones estén dirigidas y elaboradas hacia la consecución de un fin determinado, pudiendo existir un continuo cambio de objetivos y una expresión del desasosiego interno. Se expresa en un inicio como una intranquilidad subjetiva, apareciendo posteriormente hiperactividad y movimientos aparentes pudiendo llegar a un estado de agitación con clínica neurovegetativa.

La BRADIPSQUIA es el estado en el que observamos un déficit de las disponibilidades ideativas con una lenta ordenación asociativa que tiene como expresión

final un pensamiento que cursa de forma trabajosa y lenta, expresándose en primer lugar de forma subjetiva por el paciente, haciéndose aparente en estados de mayor gravedad y pudiendo llegar el estupor o mutismo.

9. En las últimas dos semanas ¿ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera? Si responde SI: Hábleme de ello.

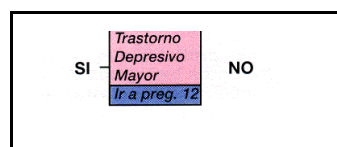
Se expresa en un inicio, indicándonos menor gravedad del síntoma, como pensamientos vagos y pasajeros de muerte, pasando posteriormente a deseos reales de muerte sin concretar, planificación del acto y ensayos previos, y finalmente consumación del acto.

Las autolesiones comprenden un daño corporal que generalmente no compromete la vida, y si sucede así no es una consecuencia deseada por el sujeto. El parasuicidio suele realizarse mediante un método incruento, con allegados en las cercanías sobre los que el paciente consigue normalmente la atención para mitigar la tentativa y mantiene posteriormente un dialogo abierto sobre el acto. El suicidio, en cambio, es el resultado final de una serie de actuaciones dirigidas a producir de forma voluntaria nuestra muerte, incluyéndose las actitudes pasivas que suponen la evitación de actividades para preservar la vida.

En las preguntas 10 a 17 la encuesta intenta orientar al médico sobre el diagnóstico siguiendo las respuestas obtenidas en los ítem previos.:

10. En las preguntas 1 a 9 ¿hay 5 o más respuestas SI?

11. ¿(una de las cuáles es la 4 o la 5)?



REMISIÓN PARCIAL O RECURRENCIA DE LA DEPRESIÓN MAYOR

12. ¿Ha pasado con anterioridad alguna época en la que ha estado aún más decaído o deprimido, o con incluso menos interés o placer en las cosas?
En caso afirmativo: ¿En esa época, tenía Vd. muchos de, los problemas por los que le he preguntado como problemas de sueño, de concentración, cansancio, falta de apetito o poco interés en las cosas? Cuento como SI, sólo si en el pasado el paciente tuvo probablemente 5 de los síntomas de las preguntas 1 al 9 y reconoce actualmente humor deprimido o poco interés o placer.

SI — **Remisión parcial de un Trastorno Depresivo Mayor** NO

DISTIMIA

12. Durante los últimos dos años ¿se ha sentido a menudo decaído o deprimido o -ha notado poco interés o placer en las cosas?
 Cuento como SI sólo si también contesta SI a:
 ¿Le pasaba esto más de la mitad de los días durante los últimos dos años?

SI NO — **Ir a preg. 14**

13. En los últimos dos años ¿Esto le ha supuesto a menudo dificultades para hacer su trabajo, hacerse cargo de sus tareas domésticas o en el trato con la gente.

SI — **Distimia**
Ir a preg. 16 NO

DEPRESIÓN MENOR

14. ¿Se ha diagnosticado Depresión Mayor (incluida la remisión parcial) en las preguntas 100 11?

SI — **Ir a preg. 16** NO

15. ¿Contestó SI dos o más de las preguntas 1 a 9 (una de las cuales es la 4 ó la 5)?

SI — **Trastorno Depresivo Menor** NO — **SALIR**

BIPOLAR

16. ¿Algún médico le ha dicho que tenía usted un trastorno maníaco-depresivo o le ha prescrito litio?

SI — **Añada Excluir Trastorno Bipolar** NO

DEPRESIÓN CAUSADA POR TRASTORNO FÍSICO, MEDICACIÓN U OTRAS DROGAS

17. **En caso afirmativo:** ¿Cuándo fue eso? ¿Sabe Vd. porqué?
 ¿Es probable que los síntomas se deban a los efectos biológicos de un trastorno físico, a la medicación o a otras drogas?

SI — **Añada Excluir Trastorno Depresivo debido a trastorno físico, medicación u otras drogas** NO — **SALIR**
 No es Seguro — **SALIR**

Además de los síntomas explorados debemos considerar que la depresión monopolar recurrente debe cursar con periodos asintomáticos dentro de los 12 meses previos, es frecuente que curse con empeoramiento matutino y escasa respuesta al ambiente, suele presentarse incapacidad de disfrute consumatorio, escasas quejas de secundarismos farmacológicos y mayor gravedad de síntomas.

En el proceso distímico la evolución es crónica, con mantenimiento de los síntomas durante más de dos años de forma continua, suele existir un empeoramiento vespertino, alta reactividad al ambiente e incapacidad para el disfrute anticipatorio. Presentan múltiples quejas de secundarismos farmacológicos y una menor gravedad en los síntomas.

En el trastorno bipolar se alternan los periodos de sintomatología depresiva con otros de alegría exagerada, euforia y gastos excesivos pudiendo haberse enriquecido y arruinado en varias ocasiones. Es posible que aparezca la clínica tras recibir tratamiento antidepressivo. Debemos explorar la posible existencia de tratamientos previos con fármacos eutimizantes.

CASOS CLÍNICOS:

Paciente #1

Hasta hace 2 años, La Sra. G.R., de 62 años de edad, trabajaba de contable. Poco después de retirarse, su marido sufrió un serio ataque al corazón. Durante 6 meses, no ha parado de quejarse de dolores en el pecho y de palpitaciones; piensa que algo va mal en su corazón ya que siempre se siente cansada. Sin embargo, los exámenes que le practicó su cardiólogo no revelaron anormalidad alguna. El aspecto de la paciente es bueno, y su comportamiento no llama la atención.

En los últimos meses, ha acudido a la consulta del médico cada vez con mayor frecuencia, unas veces con quejas relativas a su corazón y otras con síntomas diferentes: cansancio, estreñimiento y dolor "artrítico" localizado en las manos. Cada vez encuentra más difícil llevar a cabo sus labores domésticas. Ya no disfruta de sus comidas como

hacía antes. Aunque duerme el mismo número de horas de siempre, manifiesta que su sueño es ahora menos satisfactorio, y que no se despierta descansada. Se le hace pesado estar con sus amigos de siempre y a veces, incluso con su propia nieta. Debido a su actual menor capacidad para concentrarse, le cuesta realizar una de sus mayores aficiones: los crucigramas.

-Su médico: Procura que admita sentirse triste o deprimida, pero ella parece muy reacia a aceptar tales sentimientos. Cuando se le pregunta acerca de su estado emocional, se muestra evasiva, y sólo confiesa tener demasiadas preocupaciones desde que ella y su marido han enfermado, asegurando que: "me da la sensación que nunca más volveremos a encontrarnos del todo bien".

Análisis Psicopatológico:

- Somatizaciones (Inicio hace 6 meses)
 - ◆Palpitaciones
 - ◆Dolores Osteoarticulares
 - ◆Estreñimiento
- Fatiga,
- Falta de motivación e interés
- Perdida de gusto por la comida
- Fatiga / Astenia
- Falta de sueño reparador
- Pérdida de interés en tareas habituales
- Falta de concentración
- Angustia anticipatoria
- Hiperpreocupación

Paciente #2

La Sra. M. G., de 45 años de edad, presenta un buen estado de salud general. Hace 7 años, justo después de someterse a una intervención donde se le practicó una histerectomía con ooforectomía, sufrió un episodio de depresión leve. Acude ahora a su médico quejándose de agotamiento y alteraciones del sueño. El médico se da cuenta que la Sra. Mónica C. viene pobremente aseada y que no para de agitarse, morderse las uñas, y levantarse de su silla.

Dedica parte del día a trabajar en una floristería que regenta junto a su hija. Vive con su marido; el más joven de sus hijos se fue de casa hace ahora 2 años. Desde hace uno o dos meses, la Sra. M G. explica que sus preocupaciones por "las pequeñas cosas" le han supuesto horas de vigilia una vez acostada. Asimismo se despierta temprano y, en total, duerme 3 ó 4 horas cada noche. Solicita medicación hipnótica. Sin embargo, tras preguntarle más extensamente acerca de cómo se siente, admite un permanente estado de tristeza. Dice haber perdido interés en su trabajo, y añade que le cuesta mucho esfuerzo concentrarse. Y tras indagar más profundamente en sus problemas físicos, relata "Un nudo en el estómago", "Un nudo en la garganta", y dolores de cabeza coincidiendo con situaciones de alta tensión emocional. Solicita ayuda, alegando que "No deseo continuar viviendo así". Pero cuando se le pregunta si han pasado por su cabeza ideas de suicidio, contesta: "No. Lo que quiero es volver a ser la misma de antes".

Admite que está triste y que llora a menudo; su marido nos lo confirma. Cuando el médico la interroga acerca de su relación matrimonial, replica que "A veces me pregunto si vale la pena el esfuerzo, parece que estamos tan alejados. Le quiero, y él lo intenta, pero me siento tan vacía...". Las relaciones con sus amigos y su hija también se han deteriorado. Cuando se le pide que compare su depresión con la que sufrió 7 años antes, manifiesta que "No recuerdo haber sentido tanta desesperanza la otra vez".

Análisis Psicopatológico:

- Depresión leve hace 7 años
- Insomnio
 - ◆ Conciliación
 - ◆ Despertar precoz
- Rumiación / Hiperpreocupación
- 2 meses de evolución
- Fatiga / Anergia
- Humor Depresivo
- Ansiedad con clínica Neurovegetativa
 - ◆ Bolo faríngeo
 - ◆ Nudo Gástrico
 - ◆ Tensión interna
 - ◆ Cefalea tensional
- Ideas de muerte vagas
- Recuperación adecuada de eventos vitales negativos
- Llanto inmotivado
- Irritabilidad marcada
- Pérdida de interés en sus tareas habituales
- Hipoprosexia
- Descuido de su aspecto físico
- Pesimismo
- Sentimientos de malestar con si misma

Paciente #3

El Sr. S. M., de 30 años de edad, trabaja como técnico electricista y vive con sus padres. Fue su hermana quien solicitó hora al médico, alegando que en las últimas semanas su hermano "no es el mismo de siempre. Parece retraído, vaga por la casa todo el día, y suele faltar al trabajo". Cuando se le pregunta, relata que desde hace un mes se siente fatigado, y no duda en admitir sus sentimientos de tristeza. Se le aconsejó dejar el tabaco debido a un ataque de bronquitis, pero explica penosamente que "Es una de las pocas cosas que todavía me producen placer".

Presenta un aspecto desaliñado, y durante la consulta, parece sentirse incómodo y distante. En ningún momento se atreve a cruzar la vista con el médico.

Declara que ha perdido el apetito y que ahora come poco. Comenta que se despierta muy temprano y yace en la cama nervioso hasta la hora de levantarse. Le resulta difícil interesarse o mostrarse competente en su trabajo, problema que su jefe ya ha empezado a observar y censurar. Las tareas más simples requieren ahora grandes esfuerzos por su parte. Su madre está preocupada, su padre se exaspera y el paciente es consciente de su falta de ambición, y no cree probable que su vida pueda mejorar. Cuando el médico le pregunta si "¿Cree que vale la pena vivir? ", responde: "De hecho, no".

Y cuando se le inquiera si alguna vez ha intentado suicidarse, confiesa que en un par de ocasiones, después de haber bebido, le ha pasado por la cabeza tomarse una sobredosis de la medicación que toma su madre. Sólo la preocupación que siente por su madre y sus hermanas ha logrado detenerle.

Análisis Psicopatológico:

- Aspecto derrotado y cansado
- Lenguaje lento monótono y de bajo tono
- Fatiga / Astenia
- Disminución casi total de sus intereses
- Despertar precoz
- Rumiación del pensamiento
- Fatiga /astenia
- Anorexia
- Desesperanza
- Disminución del rendimiento laboral
- Bradipsiquia
- Humor depresivo
 - ◆Incapacidad de sentir emociones
 - ◆Arreactividad afectiva
- Aislamiento de sus allegados
- Sentimientos de culpa
- Hipoprosexia
- Proyecto suicida con tentativa previa

BIBLIOGRAFÍA.

1. A. Rodríguez, I. Salazar, I. González, E. Ferrer. Detección de la depresión en atención primaria PTD España 1997.
2. LIBRO BLANCO: La calidad asistencial de la depresión en España, y la colaboración entre la psiquiatría y la asistencia Primaria, para su mejora. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. Madrid. 1997.
3. L. Agüera; B. Reneses; P.E. Muñoz. Enfermedad mental en Atención Primaria. Flas S.L. Madrid 1996.
4. PRIME - MD ha sido desarrollado por Robert L. Spitzer, MD Janet B.W.Williams, DSW, Kurt Kroenke, MD, Mark Linzer, MD, Frank Verloin de Gruy III, MD, Steven R. Hahn, MD y David Brody, MD, y patrocinado por Pfizer Inc. La traducción y adaptación al español ha sido realizada por E. Baca, J. Saiz, L. Agüera, L. Caballero, A. Fernández-Liria y J. Ramos-Brieva.
5. (5).COMPENDIO DE PSICOPATOLOGÍA. López Sánchez, JM; Higuera Aranda, A. Circulo de estudios psicopatológicos. Cuarta edición.1996.
6. Guia de Salud mental para Atención Primaria. Servicio de Publicaciones del principado de Asturias. 1997.

LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD MAS FRECUENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA. EVALUACION Y DIAGNOSTICO SEGÚN LOS CRITERIOS DEL PRIME MD-GEM

Julio B. Brenlla González

EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los trastornos psiquiátricos aparecen en un alto porcentaje de los pacientes consultados en atención primaria, principalmente los trastornos de ansiedad y trastornos depresivos. Goldberg y Blackwell (1970) encontraron utilizando las primeras versiones de el GHQ (*General Health Questionnaire*) y CIS (*Clinical Interview Schedule*) en una muestra de 553 pacientes una prevalencia de psicopatología del 32,2%. Posteriores estudios utilizando los mismos instrumentos de diagnóstico encontraron resultados similares, con prevalencias situadas entre el 36,9% y el 39,7%.

En el estudio internacional dirigido por la OMS realizado en quince países (Ustun y Sartorius, 1995) y utilizando criterios ICD-10 se cifró la prevalencia media de trastornos psiquiátricos en atención primaria en un 24%, con cifras que oscilaban entre el 7,3% y el 52,5%. Los trastornos depresivos (10,4%), el trastorno de ansiedad generalizada (7,9%) y la dependencia de alcohol (2,7%) fueron los diagnósticos más encontrados y en un 9,5% coexistían dos o más trastornos psiquiátricos. Además se encontró que un 9% presentaban trastornos subsindrómicos, entendiendo por esto grupos definidos de síntomas que no llegaban a alcanzar categorías diagnósticas bien establecidas en la clasificación ICD-10. Una característica encontrada, ya apuntada en numerosos estudios anteriores fue la mayor frecuencia de cuadros depresivos en las mujeres. Estos cuadros también aparecieron más en personas con bajo nivel educacional. Con respecto a los trastornos de ansiedad, aparecieron más frecuentemente asociados a enfermedad física y pobre nivel educacional.

En España se realizaron múltiples estudios de prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria, las prevalencias obtenidas por los autores difieren significativamente, en razón posiblemente, a las distintas metodologías utilizadas para tal fin, García Boro (1985), Pérez Echevarría (1993), Aguera (1996) obtienen unas prevalencias que oscilan entre un 27 y 29,6% .

Padierna (1988), Rollán (1989) obtienen prevalencias de un 40 y 47% respectivamente, mientras que Martínez (1993) obtiene una prevalencia de un 19%. Baca (1998) utilizando como instrumento el Prime-MD /Scan obtiene una prevalencia del 26,4%.

En nuestro país, el estudio Zaragoza (1993) pone de manifiesto que la ansiedad y depresión son los problemas más frecuentes dentro de nuestro entorno, llamando la atención sobre el trastorno por ansiedad generalizada, trastorno ansioso adaptativo, trastorno distímico y trastorno depresivo adaptativo.

Arrojo estudiando con el instrumento PRIME-MD (hoja del paciente) Encuentra que , 61,39 % de los pacientes que acuden a atención primaria presentan algún tipo de síntoma ansioso .En lo que respeta a la distribución por sexos,se encontraron posibles casos de ansiedad en el 50% de los hombres,y en el 68,33% de las mujeres, existiendo diferencias en los posibles casos de ansiedad en todas las franjas etarias, siempre con mayores cifras en las mujeres.El mayor porcentaje de posibles casos entre la muestra se encontró en las mujeres de entre 45 y 64 años, donde el 75% de ellas presenta un posible trastorno de ansiedad.En los varones el mayor porcentaje de posibles casos se situó en la franja etaria que va hasta los 45 años alcanzando valores del 66,7%.

Las manifestaciones depresivos se manifestaron en un 41,70% de la muestra.En cuanto a diferencias de genero el 30,82% son varones y en el 48,33% mujeres.Las cifras mayores de posibles casos las encontramos en las mujeres mayores de 64 años, donde el 56,7% de ellas tiene un posible trastorno depresivo.En los varones, la mayor cifra de trastornos depresivos fue encontrada en la franja etaria entre los 45 y 65 años, donde un 34,3% presenta un posible trastorno depresivo.

CONCEPTOS DE ANSIEDAD MIEDO Y ANGUSTIA

La **ansiedad** es una emoción que presenta los siguientes componentes :

- Neurofisiológico: determinado por la hiperactividad del Sistema Nervioso, bien como consecuencia de una estimulación externa o como producto de alteraciones en las estructuras o funciones cerebrales que se traduce en un estado de alertización o hipervigilancia.

- Psicológico: generando una experiencia emocional de desagradabilidad asociada a tensión preocupación e intranquilidad, que a nivel conductual puede manifestarse por sobresalto o hipermotilidad, o bien por sobrecogimiento e inmovilidad.
- Periférico: producto de la hiperactividad del sistema nervioso periférico, generando manifestaciones somáticas como: taquicardia o palpitaciones, mareos o inestabilidad, disnea o sensación de ahogo, sudor o enrojecimiento etc.

Dichos componentes aparecen igualmente en el **miedo**, pero este sentimiento se diferencia de la ansiedad y angustia en que es reactivo y normal ante una situación de peligro, acompañándose siempre de un objeto concreto.

No es fácil diferenciar ansiedad y angustia, en realidad nos encontramos ante matices de la misma expresión, en la ilustración 1 se resumen las diferencias más significativas entre ambas y con el miedo, y dado el objetivo fundamental de este fascículo trataremos ambos términos como sinónimos, refiriéndonos a ellos como ansiedad.

Es importante señalar que la ansiedad se halla siempre presente en nuestras vidas, existen múltiples situaciones que condicionan la presencia de la misma sin que esto suponga una condición de anormalidad.

ANSIEDAD NORMAL Y PATOLOGICA

La ansiedad normal se considera que cumple una función **adaptativa** permitiendo al individuo sobrevivir en situaciones peligrosas, favoreciendo el aprendizaje, rendimiento y motivación; es de **intensidad leve o moderada**, no genera gran malestar psicológico, siendo éste transitorio sin tener gran repercusión en la autonomía y calidad de vida del individuo, y teniendo siempre relación con sus estímulos provocadores.

Ejemplos de situaciones que generan esta situación pueden ser los preparativos de un viaje que se desea, la espera del nacimiento de un hijo, la realización de un examen etc.

La ansiedad pierde el carácter de normal y pasa a ser patológica cuando **deja de ser adaptativa** y esto ocurre por diversas razones:

1. Cuando el sujeto se halle sometido a una estimulación muy intensa y/o persistente, que suele estar en relación con estímulos novedosos, amenazantes o sorprendentemente intensos, que denominamos ESTRES.
2. Por el padecimiento de un trastorno endógeno, ligado frecuentemente a factores hereditarios.
3. La combinación entre los dos anteriores, así podemos encontrarnos con personas muy vulnerables que terminan por padecer un trastorno de ansiedad ante una situación estresante.

Otras características de la ansiedad patológica son su inadecuación al estímulo que la provoca, su gran intensidad y duración, el que sea recurrente (incluso sin precipitantes), gran sufrimiento personal con manifestaciones somáticas múltiples, y grave repercusión en la autonomía y calidad de vida personal .

SINTOMATOLOGIA ANSIOSA

Una forma sencilla de clasificar la sintomatología ansiosa es considerar dos grupos de síntomas, por un lado los físicos y por otro los psíquicos , entre los primeros se aprecian alteraciones de los distintos sistemas del organismo (respiratorio, circulatorio, nervioso central y periférico, digestivo ,etc.) y entre los segundos afectación de las funciones psíquicas (cognitivas, motivacionales , afectivas, etc). (Ilustración 1)



Ilustración 1: síntomas psíquicos y físicos de la ansiedad.

Es importante que el médico de atención primaria tenga siempre presente que estos síntomas no son específicos de la ansiedad, aparecen en otros trastornos tanto somáticos como psiquiátricos que deben ser descartados antes de considerar que se trata de síntomas ansiosos.

Igualmente dichos síntomas no tienen que aparecer en su totalidad, lo habitual es que se presenten agrupados en constelaciones cumpliendo unas determinadas características que nos permitan identificarlos dentro de un determinado trastorno (Trastorno por angustia, Ansiedad generalizada, Trastorno por estrés postraumático etc.).

Es importante intentar localizar las agrupaciones sintomatológicas de la ansiedad con el objetivo de llegar a un diagnóstico adecuado del trastorno base y su posterior manejo terapéutico.

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD

En la actualidad son dos las clasificaciones de los trastornos psiquiátricos que intentan salvar las diferencias entre los distintos especialistas en base a los distintos modelos teóricos que defienden. Por un lado existe la propuesta de la Asociación Psiquiátrica Americana (A.P.A) con la elaboración de las D.S.M actualmente en su 4ª revisión y por otra la de la OMS (CIE 10) en el apartado de trastornos mentales y del comportamiento .

La DSM IV presenta un listado de 10 trastornos, frente a la CIE 10 que los clasifica en tres grandes categorías, los trastornos de ansiedad fóbica, otros trastornos de ansiedad, Trastorno obsesivo compulsivo y reacciones al estrés graves y trastornos de adaptación.(Ver tabla 1)

Tabla 1: clasificación de los trastornos de ansiedad (criterios DSM IV y CIE 10).

DSM IV	CIE 10
1.-Trastorno por Angustia: Sin Agorafobia Con Agorafobia	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA 1.-Agorafobia Sin trastorno orgánico Con trastorno orgánico 2.-Fobias Sociales 3.-Fobias específicas (aisladas) 4.-Otros trastornos de ansiedad fóbica 5.-Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación
2.-Agorafobia sin historia de crisis de angustia	
3.-Fobia específica (Fobia simple)	
4.-Fobia social (Trastorno por ansiedad social)	
5.-Trastorno obsesivo compulsivo	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD 1.-Trastornos de pánico (ansiedad paroxística episódica) Moderado Grave 2.-Trastorno de Ansiedad Generalizada 3.-Trastorno mixto ansioso depresivo 4.-Otro trastorno mixto de ansiedad 5.-Otros trastornos de ansiedad especificado 6.-Trastorno de ansiedad sin especificación
6.-Trastorno por estrés postraumático	
7.-Trastorno por estrés agudo	
8.-Trastorno por ansiedad generalizada	
9.-Trastorno por ansiedad secundario a un trastorno médico o inducido por el consumo de sustancias	
10.-Trastorno por ansiedad no especificada	
	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO 1.-Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas 2.-Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos) 3.-Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos 4.-Otros trastornos obsesivos-compulsivos 5.-Trastorno obsesivo compulsivo sin especificación
	REACCIONES A ESTRES GRAVES Y TRASTORNOS DE ADAPTACION 1.-Reacciones a estrés agudo Leve Moderado Grave 2.-Trastorno de estrés postraumático 3.-Trastorno de adaptación Reacción depresiva breve Reacción depresiva prolongada Reacción mixta de ansiedad y depresión Con predominio de alteración de otras emociones Con predominio de alteraciones disociales Con alteraciones de las emociones y disociales mixtas Con otros síntomas predominantes especificados 4.-Otras reacciones estrés graves 5.-Reacción a estrés grave sin especificación

PRIMERA ENTREVISTA Y DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Llegar a un diagnóstico de Trastorno por Ansiedad no supone la utilización de un método distinto del que se pueda utilizar en cualquier otra especialidad médica, ya la primera entrevista con el paciente entra a formar parte del programa terapéutico global.

Citaremos como pasos importantes dentro de la primera entrevista y fundamentales para llegar a un diagnóstico:

1.-Escuchar atentamente al enfermo intentando averiguar lo que desea transmitir ,tanto a nivel de sus palabras como con sus gestos, esto no supone el que no podamos

interrumpirlo cuando tengamos alguna duda, pero siempre de forma amable, tranquila y serena

2.- Preguntar de forma directa sobre grupos sintomatológicos que nos permitan descartar otros trastornos orgánicos y psiquiátricos donde se pueda manifestar la sintomatología ansiosa y que nos orientan en una determinada dirección diagnóstica (síntomas fóbicos, obsesivos, crisis de pánico, etc.)

3.- Tener presente que todos los trastornos de ansiedad los podemos englobar dentro de tres categorías, en primer lugar la ansiedad secundaria a otros trastornos y al consumo o abstinencia de determinadas sustancias, en segundo lugar la ansiedad secundaria a situaciones estresantes y en tercer lugar la ansiedad como un determinado tipo de trastorno autónomo. (Ver ilustración nº2)

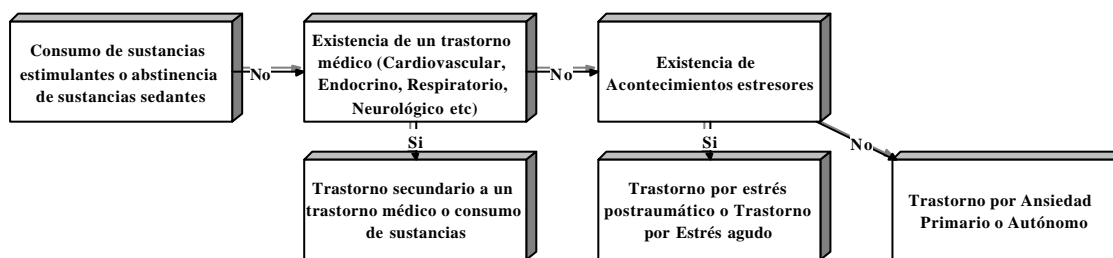


Ilustración 2: árbol de decisión en la identificación de los trastornos de ansiedad.

4.- Evaluar el estado del paciente durante la entrevista mediante una exploración psicopatológica sencilla, prestando especial atención a su aspecto, conducta, manera de hablar, humor, conciencia del trastorno, vigilancia, orientación témporespacial, memoria y autonomía.

5.- Explorar sistemáticamente los parámetros físicos que nos permitan descartar la presencia de patología somática que curse con sintomatología ansiosa y garantizarle al paciente que los síntomas que presenta se deben a un trastorno psiquiátrico.

Es importante tener en cuenta que un paciente puede presentar de manera simultánea varios trastornos psiquiátricos, ya sean de tipo ansioso o de otro tipo, por lo que es fundamental no centrarse única y exclusivamente en uno.

EL PRIME M.D.: GUIA DE EVALUACION PARA EL MEDICO MODULO DE LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD

EL PRIME-MD es un instrumento desarrollado para poder detectar por el médico de familia y de atención primaria, los problemas psiquiátricos mas frecuentes en la consulta de atención primaria.

Consta de dos apartados:

1.- CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE:

A cumplimentar por el paciente, cumple el objetivo de detectar posibles casos psiquiátricos . Dos grupos de ítems

a.- Filiación: identificación del paciente por su nombre, sexo, edad, estado civil y nivel educativo

b.- 25 cuestiones en relación los siguientes módulos :

- SOMATOMORFO: Cuestiones 1 AL 15
- CONDUCTA ALIMENTARIA: Cuestión 16
- ESTADO DE ANIMO : Cuestiones 17 y 18
- ANSIEDAD: Cuestiones 19, 20 y 21
- ALCOHOL : Preguntas 22 a 25.

Todas se contestan de manera afirmativa o negativa, en razón a como se ha encontrado el paciente respecto al último mes.

Las cuestiones relacionadas con el módulo de ansiedad en el cuestionario al paciente son

DURANTE EL ULTIMO MES SE HA ENCONTRADO

19.- “NERVIOSO”, ANSIOSO O APUNTO DE EXPLOTAR

20.-PREOCUPADO POR MUCHAS COSAS DIFERENTES

21.- HA TENIDO UN ATAQUE DE ANSIEDAD (SENTIR DE REPENTE MIEDO O PANICO)

Si el paciente contesta afirmativamente a una de ellas, el médico deberá entrevistar al paciente (en el módulo de ansiedad)

2.- GUIA DE EVALUACION PARA EL MEDICO (GEM)

Lo configuran 60 cuestiones, estructuradas en 5 módulos

- MODULO ESTADO DE ANIMO de la 1 a la 17
- MODULO DE ANSIEDAD:
 - PANICO: 18 A 31
 - ANSIEDAD GENERALIZADA : 33 A LA 42
 - ANSIEDAD DEBIDO A TRASTORNO FISICO, MEDICACION U OTRAS DROGAS 45
- ABUSO / DEPENDENCIA ALCOHOL dos secciones,
 - A: Confirmar las contestaciones afirmativas en el cuestionario del paciente en el apartado de alcohol (preguntas 22 a la 25)
 - B: 46 a la 51 de la guía de evaluación del médico
- ALIMENTACION: 52 a 58
- SOMATOMORFO: 59 Y 60

Los módulos a evaluar por el médico dependerá del número de respuestas afirmativas que el paciente haya contestado en el cuestionario previo, y viendo si cumple criterios de caso- no caso en cada módulo, no siendo necesaria la evaluación de aquellos módulos en que no cumplan criterio de inclusión. En el caso de los trastornos por ansiedad no sería necesaria la evaluación por parte del médico si ha contestado negativamente a las tres preguntas que configuran dicho módulo (19 a la 21) en el cuestionario del paciente.

GUIA DE EVALUACION PARA EL MEDICO (GEM) EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

TRASTORNO DE ANGUSTIA O PANICO

CONCEPTO

Este trastorno está caracterizado por la aparición inesperada y espontánea de episodios de ansiedad intensa o miedo que duran en general menos de una hora, adquiriendo su máxima intensidad a los 10 minutos y se acompañan de síntomas somáticos como palpitaciones y taquipnea, seguidas de la aparición, durante un período como mínimo de 1 mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias (**ansiedad anticipatoria**). No siendo explicadas por la presencia de otro trastorno orgánico o psiquiátrico.

A menudo se presenta con **agorafobia**, es decir, miedo a quedarse solo en lugares públicos de donde sería difícil salir en caso de producirse una crisis.

EVALUACION DEL TRASTORNO POR ANGUSTIA O PANICO PRIME.-MD(GUIA EVALUACION PARA EL MEDICO)

PREGUNTAS 18, 19 y 20 DE LA GUIA DEL PRIME-MD QUE NOS ORIENTAN AL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO POR ANGUSTIA

18.-HA PADECIDO DURANTE ESTE ULTIMO MES MAS DE UNA CRISIS DE MIEDO INTENSO O PANICO O ANGUSTIA? SI CONTESTA NO IR PREGUNTA 33.

19.-¿SURGE LA CRISIS DE REPENTE Y SIN RAZON? SI CONTESTA NO IR PREGUNTA 33

20.-¿LE HA PREOCUPADO MUCHO LA POSIBILIDAD DE PADECER OTRA CRISIS O DE QUE LE PASARA ALGO MALO? SI CONTESTA NO IR PREGUNTA 33.

Las preguntas 18, 19 y 20 del PRIME MD cuando se contestan afirmativamente nos orientan al diagnóstico del Trastorno por angustia o de Pánico.

- **EXPLICACION PREGUNTA 18 : ¿HA PADECIDO DURANTE ESTE ULTIMO MES MAS DE UNA CRISIS DE MIEDO INTENSO O PANICO O ANGUSTIA?**

La estructura básica que define el Trastorno por angustia es la crisis paroxística de angustia

Debemos tener presente que las crisis son episodios súbitos que se manifiestan con síntomas autonómicos y psicológicos, que aumentan rápidamente en intensidad (en 10 minutos suele alcanzar el pico máximo) de duración variable (muy raro que duren mas de una hora, cuando ocurre esto hay que sospechar en exacerbaciones sintomatológicas de un estado de ansiedad mas generalizado.

Siguiendo los criterios del PRIME-MD, tenemos que tener la seguridad de que al menos presenta 4 de los síntomas correspondientes a las preguntas 21 a la 31 de la guía (La mayoría manifestaciones autonómicas de la crisis de angustia).

PREGUNTAS 21 A LA 32 DE LA GUIA DEL PRIME-MD QUE DEFINEN LA CRISIS DE ANGUSTIA O DE PANICO

21. ¿LE FALTABA LA RESPIRACION?	25. ¿SENTIA COMO SI SE ESTUVIESE AHOGANDO?	29. ¿SENTIA HORMIGUEO O ADORMECIMIENTO EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO?
22. ¿LE LATIA EL CORAZON MAS APRISA, MAS FUERTE O A SALTOS?	26. ¿SENTIA SOFOCOS O ESCALOFRIOS?	30. ¿TEMBLABA O SE ESTREMECIA?
23. ¿SENTIA DOLOR EN EL PECHO U OPRESION?	27. ¿TENIA NAUSEAS O EL ESTOMAGO REVUELTO O LA SENSACION DE TENER DIARREA?	31. ¿TENIA MIEDO DE ESTARSE MURIENDO?
24. ¿SUDABA?	28. ¿SE SENTIA MAREADO O INESTABLE O DESFALLECIDO?	32. ¿HA MARCADO CUATRO O MAS DE LAS PREGUNTAS 21 A 31?

Así el comienzo de una crisis , exclusivamente con las palpitaciones, puede ser la consecuencia del padecimiento de una taquicardia paroxística del paciente , pero no de una crisis de angustia.

El diagnóstico de Trastorno por angustia se realiza cuando un paciente presenta varias crisis de angustia (o si solo presenta una crisis, manifiesta un intenso temor a poder padecerlas).

- **EXPLICACION PREGUNTA 19: .-¿SURGE LA CRISIS DE REPENTE Y SIN RAZON?**

Si el paciente cumple los criterios de crisis de angustia, el siguiente paso a dar es que dicha crisis no se de ante situaciones específicas , determinadas circunstancias sociales, o condiciones de peligro objetivo para la persona, es decir que las crisis sean imprevisibles o inmotivadas, así en los trastornos fóbicos (Fobia específica o Social) las crisis son previsibles ante el objeto fóbico , igual ocurre en otros trastornos ansiosos como el Trastorno obsesivo compulsivo o Trastorno por estrés agudo. El carácter primario e inmotivado de la crisis de angustia son necesarios para realizar el diagnóstico de Trastorno por angustia.

- **EXPLICACION PREGUNTA 20: .-¿LE HA PREOCUPADO MUCHO LA POSIBILIDAD DE PADECER OTRA CRISIS O DE QUE LE PASARA ALGO MALO?**

La experiencia subjetiva que padece el paciente con crisis de angustia, determina con frecuencia que presente un temor persistente al padecimiento de otras crisis, es lo que denominamos ansiedad anticipatorio.

Igualmente los pacientes con crisis de angustia, pueden estar convencidos de que la causa de la misma es una enfermedad orgánica grave (muy frecuentemente piensan el que puedan padecer un infarto), en otras ocasiones consideran el que puedan estar volviéndose loco (sobre todo si la crisis se manifiesta con despersonalización o desrealización, al percibirse como algo extraño en la despersonalización, o percibir como extraño el mundo exterior).

Frecuentemente, la conducta del paciente se modifica, deja de salir de casa, deja de conducir, no va a lugares públicos etc, evita pues las situaciones en donde la crisis se ha

manifestado, este cambio conductual tiene como finalidad el no padecer la crisis de angustia, cuando detectamos esos cambios comportamentales, debemos sospechar en la presencia de agorafobia, como una complicación frecuente en el trastorno de angustia.

TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA

CONCEPTO

Es un trastorno de ansiedad cuya evolución es crónica y fluctuante que persiste mas de 6 meses y se manifiesta en forma de **preocupaciones** sobre dos o mas circunstancias vitales (aprehensión cognitiva) como familia o trabajo, con síntomas de **tensión motora** como la inquietud, cefaleas de tensión, dificultad para relajarse, etc., **hiperactividad a nivel vegetativo** con sensación de nudo en la garganta, sudoración en las palmas de las manos, taquicardia, etc., e **hipervigilancia** produciendo distraibilidad, irritabilidad, alteración en la concentración etc.

EVALUACION DEL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA : PRIME.-
MD(GUIA EVALUACION PARA EL MEDICO)

33. ¿SE HA SENTIDO EN ESTE ULTIMO MES NERVIOSO, ANSIOSO O A PUNTO DE EXPLOTAR?(MAS DE LA MITAD DE LOS DIAS) SI CONTESTA NO IR PREGUNTA 44 EN ESTE ULTIMO MES HA SUFRIDO A MENUDO ALGUNO DE ESTOS PROBLEMAS

34. ¿ESTAR TAN INQUIETO QUE LE RESULTA DIFICIL MANTENERSE SENTADO?	36. ¿TENSION MUSCULAR, DOLORES O DOLORIMIENTO?	38. ¿DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE EN COSAS COMO LEER O VER LA TV?
35. ¿CANSARSE MUY FACILMENTE?	37. ¿DIFICULTADES PARA DORMIRSE O MANTENERSE DORMIDO	39. ¿IRRITARSE O ENFADARSE FACILENTE?

40. ¿HA MARCADO SI DOS O MAS PREGUNTAS DE 34 A 39?.SI CONTESTA NO IR PREGUNTA 44

41. EN ESTE ULTIMO MES LOS PROBLEMAS LE HAN SUPUESTO DIFICULTADES PARA HACER SU TRABAJO O TAREAS DOMESTICAS, O PARA RELACIONARSE CON LOS DEMAS?

42. EN LOS ULTIMOS 6 MESES ¿SE HA PREOCUPADO MUCHO POR DISTINTAS COSAS? (TRABAJO, FAMILIA, ESTUDIOS ETC)

43. CUANDO SE PREOCUPA DE ESTA FORMA ¿SIENTE QUE NO PUEDE EVITARLO?

44. HA CONTESTADO SI PREGUNTAS 32 O 42 (DIAGNOSTICO T.A.G. O T.ANGUSTIA)

45. LOS SINTOMAS ANTERIORES (DESDE PREGUNTA 33) SON DEBIDO PROBABLEMENTE A CONSUMO DE SUSTANCIAS., DROGAS, U OTRAS ENFERMEDADES SOMATICAS?

- **EXPLICACION PREGUNTA 33 ¿SE HA SENTIDO EN ESTE ULTIMO MES NERVIOSO, ANSIOSO O A PUNTO DE EXPLOTAR?(MAS DE LA MITAD DE LOS DIAS)**

Habitualmente los pacientes manifiestan que se encuentran “nerviosos por dentro” “ como a punto de estallar” , estas manifestaciones son producto de un estado de tensión nerviosa, caracterizada por ser vivenciada de forma desagradable, con incapacidad para poder controlarla, y no se justifica ni se explica por la situación que pudiera generarla.

Es pues un estado de alerta producido por una reacción de alarma exagerada ante situaciones que no debieran provocarla.

Es frecuente que esta manifestación se acompañen de otras manifestaciones clínicas y fundamentalmente las relacionadas con la tensión muscular (pregunta 36).

Si el paciente no manifiesta este síntoma, no sería necesario ya realizar el resto de preguntas en relación con el trastorno por ansiedad generalizada (34 a 43 inclusive), ya que no cumpliría criterios para realizar dicho diagnóstico.

Tendríamos que asegurarnos si padece o no de un trastorno de pánico (Pregunta 44), o de un trastorno por ansiedad debido a trastorno físico, medicación u otras drogas

(Pregunta 45), si son negativos ambos ítems, el paciente podría ser diagnosticado de Trastorno por ansiedad no especificado:

La pregunta 40 nos indica que al menos el paciente debe presentar dos grupos de síntomas entre los mencionados en las preguntas 34 a la 39

34. ¿ESTAR TAN INQUIETO QUE LE RESULTA DIFÍCIL MANTENERSE SENTADO?	36. ¿TENSION MUSCULAR, DOLORES O DOLORIMIENTO?	38. ¿DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE EN COSAS COMO LEER O VER LA TV?
35. ¿CANSARSE MUY FACILMENTE?	37. ¿DIFICULTADES PARA DORMIRSE O MANTENERSE DORMIDO	39. ¿IRRITARSE O ENFADARSE FACILMENTE?

- **EXPLICACION PREGUNTA 34 ¿ ESTAR TAN INQUIETO QUE LE RESULTA DIFÍCIL MANTENERSE SENTADO?**

La tensión nerviosa se puede manifestar a nivel motor, hablamos entonces de tensión motora o inquietud, el paciente presenta diferentes tipos de movimientos dependiendo de la gravedad del síntoma, puede mover las manos , deambular, no poder estar sentado en la entrevista, caminar sin rumbo, etc.

Tiene las mismas características que la tensión psicológica en relación a que los movimientos no dependen de la voluntad del paciente, le genera una experiencia emocional de desagrado y no se adecua a la situación en que se encuentra .

- **EXPLICACION PREGUNTA 35. ¿CANSARSE MUY FACILMENTE?**

El cansancio se manifiesta en forma de fatiga injustificada tras realizar actividades físicas menores, nuevamente el paciente experimenta una emoción de desagradabilidad que percibe en forma de debilidad física o de máximo agotamiento ante mínimos esfuerzos y que es incapaz de controlar.

En ocasiones la fatiga se manifiesta a nivel “mental”, así los pacientes pueden presentar

incapacidad para evitar recuerdos desagradables, o imposición de pensamientos que le distraen, dificultades para poder concentrarse, incapacidad para pensar de modo adecuado etc.

No debemos confundir el cansancio con la somnolencia o con la hipersomnia.

- **EXPLICACION PREGUNTA 36. ¿TENSION MUSCULAR, DOLORES O DOLORIMIENTO?**

La tensión muscular se manifiesta como una sensación desagradable en un músculo o grupo de músculos, suele acompañar al síntoma de tensión nerviosa (pregunta 33), el paciente es incapaz de relajarse de forma voluntaria.

Una manera de manifestarse este síntoma en forma de dolor tensional localizado siendo frecuentes las quejas de dolor de cabeza (sensación de peso en la cabeza o como una banda en la frente), dolor en la espalda, cuello, hombros, también puede manifestarse la tensión muscular localizada en forma de dolor torácico.

Es importante descartar padecimientos como la migraña, u otras enfermedades que cursen con este tipo de manifestaciones.

- **EXPLICACION PREGUNTA 37. ¿DIFICULTAD PARA DORMIRSE O MANTENERSE DORMIDO?**

Lo frecuente en los pacientes que presentan este trastorno es que tengan dificultades en conciliar el sueño, se quedan dormidos después de un período largo de estar en la cama (incluso horas), en ocasiones presentan despertares frecuentes, lo habitual en este caso es que así que despiertan vuelvan a conciliar el sueño con rapidez.

El despertar precoz, cuando el paciente se despierta y no vuelve a quedarse dormido, suele ser un indicador de patología depresiva.

En este grupo de síntomas debemos tener presente siempre el patrón habitual de sueño de la persona, como las circunstancias en las que se encuentra como cambios de turno, trabajar de noche etc.

- **EXPLICACION PREGUNTA 38. ¿DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE EN COSAS COMO LEER O VER LA TV?**

Los pacientes afectados se quejan de no poder mantener la atención con intensidad ante aquellas situaciones que lo requieren, si lo hacen se fatigan rápidamente, todo ello le provoca una experiencia desagradable que el paciente no suele poder cambiar.

Si la dificultad es extrema, los pacientes son incapaces de leer más de dos líneas en un periódico, o seguir una conversación normal, ver la TV etc.

En ocasiones dicha dificultad en la concentración se ve condicionada por la irrupción de pensamientos y recuerdos desagradables que “invaden” al paciente y que es incapaz de evitar, se suele dar en casos de fatiga mental (como hemos mencionado anteriormente).

- **EXPLICACION PREGUNTA 39. ¿ IRRITARSE O ENFADARSE FACILENTE?**

El paciente se encuentra en una predisposición que cualquier molestia por nimia que sea tiende a hacerle responder de “mala manera”, su poco aguante determina que salte a la mínima haciendo la convivencia con los demás difícil, suele estar de mal humor, dar malas contestaciones etc.

Nuevamente es su dificultad para poder controlar dicho estado como el grado de desajuste con los estímulos que lo precipitan lo que caracteriza este síntoma.

El contestar negativamente la pregunta 40 supone que el paciente no presenta dos síntomas en el grupo mencionado anteriormente (preguntas 34 a la 39) razón por la que no se podría realizar el diagnóstico de Trastorno por ansiedad generalizada, en caso contrario seguiríamos en la pregunta 41.

- **EXPLICACION PREGUNTA 41. ¿EN EL ULTIMO MES, LOS PROBLEMAS ANTERIORES LE HAN SUPUESTO DIFICULTADES PARA HACER SU TRABAJO, TAREAS DOMESTICAS O PARA RELACIONARSE CON LOS DEMAS?**

Las manifestaciones citadas anteriormente, y junto a las preocupaciones que el paciente presenta, tienen que afectar la autonomía del paciente, y esencialmente a expensas de su funcionamiento sociofamiliar (alteración en la dinámica familiar),

sociolaboral (menor rendimiento en el trabajo, tareas domésticas etc) y del contexto social en general (relaciones interpersonales afectadas por el estado de ánimo que el paciente presenta).

- **EXPLICACION PREGUNTA 41 EN LOS ULTIMOS 6 MESES**
¿ SE HA PREOCUPADO MUCHO POR DISTINTAS COSAS?

Uno de los síntomas mas problemáticos, dado de que no existen normas claras que nos permitan diferenciar una preocupación razonable de la excesiva, ambas están configuradas por un conjunto de pensamientos desagradables que generan sufrimiento, si bien la razonable tendría poca duración y la excesiva tendría una larga duración.

En el trastorno por ansiedad generalizada los pacientes muestran múltiples preocupaciones persistentes que duran al menos 6 meses, y cuyos contenidos se relacionan con la actividad familiar, trabajo, rendimiento académico u otras actividades de la vida cotidiana.

La duración de 6 meses en este síntoma permite asegurarnos respecto al carácter excesivo de la preocupación, señalando claramente que no son transitorias como ocurriría en el caso de la preocupación razonable en la persona normal.

Los estresores en las personas normales, darían lugar a preocupaciones normales o razonables de poca duración y que se eliminan al afrontar de manera adecuada la situación estresora, no ocurre así en las preocupaciones que caracterizan el Trastorno por ansiedad generalizada, la persona muestra sus preocupaciones independientemente de los estresores a los que esté sometido.

La pregunta 42 nos permite también diferenciar la preocupación normal de la cotidiana.

- **EXPLICACION PREGUNTA 42 CUANDO SE PREOCUPA DE ESTA MANERA**
¿ SIENTE QUE NO PUEDE EVITARLO?

Así la persona con preocupaciones razonables, son capaces de motivarse, centrar su atención con el objetivo de salir del estado de preocupación, esto no ocurre en el paciente ansioso que presenta preocupaciones, es incapaz de controlarlas, son pues contraproducentes interfiriendo significativamente en la resolución de los problemas para

poder salir de ese estado., ejerciendo finalmente un papel desmotivador para el paciente al ser incapaz de eliminarlas.

La pregunta 44 está relacionada con la 32, en donde presumiblemente hemos diagnosticado o no al paciente de Trastorno por Angustia ¿SE HA DIAGNOSTICADO AL PACIENTE DE UN TRASTORNO DE PANICO O DE TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA?

- **EXPLICACION PREGUNTA 45 ¿LOS SINTOMAS DE ANSIEDAD ACTUALES SON PROBABLEMENTE DEBIDOS A EFECTOS BIOLÓGICOS DE UN TRASTORNO FÍSICO, MEDICACION U OTRAS DROGAS?**

Es importante que el médico de atención primaria tenga siempre presente que estos síntomas no son específicos de la ansiedad, aparecen en otros trastornos tanto somáticos como psiquiátricos que deben ser descartados antes de considerar que se trata de síntomas ansiosos.

Se debe explorar sistemáticamente los parámetros físicos que nos permitan descartar la presencia de patología somática que curse con sintomatología ansiosa y garantizarle al paciente que los síntomas que presenta se deben a un trastorno psiquiátrico. Respecto a enfermedades médicas no psiquiátricas debemos considerar :

- **Hipertiroidismo:** La taquicardia no desaparece con el reposo, hay pérdida de peso y el temblor es más fino con las palmas de las manos calientes y rosadas (en el TAG las manos están frías y húmedas). El hipotiroidismo también puede originar manifestaciones de ansiedad
- **Feocromocitoma y prolapso de la válvula mitral:** El D.D. es más problemático con el Trastorno de Angustia que con el TAG.
- **Abuso de sustancias:** alcohol, cafeína. La abstinencia puede originar cuadros de ansiedad.
- **Fármacos:** agentes simpaticomiméticos, penicilina, sulfonamidas.
- **Otras enfermedades médicas:** La lista es larga. Algunas son: anemia, porfiria, déficit de B12, esclerosis múltiple, mononucleosis infecciosa, epilepsia diencefálica, pelagra, enfermedades reumatológicas, arritmias, enfermedades pulmonares.

En la tabla siguiente mostramos una serie de trastornos que pueden cursar con síntomas similares al de la crisis paroxística de angustia.

hipertiroidismo	cuadros similares al TAG o a los ataques de pánico.	T3, T4, TSH. Debería ser un análisis rutinario. El hipotiroidismo también puede producir ansiedad.
hiperparatiroidismo	trastorno de pánico.	Calcio sérico también rutinario.
Feocromocitoma	ansiedad basal y en crisis, hipertensión, cefaleas, taquicardia, flushing, temblor. No suelen desarrollar ansiedad anticipatoria ni agorafobia ni presentar terror durante las crisis.	catecolaminas urinarias en 24 horas
epilepsia	En epilepsia temporal. Normalmente otros hallazgos además de ansiedad como p.ej. alucinaciones olfatorias. La epilepsia diencefálica o autonómica es difícil de separar clínicamente del feocromocitoma	EEG
intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias depresoras del SNC	historia detallada que oriente hacia una relación temporal	determinación sérica o urinaria de tóxicos
patología vestibular	en la patología ansiosa se produce mareo o sensación de inestabilidad, pero no suele haber un vértigo rotatorio	consulta con ORL si se sospecha una alteración de este tipo
prolapso de la válvula mitral	No es frecuente que presenten una crisis de angustia completa, siendo el componente cognitivo menor. Más sintomatología del tipo disnea, taquicardia o astenia.	EEG Poco relevante de cara al manejo terapéutico de la crisis.
hipoglucemia	es muy dudoso que la hipoglucemia pueda causar una perturbación psiquiátrica.	Hipoglucemia simultánea: los síntomas de ansiedad prueba de tolerancia a la glucosa no ayuda.

Diagnósticos que suelen cursar con síntomas parecidos al de la crisis de angustia.

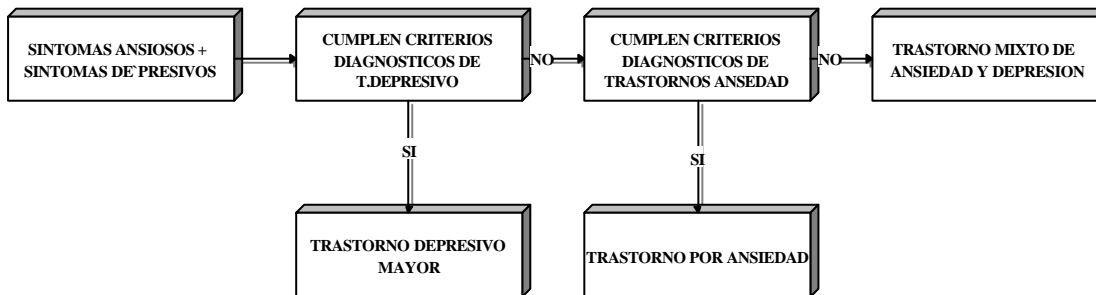
TRASTORNO POR ANSIEDAD NO ESPECIFICADO

TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO

CONCEPTO

Hablamos de Trastorno por ansiedad no especificado, cuando la sintomatología ansiosa que presenta el paciente no nos permite realizar el diagnóstico de un trastorno por ansiedad por no cumplir los criterios diagnóstico del mismo.

Frecuentemente la sintomatología ansiosa se asocia a la depresiva, en un importante número de ocasiones a los pacientes se les va a identificar bien dentro de los trastornos depresivos bien dentro de los trastornos de ansiedad, dependiendo de que cumplan los criterios que caracterizan a los trastornos depresivos o ansiosos. Unos se diagnostican de trastornos depresivos (con síntomas de ansiedad que no cumplen los criterios de un trastorno de ansiedad primaria), otros de trastorno de ansiedad primaria asociado a síntomas depresivos (sin que cumplan los criterios de trastorno depresivo), otros pacientes presentan ambos tipos de síntomas (depresión y ansiedad) en número y severidad suficiente para realizar el diagnóstico de ambos

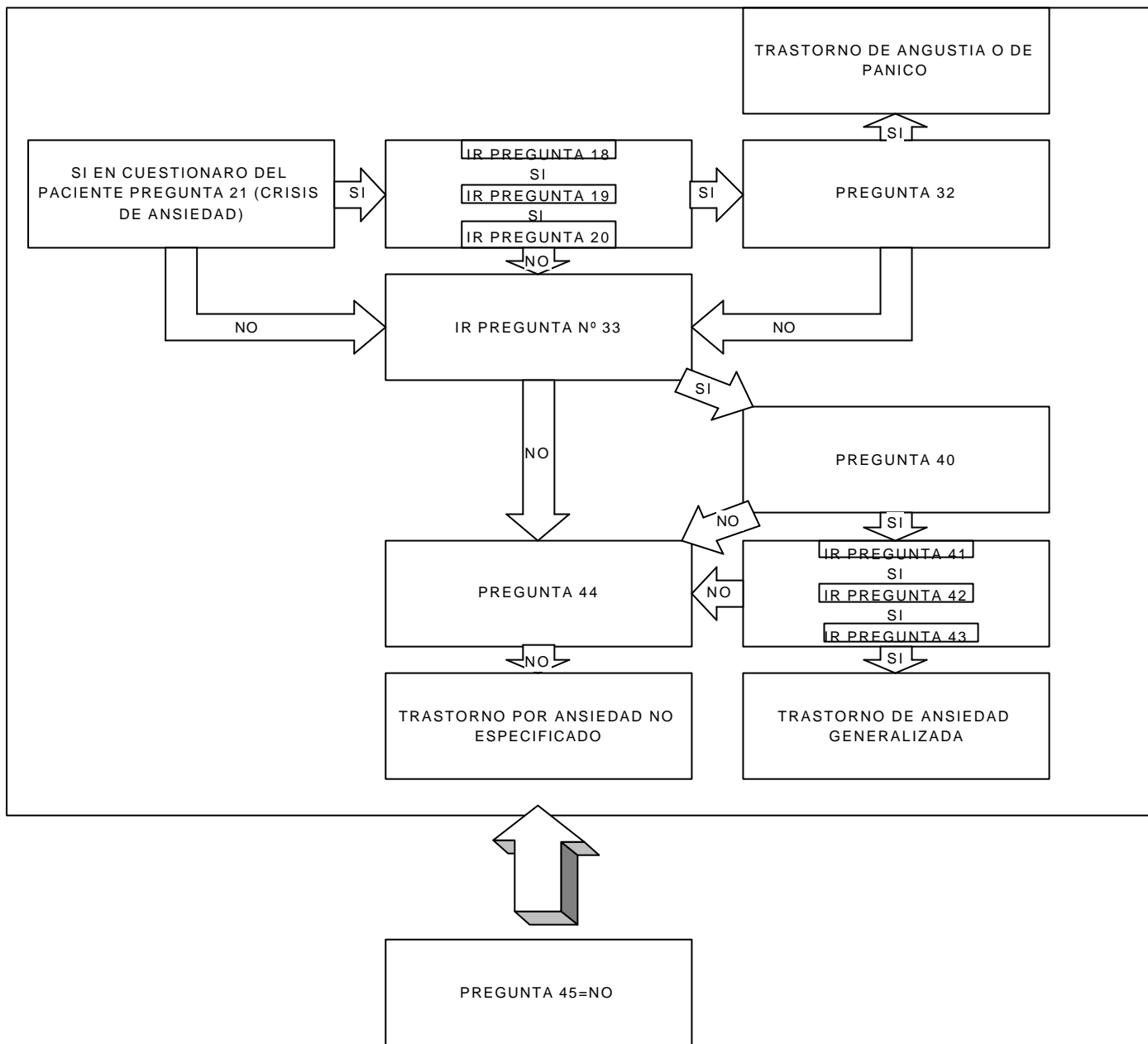


GRUPOS DIAGNOSTICOS DEL MODULO ANSIEDAD GUIA DE EVALUACION PARA EL MEDICO

Los diagnósticos que puede realizar el médico de atención primaria en el módulo de ansiedad del GEM son

1. Trastorno de pánico o de angustia (F.32)
2. Trastorno de ansiedad generalizada (F.41.9)
3. Trastorno de ansiedad no especificado (F.41.9)
4. Trastorno de ansiedad debido a trastornos físicos (F.06.4)
5. Trastorno de ansiedad debido a medicación u otras drogas (F.1X.8)

A continuación mostramos el arbol de decisión para el diagnóstico diferencial de este grupo de trastornos.



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Baca E, Sáiz J, Agüera L.F y cols. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria* 1999;23:275-279
- 2.- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S y cols. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19
- 3.- Seva A, Magallón R, Sarasola A, Merino JA: Investigación epidemiológica psiquiátrica en dos fases en la ciudad de Zaragoza (El proyecto SAMAR-89). *An Psiquiatría* 1992;8:45-55
- 4.- Roca M, Gili M, Ferrer V y cols: Trastornos mentales en la isla de Formentera: estudio de prevalencia en población general evaluada mediante el Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) (*en prensa*)
- 5.- Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG: Psychiatric disorder in Canberra. A standardised study of prevalence. *Acta Psychiatr Scand* 1979; 60:335-374
- 6.- Mavreas VG, Beis A, Mouyias A y cols: Prevalence of psychiatric disorders in Athens: A community study. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1986; 4:172-181
- 7.- Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE, Madoz V: The influence of the process of urbanization on the prevalence of the neurosis. A community survey. *Acta Psychiatr Scand* 1982; 65:161-170
- 8.- Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique JF, Peña C y cols: A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychol Med* 1987; 17:227-241
- 9.- Villaverde ML, Gracia R, De la Fuente J y cols: Estudio comunitario de salud mental en población urbana de Tenerife. En: González de Rivera JL y cols (eds): *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona, Masson-Salvat, 1993
- 10.- Ortega MA, Seva A, Pérez A y cols: Morbilidad psíquica diagnóstica en la población general de La Rioja. *An Psiquiatría* 1995; 11:320-326
- 11.- Ustun TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care*. Chichester: John Wiley and Sons, 1995
- 12.- Regier DA, Boyd JH, Burke JD y cols: One-Month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiologic catchment areas sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:977-986

- 13.-Goldberg DP, Blackwell B.Psychiatric illness in general practice.A detailed study using a new method of case identification.*Brit Med J* 1970;2: 439-443
- 14.-García- Boró S, Vara L, Otero A.Identificación y cuantificación de los trastornos psiquiátricos en atención primaria.*Aten Primaria* 1985;2:213-218
- 15.-Padierna Acero J, Gastain Sáenz F, Díaz López P y cols.La morbilidad psiquiátrica en atención primaria:detección y derivación por el médico de familia.*Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1988;7:21-29
- 16.- Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study.*Jama* 1994; 272; 1749-1756.

MANUALES DE REFERENCIA

- 1.- *Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 1995, 4ª ed. (DSMIV). Barcelona, Masson,*
- 2.- DSM-IV-TR.Breviario Criterios diagnósticos.. 2002 1ª ed.
- 2.- *Organización Mundial de la Salud: CIE10. Capítulo 5. 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria. Madrid: Meditor, 1996.*
- 3.-*Allen Frances, Michael B. First y Harold Alan Pincus. DSM IV Guía de uso 1997 . Masson BarcelonaBarcelona 1997.*
- 4-DSM-IV-TR (AP), First, M.B., Pincus, H.A., Wise, T.. Atención primaria 2004 1ª ed.
- 5.- *Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire Traducción al español por E.Baca; J.Saiz, Aguera, L Caballero A Fernández Liria, y J Ramos Bireva. Prime MD: Guía de evaluación para el medico.*

DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOLISMO

Domingo Miguel Arias Complejo Hospitalario Juan Canalejo – Marítimo De Oza

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años se ha prestado un enorme interés sanitario a las drogodependencias, fundamentalmente por la extensión del consumo de las drogas ilegales. Sin embargo, no debemos olvidar que en nuestro medio las sustancias más consumidas y que dan lugar a mayor morbi-mortalidad son aquellas mejor toleradas y aceptadas por la sociedad, concretamente el tabaco y el alcohol. Sin lugar a dudas, el alcohol es la droga más consumida en nuestro entorno.

Por otro lado, presenta un gran arraigo cultural, estando presente en gran cantidad de actos sociales, y dando lugar a una disminución de la percepción de riesgo. No obstante, conviene recordar que el alcohol produce dependencia tanto psicológica como física, y que provoca grave toxicidad al organismo. Por último, hay que destacar las graves repercusiones sociales de su consumo en relación con la conflictividad y violencia familiar, absentismo y bajo rendimiento laboral, accidentes de tráfico, etc...

Trastornos relacionados con el alcohol

Siguiendo las clasificaciones internacionales (DSM-IV y CIE-10) se establecen los siguientes tipos de trastornos psicopatológicos relacionados con el consumo de alcohol.

1. T. por consumo de Alcohol: Se refiere a trastornos debidos a un patrón de consumo reiterado de la sustancia, que conlleva malestar o deterioro. Se incluyen: Abuso y Dependencia que representan un patrón desadaptativo de consumo que conlleva deterioro o malestar clínicamente significativos.

2. T. inducidos por el Alcohol:

Trastornos psicopatológicos debidos a la acción directa del alcohol sobre el sistema nervioso central (SNC). Se incluyen: Intoxicación, abstinencia, delirium por intoxicación, delirium por abstinencia, demencia, t. amnésico, t. psicótico, t. del estado de ánimo, t. de ansiedad, t. sexual y t. del sueño.

Diagnóstico

Presenta importantes dificultades debido, entre otras cosas a la gran extensión del consumo en nuestra sociedad, los problemas para diferenciar un patrón de consumo normalizado del patológico, la actitud del paciente con tendencia importante a ocultar o minimizar, la actitud de la familia, e incluso la actitud del propio médico.

Todo ello determina que su infradiagnóstico, así como el retraso importante en la detección del mismo, generalmente en estadios muy avanzados.

Métodos para el diagnóstico:

1.- Historia clínica

Se debe sospechar abuso de alcohol ante la presencia de signos físicos relacionados con el consumo de alcohol, patología orgánica relacionada, cambios en el comportamiento y/o personalidad, sospecha de agresiones o malos tratos, accidentes o traumatismos frecuentes, así como un deterioro psicoorgánico de causa no clara. La exploración sobre el consumo debe incluirse en el contexto general de la entrevista médica, aprovechando la presencia de síntomas físicos y/o alteraciones bioquímicas para incidir más directamente en el tema

La entrevista debe ir dirigida a determinar pautas de consumo, precisar cantidad consumida y establecer repercusiones sobre el sujeto y su entorno

La cuantificación del consumo suele realizarse a través de dos parámetros:

- Unidad de Bebida Estandar (UBE) (1 vaso de vino = 1 caña de cerveza = ½ copa)
- $\text{gr. alcohol} = (\text{cc.} \times \text{graduación} \times 0,8) / 100$

Teniendo en cuenta las UBEs, la OMS establece como consumo normativo:

- Varones: <28 UBEs (280 gr.)/ sem. = 4/día
- Mujeres: <17 UBEs (168 gr.)/ sem. = 2.5/día

Por su parte la Dirección General de Salud Pública (MSC) considera consumo moderado hasta las 3-6 UBEs en varones y 3-4 en mujeres.

2.-Cuestionarios y escalas de valoración

CAGE: Sin duda uno de los más utilizados. Consiste en cuatro preguntas que pueden camuflarse dentro de la historia clínica general:

- ¿Se ha sentido alguna vez con la necesidad de disminuir el consumo de alcohol?
- ¿Se ha molestado alguna vez porque la gente ha criticado su forma de beber?
- -¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por la forma en que bebe?
- ¿Se ha tomado un trago al despertar para calmar los nervios o la resaca?

Se considera positivo con dos respuesta afirmativas, aunque la presencia de una sola ya es indicativo de posible abuso o dependencia.

PRIME. MD: Guía de evaluación para el médico:

MÓDULO: Las preguntas que hacen referencia a la Dependencia alcohólica son las siguientes:

46. ¿Alguna vez le ha aconsejado algún médico que dejara de beber por problemas de salud?

Le ha ocurrido alguna de estas cosas más de una vez en últimos 6 meses:

47. ¿Bebía o estaba ebrio o con resaca mientras trabajaba, iba a clase o tenía otras responsabilidades?

48. ¿Y faltar o llegar tarde al trabajo, escuela y otras responsabilidades debido a la bebida o a la resaca?

49. ¿Y problemas en relación con la gente mientras bebía?

50. ¿Y conducir el coche después de haber tomado unas copas o de haber bebido demasiado?

51. ¿Es si al menos una respuesta de la 46 a la 50?

Resultado: si la pregunta 51 es si, probable abuso o dependencia al alcohol.

Otros cuestionarios de detección:

- CBA (Cuestionario Breve para Alcohólicos), AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), MALT, MAST
- -Cuestionarios para valorar gravedad: SADQ, ASI, EuropASI, ...
- Cuestionarios Valoración del s. De abstinencia.
- Cuestionarios Valoración del deseo y pérdida de control.
- Cuestionarios Valoración de motivación

3.- Marcadores biológicos del consumo

Marcadores directos:

- Concentración de alcohol en sangre
- Transferrina deficiente en carbohidratos (TDC): Sensibilidad (31-81 %), Especificidad (72-99 %).

Otros:

- GGT: Sensibilidad (54 %), especificidad (76 %).
- VCM: Sensibilidad (63 %), especificidad (64 %).
- GOT y GPT: Sensibilidad (37 %), especificidad (81 %).
- GGT+VCM+GOT (En ausencia de otra patología) = Valor predictivo cercano al 100%.

TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

Alejandro Fernández Pellicer , María de los Angeles Puñal Vidal
Hospital Xeral-Cies Vigo, Servicio de Psiquiatría

HISTORIA DEL TRANSEXUALISMO

Entra en la literatura médica cuando Frankel, en 1.853 describió el caso Blank, que se suicidó tras un historial de travestismo y problemas judiciales por relaciones sexuales con jóvenes de su mismo sexo. Debemos el término actual a Caldwell, 1.949; “psicopatía transexual”.

Harry Benjamín, en 1.966, escribe el primer texto “El fenómeno transexual” reconociéndose mundialmente como el padre.

Green y Money en 1.969, editan el primer texto interdisciplinario: “Transexualismos y reasignación de sexo”.

Durante los últimos 30 años se acepta como una enfermedad tratable que requiere intervención psiquiátrica, endocrinológica y quirúrgica.

DIAGNOSTICO; DSM-IV-TR

- a) Fuerte y persistente identificación con el género opuesto, y un deseo de ser de dicho género.
- b) Persistente insatisfacción y molestia con el propio género biológico o “disforia de género”.
- c) No coexiste con una enfermedad física intersexual o anomalías cromosómicas.
- d) Provoca malestar subjetivo o deterioro significativo en importantes áreas de la vida.

Se codifica según la edad actual:

- Trastornos de la identidad sexual en niños.
- Trastornos de la identidad sexual en adolescentes o adultos.

Se codifica (para individuos sexualmente maduros):

- Con atracción sexual por los hombres.
- Con atracción sexual por las mujeres.
- Con atracción sexual por ambos sexos.
- Sin atracción sexual por ninguno.

Trastorno de la identidad sexual no especificado.

- a) Enfermedad intersexual y disforia sexual acompañante.
- b) Comportamiento transvestista transitorio relacionado con el estrés.
- c) Preocupación persistente por la castración o la penectomía, sin deseo de adquirir las características sexuales del otro sexo.

DIAGNOSTICO; CIE10

Acepta el término transexualismo como categoría y también especifica que el trastorno debe persistir durante un mínimo de dos años y no constituir un síntoma de otro trastorno mental como la esquizofrenia.

Diferencia:

- Transexualismo.
- Travestismo no fetichista.
- Otros trastornos de la identidad sexual.
- Trastornos de la identidad sexual sin especificación.

DIAGNOSTICO; SUBTIPOS DE DOCTER, 1.988

1. Transexuales primarios:

- Correspondería al trastorno de identidad sexual en la infancia (CIE-10, DSMIV-TR) pero con una diferencia: no acostumbran a presentar transexualismo en la vida adulta.
- Ocurre en hombres y en mujeres.

2. Transexuales secundarios:

- Desarrollan disforia de género en épocas postpuberales, de forma progresiva, no expresando la necesidad imperiosa inicial de travestirse (es posible que se encuentre trastorno de personalidad asociado).
- Fundamentalmente son hombres.
- Equivaldría al transexualismo (CIE-10) y a trastornos de identidad sexual en adolescentes y adultos (DSM-IV-TR).

DIAGNOSTICO; TRAVESTISMO

La inmensa mayoría de los transexuales se travisten, pero existe una ausencia permanente de excitación sexual al travestirse. (a diferencia del travestismo fetichista).

Formas del travestismo.

- Como fetichismo
 - Homosexual
 - Heterosexual (más frecuente)
- Sin fetichismo
 - Travestismo no fetichista
- Homosexuales
 - Fetichismo
 - Prostitución
 - “Furtivo”
 - Comodidad consigo mismo
 - Afeminados
- Transexuales
- Transformistas
 - (travestismo como arte)
- Institucionalizado
 - Indios Norteamericanos
 - Grupos siberianos
 - Polinesia

ORIENTACIÓN SEXUAL

Hacia el propio género biológico pero es falsamente homosexual, ya que el transexual lo vive como ser del sexo opuesto, al sentirse atrapados en un cuerpo que no sienten como suyo (“me gustan los hombres pero como mujer que me siento” y al revés).

Existe un pequeño porcentaje de transexuales, casi siempre mujeres con una marcada orientación homosexual (“a pesar de que me siento hombre no me gustan las mujeres, sino los hombres”), Blancharch, 1.989.

EPIDEMIOLOGÍA

- Los mejores estudios de prevalencia son los suecos de Wälinder 1.968, revalidados por Hoening y Kenna, 1.974, en Gran Bretaña.
- 1/37.000 Hombres y 1/108000 mujeres.
- Proporción hombre-mujer; 6:1
- En España no existen estudios de prevalencia metodologicamente aceptables por lo que se recurre a la extrapolación de estadísticas de otros países.
- Los pacientes femeninos difieren en dos aspectos:
 - 1) Su comportamiento tiende a la exageración de los rasgos masculinos y a una cualidad de, si cabe, un mayor convencimiento de la inversión de género.
 - 2) Expresan alto grado de interés en la actividad sexual (Dexeus y Farré, 1995).

DIMORFISMO SEXUAL

Debemos plantearnos la existencia de dos morfologías de dos sexos y además la identificación con el género masculino o femenino.

John Money, 1972 compara los acontecimientos que ocurren desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide hasta la aparición de la conciencia de masculinidad o feminidad a una carrera de relevos:

- 1) Relevo cromosómico; hasta la 6ª semana vida fetal.
- 2) Relevo gonadal y hormonal:
 - a. HOMBRES 7-16 semana
 - b. MUJERES 9-21 semanas
- 3) Relevo ambiental, a partir del nacimiento.

4) Relevo suplementario hormonal; en la pubertad.

Desde el punto de vista estrictamente biológico, existen diferencias innatas entre hombres y mujeres en algunos aspectos de la conducta sexual (sobre todo estimulación) e incluso en comportamientos no particularmente sexuales. Estas diferencias vendrían condicionadas por la impregnación hormonal prenatal cerebral en los varones y por la ausencia de dicha sensibilización en las mujeres.

RELEVO AMBIENTAL

A partir del nacimiento, el nombre, vestidos, juegos, comportamientos de padres, parientes, amigos, y escuela irán identificando al niño con su propio género, identificación que se verá completada por las señales que recibe de los miembros del sexo opuesto.

El extraordinario poder modelador del ambiente sobre el dimorfismo sexual es sobre todo desde el nacimiento hasta los 18 meses y apurándolo mucho hasta los 5-6 años (consolidación).

ETIOLOGÍA

La investigación continua en una dirección cada vez más centrada en lo biológico, según la cual podrían conceptuarse el transexualismo como un trastorno de la diferenciación sexual cerebral que no ha seguido el curso establecido por cromosomas, gónadas y genitales.

En este sentido la investigación del instituto Holandés de Investigación Cerebral con cerebros de transexuales de hombre a mujer pudo demostrar que el núcleo central de la estria terminalis (sexualmente dimórfico en el ser humano) presenta todas las características de una diferenciación femenina, también se informó de un caso a la inversa .

En relación a los factores psicosociales, se piensa que pueden influir junto a los biológicos en la genesis del transexualismo, sin embargo todos los estudios revisados adolecen de metodologías poco claras y presentan resultados escasamente concluyentes, lo cual repercute de forma dramática en las posibilidades terapéuticas.

PSICOPATOLOGÍA DEL TRANSEXUAL

Dixen et al, 1984, investigaron 479 hombres que esperaban reasignación quirúrgica:

- 11,8% presentaban trastornos psiquiátricos que obligaron al internamiento.
- 25,5% se habían intentado suicidar.
- 30,7% habían abusado de las drogas.
- 43,2% estaban implicados en conductas de prostitución o en delitos en relación a marginación y/o personalidad antisocial.

Ferré, 1.997 encontró mayor presencia de somatizaciones y ansiedad.

En general se observan frecuentes trastornos del area neurótica muchos reactivos o adaptativos a su situación.

TRATAMIENTO

Fase I

Hormonización (estrógenica o androgénica) + aconsejamiento sobre pautas de socialización en el nuevo rol.

- a) Valoración de la salud psicosocial:
 - Si el paciente es incapaz de afrontar las presiones o si duda respecto a la intervención, iniciar psicoterapia cognitivo-conductual.
 - Si fracasa la psicoterapia no plantear la intervención.
- b) Aprendizaje de la socialización y perfeccionamiento de la conducta no genérica.

Fase II

- Posponer decisión positiva de cirugía hasta que se haya completado un período de 1-2 años en el rol sexual no genérico.
- Seguir con la terapia hormonal, reforzar el travestismo y modelamiento de comportamientos no genéricos, incluidos los consejos cosméticos.
- Iniciar asesoramiento legal.
- Adecuada valoración psicopatológica (2ª valoración preoperatoria).

Intervención quirúrgica:

En varones: incremento desarrollo mamario, amputación de pene y testículos y construcción de vagina artificial.

En mujeres: mastectomía, histerectomía, faloplastia.

Un importante contingente no se adapta a la nueva situación, con índices de suicidio posquirúrgicos de 5-15%.

En la mayoría mejora significativa en una diversidad de medidas psicométricas.

ASISTENCIA A LA FAMILIA

El consejo psicológico y médico se impone tanto a los hijos como a las familias del transexual.

En ciertos casos, se debería posponer la operación hasta que los hijos hayan superado la adolescencia.

En general los niños tienen muchas preguntas sobre la transformación de los progenitores, que el médico puede responder, quizás en presencia del mismo transexual.

ASPECTOS LEGALES

Legislación:

En ausencia de una normativa específica española, la jurisprudencia actual es consecuencia de varias sentencias del Tribunal Supremo en relación con el derecho a estar inscritos en la Partida de Nacimiento con otro nombre y otro sexo diferente.

Progresivamente se están dictando resoluciones y sentencias mas favorables a sus intereses.

Cambio de nombre:

Se puede realizar a través de un expediente gubernativo (al no modificar el sexo en la partida sólo se aceptan nombres mixtos).

Cambio de sexo:

Actualmente se solicita que haya completado la transformación quirúrgica.

Decisión a criterio del Juez en ausencia de un procedimiento legal establecido.

Su modificación permite cambio de sexo en el DNI y demás documentos legales.

Matrimonio:

Hasta Enero de 2002 la Jurisprudencia emanada del TS no lo permitía.

Sentencias posteriores autorizándolo, hace que dependa del criterio del Juez.

Adopción, Tutela:

No existen impedimentos legales.

Justicia, Prisión:

No hay leyes de protección de agresores por su condición.

Ingresan en la Prisión correspondiente a su sexo de origen, no psicosocial, excepto si tienen reconocido el cambio por sentencia.

Empleo:

No existen referencias legales, ocasionando frecuentes discriminaciones laborales. Favorece la marginación social.

Menores:

La cirugía de reasignación de sexo tiene que ser autorizada por un Juez, no por sus padres o tutores legales.

ASISTENCIA SANITARIA

Su diagnóstico y tratamiento requieren una participación multidisciplinar.

A pesar de que los trastornos de identidad de género se consideren trastornos de salud mental (DSM-IV y CIE 10) en el RD 1995 sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud especifica que no son financiables con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria la cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora de estados intersexuales patológicos.

En la práctica la Seguridad Social tampoco siempre financia el tratamiento hormonal.

Hasta 1.999 no hay ningún cambio legal en esta situación, hasta que en el mes de Febrero el Sistema Andaluz de Salud incluye el tratamiento integral (hormonal, psicológico y quirúrgico).

Con este fin se constituye la Unidad de Trastornos de Identidad de Género, un equipo multidisciplinar dependiente del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Carlos Haya de Málaga.

De momento no hay otras comunidades que imitaran a la andaluza.

El grupo de trabajo sobre las TIG constituido por la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición remitió en septiembre de 2.001 un manifiesto al Ministerio de Sanidad informando de la situación actual de este problema sanitario, que no está resuelto y cuyas perspectivas son de incremento.

En el se solicita la atención sanitaria integral dentro de la Asistencia Pública en todo el territorio nacional y se establecen los medios necesarios para una atención multidisciplinar según los estándares asistenciales consensuados a nivel internacional.

Bibliografía:

1. A. Michel. A psycho-endocrinological overview of transexualism. *European Journal of Endocrinology* (2001).
2. Kruijiver FP. Male-to-female transexuals have female neuron number in a limbic nucleus. *J Clin Endocrinol Metab* (2000).
3. Kandel ER. Diferenciación sexual del sistema nervioso. *Principios de Neurociencia*. Madrid McGraw-Hill 2001.
4. Zhou JN. A sex difference in the human brain and its relation to transexuality. *Nature* 1995.
5. Antonio Becerra. *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Díaz de Santos 2003.
6. Kaplan. *Sinopsis de Psiquiatría* 8ª edición, 1999.
7. Gelder. *Tratado de Psiquiatría.*, 2003.
8. Demetrio Barcia. *Tratado de Psiquiatría*. 2000.
9. CIE 10. *Trastornos mentales y del comportamiento*.
10. DSM IV TR. *Criterios diagnósticos*.
11. López-Galiacho, *La problemática Jurídica de la Transexualidad*. Madrid MCGraw-Hill 1998.

COMUNICACIONES LIBRES
Casos clinicos

ESQUIZOFRENIA DE INICIO TARDÍO:A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez Bernal GJ, Pumar Cordeiro E, Cibeira Vázquez MA, Iglesias Abellás F, González González M, González Hermida J, Recimil López MJ, García Caballero A, García Lado I, Moreno Tovar F

Servicio de Psiquiatría, CHOU. SERGAS

MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acude al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital, acompañada de uno de sus hijos derivada por su médico de cabecera.

María Fe tiene cincuenta y seis años. La entrevistamos en la consulta de Urgencias . Su aspecto físico es bueno y sus ropas están limpias y cuidados. Mantiene la mirada fija, apenas sin parpadeos (mirada torva). En el momento que comienza a contarnos lo que le ocurre, su semblante, hasta entonces inexpresivo, torna mostrándose triste, apesadumbrado y rompiendo a llorar. Parece muy afectada por lo que le ocurre, pidiendo ayuda con voz desesperada.

Según refiere, todo comenzó hace tres años y medio, cuando una noche, de forma repentina, comenzó a escuchar unas voces que “le hablaban desde el exterior”; por aquel entonces, las sentía como algo lejano, pero poco a poco “fueron acercándose hasta introducirse dentro de mí, por una abertura que tengo en el cuello y que comunica con otra dimensión”.

Marifé nos cuenta que, en un principio, no sabía quiénes eran estas personas, pero que posteriormente se dio cuenta de que se trataba de una de sus tías y una de sus primas, ambas fallecidas años antes. Nos cuenta que, su tía, la más molesta, se había introducido en su cuerpo porque estaba enamorada de ella, y que su prima ya moraba hacía años en el cuerpo de su madre (la tía), por lo que acabó también, de forma accidental, en su interior.

Posteriormente, apareció una nueva “herida”, que la comunicaba con la otra dimensión. En esta ocasión estaba en la vagina, y es a través de ella que habían penetrado dos antiguos vecinos, dos hombres que no eran tan molestos como las dos anteriores.

La paciente se mostraba muy angustiada por la presencia de todas estas personas que la habitaban, que le pedían cosas continuamente (comida, agua, que se pusiera al sol, que cambiara de habitación...), que no dejaban de hablar entre ellas impidiéndole descansar.

Sin embargo, lo más grave para la paciente es que eran capaces de moverse dentro de su cuerpo, notando Marifé dichos desplazamientos de forma desagradable. En ocasiones estaban en sus piernas, en otras se trasladaban a sus intestinos, los brazos o la espalda. Cuando comía, se trasladaban por debajo de su piel hasta su estómago “robándole” parte de la comida que ella ingería, lo cual le obligaba a comer mayores cantidades de alimentos pues eran cinco las personas que se alimentaban. Otras veces se instalaban en el interior de sus pulmones, notando ella sus alientos; o se metían en su cabeza, ramificándose por su cerebro, como “unas lengüitas”. En una ocasión, nos refirió que notó como se asomaban a través de sus ojos.

Por si todo esto fuera poco, Marife refería que al caminar se tambaleaba, siendo ello debido a la descompensación que provocaba en su equilibrio portar tantas personas en su interior.

El resto de la exploración psicopatológica parece normal, llamando la atención que, a pesar de la abundante sintomatología delirante alucinatoria no había un gran empobrecimiento afectivo siendo el abanico de sus manifestaciones afectivas muy amplio y coherente con su discurso. No se evidencian alteraciones a nivel afectivo, ni síntomas de deterioro psicoorgánico.

ANTECEDENTES MÉDICOS

Sin interés. Hipercolesterolemia a tratamiento con Digaril 40

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

Sin antecedentes familiares psiquiátricos de interés.

Refiere clínica compatible con trastorno depresivo mayor en 1986, que requirió ingreso psiquiátrico. En el momento actual no tomaba tratamiento ni estaba a seguimiento por parte de psiquiatría.

PSICOBIOGRAFÍA

Nace en un pueblo de Galicia, donde vive con sus padres hasta los diez años, en que éstos emigran a Venezuela, quedando tanto ella como su hermano mayor a cargo de los abuelos maternos.

Según refiere tanto su parto como su desarrollo psicomotor fue normal. No refiere grandes dificultades en su infancia, si bien cuenta que durante los años que vivió con sus abuelos, veía a sus padres en muy contadas ocasiones, y que esto le resultaba muy duro.

Realizó sus estudios primarios hasta los trece años; posteriormente aprende peluquería.

A los diecisiete años se traslada a Venezuela, casándose allí un año después, con un emigrante de origen español trece años mayor que ella, con el que tiene tres hijos. Regresa a España en 1998 al fallecer su marido.

En cuanto a su vida laboral, refiere haber abierto una peluquería en Venezuela a los diecinueve años, que regentó hasta que nació el primero de sus hijos cuando ella tenía veintitrés. Parece que el negocio le iba bien, y que le gustaba, pero tuvo que abandonarlo para dedicarse al cuidado de su familia. Marifé refiere que le hubiera gustado seguir trabajando.

En cuanto a su vida familiar, la considera satisfactoria; aunque nos cuenta que su marido era mucho mayor que ella y que esta diferencia le preocupaba.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Hemograma y coagulación sin alteraciones significativas.

Bioquímica: triglicéridos 203, colesterol 290. Resto sin alteraciones significativas.

Orina cualitativa: normal.

Serología LUES, Hepatitis B y C: normal.

RMN Cerebral: sin evidencia de alteraciones.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

Conforme evoluciona el cuadro durante el ingreso, la magnitud de la clínica alucinatoria pasa a un segundo plano, permitiéndole realizar vida más normalizada y unas relaciones más adecuadas en su entorno. La paciente nos pide el alta ya que tiene ganas de volver a su hogar.

DIAGNÓSTICO

ESQUIZOFRENIA DE INICIO TARDÍO

TRATAMIENTO

Amisulpiride 400 mg.: dos tomas diarias.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

EPIDEMIOLOGÍA

La proporción de pacientes esquizofrénicos, cuyos síntomas comienzan a edades tardías de la vida, se encuentra en torno al veinte por ciento, en función de las distintas series analizadas.

En los trabajos de Bleuler, el porcentaje de pacientes que debutan entre los cuarenta y sesenta años es del 15% ; reduciéndose al 4%, los de inicio posterior a los sesenta años.

Años más tarde, Copeland, estima que el 13% de los pacientes, debutan alrededor de los cincuenta años, el 7%, hacia los sesenta años, y 3%, con setenta o más años (1).

CARACTERÍSTICAS

Jeste y Harris, demuestran la existencia de una serie de peculiaridades, en los pacientes esquizofrénicos cuyos síntomas aparecen por encima de los cuarenta y cinco años.(2- 3).

Estas características, habían sido recogidas de forma dispersa, por distintos autores clásicos, Bleuler, Kraepelin, Ey, etc, sin ser atribuidas en muchos de estos casos a la edad de inicio de la sintomatología, sino más bien a distintas formas de desarrollo de cuadros delirantes crónicos.

Estos autores describen las características del cuadro, de la forma siguiente:

- Son frecuentes la sintomatología delirante-alucinatoria con escaso trastorno formal del pensamiento y, los síntomas de primer rango de K. Schneider.
- El embotamiento afectivo o la afectividad inapropiada son poco frecuentes. subtipo paranoide.
- No suelen existir claros síntomas de deterioro psico-orgánico. No sintomatología negativa.
- Curso crónico.
- Preponderancia en mujeres.
 - Buena adaptación psicosocial premórbida, en personalidad esquizoide o paranoide.
- Mejoría sintomática con bajas dosis de neurolépticos.
- Escasa carga familiar de esquizofrenia.
 - En cuanto a la temática delirante, son muy frecuentes los siguientes deliremas:
 - *Delirio de permeabilidad: (Permeabilidad de paredes, techos, puertas, tabiques, a influjos diversos que son capaces de atravesar dichas barreras).
 - *Delirio de influencia corporal.
 - *Delirio de pasividad/ Referencia.

FACTORES DE RIESGO

Según Pearson y Rabin (4), existen una serie de factores de riesgo, que predisponen al desarrollo de una esquizofrenia por encima de los cuarenta y cinco años:

- Sexo. Siete mujeres por cada paciente varón, eliminado el factor de confusión que podría suponer la mayor longevidad de estas.
- Predisposición genética (Teniendo ésta menor importancia que en los casos de inicio por debajo de los cuarenta y cinco años).
- Personalidad premórbida de tipo paranoide o esquizotípica.
- Incremento de aislamiento social con la edad.
 - Déficit visual, auditivo o sensorial avanzado (Si bien se acepta que puede haber menor corrección que en controles).
- Menopausia y problemas hormonales en la mujer.
- Atrofia cortical inespecífica.
- Más frecuente en no casados/ divorciados.

- Pobre ajuste sexual.

- Menor fertilidad(Siendo este punto, de menor importancia que en la esquizofrenia de inicio en edades tempranas).

EVOLUCION HISTORICA.

1 Escuela Alemana.

Kraepelin en 1919, describe una serie de cuadros, caracterizados por: * ser de evolución crónica no parademencial, * en los que no existe trastorno formal del pensamiento, * Ideación delirante extravagante parcialmente sistematizada, * Frecuentes trastornos sensoperceptivos . Considera estos cuadros como una categoría distinta a la demencia precoz, y a la paranoia, y los denomina parafrenia.(5).

Los diferencia de la demencia precoz, fundamentalmente por la falta del curso deteriorante típico de esta; y de la paranoia, por la gran sistematización de sus delirios, así como la ausencia de alucinaciones, trastorno formal del pensamiento o deterioro de la personalidad.(6).

Bleuler , más tarde, considera que los cuadros descritos por Kraepelin, como Parafrenia, no deben de excluirse del resto de las esquizofrenias (demencia precoz), ya que llega a la conclusión de que :*No todas las esquizofrenias causan deterioro de la personalidad, *No todas a parecen en edades tempranas de la vida.(6).

Mayer (7), años más tarde estudia nuevas series de casos, llegando a la misma conclusión que Bleuler, rechazando la autonomía nosológica de la parafrenia con respecto a la esquizofrenia.

Kraepelin, acabaría finalmente adhiriéndose a la opinión de estos dos autores, como se puede constatar en sus últimos escritos.(6)

2 Escuela Francesa.

La tradición Francesa (8) tiende a la descripción de lo que denominan “delirios crónicos” de la siguiente manera: Por una parte considera los cuadros con evolución deficitaria (Esquizofrenia) y por otra, los cuadros que cursan sin evolución deficitaria, siendo estos tres:

a) Psicosis fantástica.

b) Psicosis alucinatoria crónica.

c) Psicosis delirante sistematizadas o paranoia (Dentro de este cuadro engloba los Delirios pasionales y los Delirios de interpretación.).

Esta clasificación es claramente similar a la propuesta por Kraepelin en un primer momento, quedando en este caso, el término Parafrenia englobado en lo que los autores franceses consideran psicosis alucinatoria crónica (Parafrenia sistemática) y psicosis fantásticas (Parafrenia fantástica).

A) Psicosis alucinatoria crónica.

Cuadro caracterizado por la gran riqueza de fenómenos psicosenoriales. De inicio repentino, siendo muy frecuentes los casos que debutan con alucinaciones auditivas, y fenómenos de trasmisión y eco del pensamiento. Con un periodo de estado, caracterizado por un triple automatismo.

Automatismo Ideoverbal , caracterizado por las alucinaciones auditivas.

Automatismo Sensorial y Sensitivo :Alucinaciones visuales, gustativas , olfativas y cenestésicas. *

Automatismo psicomotor: Sensación de imposición de movimientos.

Siendo la evolucion de curso poco deteriorante (la conservación de la lucidez, de las capacidades intelectuales y la apertura al mundo real)

B) Psicosis Fantásticas.

Se trata de cuadros caracterizados por presentar:

- Un carácter fantástico en los temas delirantes.
- Gran riqueza imaginativa del delirio.
- Yuxtaposición de un mundo fantástico a un mundo real, al que el enfermo, continua adaptándose bien.
- Ausencia de evolución deficitaria, permaneciendo, notablemente intacta la capacidad psíquica de estos enfermos.

Esta escuela considera que el inicio puede ser tanto lento e insidioso, como rápido. En el periodo de estado describen una serie de características fundamentales:*

- Pensamiento paralógico: se trata de un pensamiento mágico desbocado, donde existen temas que se dan de forma casi constante, como maternidades fabulosas, la palingenesia, los mitos de la creación, y las metamorfosis corporales o cósmicas (9).

- Megalomanía.
- La existencia de actividad alucinatoria constante en todos los cuadros, pero que queda en un segundo plano, por la primacía de la actividad fabulatoria.
- En contra de lo que cabría pensar, por la gran actividad fabulatoria, el curso es poco deteriorante, permaneciendo la capacidad intelectual, la memoria, la actividad laboral, el comportamiento social intactos de un modo notable.

3 Escuela Británica.

La psiquiatría Británica (6) introduce los términos Parafrenía y Parafrenía tardía, a partir de los años cincuenta, a raíz de las revisiones realizadas por Rhot y Morrisey .

Estos autores recuperaron la denominación Parafrenia para cuadros del espectro esquizofrénico que tienen un inicio tardío, y el de Parafrenia de inicio tardío para cuadros delirantes paranoide bien sistematizados, de aparición fundamental, aunque no exclusiva, después de los sesenta años, sin disminución del nivel de conciencia, con o sin alucinaciones, con personalidad y respuesta afectiva bien preservadas y de curso no deteriorante. Utilizan dicho término, por la similitud que presentaban dichos cuadros, con las descripciones realizadas anteriormente por Kraepelin.

Con el paso de los años, el término queda unificado en uno sólo, Parafrenia, que engloba todas las formas de psicosis de aparición tardía distintas a la demencia o a la depresión delirante, y engloba tanto los trastornos más cercanos a la esquizofrenia, como los trastornos delirantes.

DIFICULTADES EN LAS CLASIFICACIONES ACTUALES.

- A) En el DSM III, la esquizofrenia, podía diagnosticarse únicamente, si su inicio ocurría antes de los cuarenta y cinco años. Una enfermedad similar que ocurría con posterioridad, debía clasificarse como "Psicosis atípica".
- B) En el DSM III-R, el diagnóstico de esquizofrenia, se permite por encima de los cuarenta y cinco años, , debiéndose señalar en ese caso que el inicio era tardío.
- C) En el actual DSM IV, no se hace referencia a la edad de comienzo del cuadro (9),(6). Queda por otra parte bien diferenciados de estos, los trastornos delirantes 297., en los que únicamente se aceptan las alucinaciones táctiles y

olfatorias relacionadas con el tema delirante (9). Por otra parte no contempla la Parafrenia como entidad diagnóstica.(10).

D) CIE 10.:En esta clasificación, no se hace referencia a la edad de inicio de los cuadros esquizofrénicos. Por otra parte, en el epígrafe F22, Trastornos de ideas delirantes, no excluye, como lo hace la DSM IV, las alucinaciones auditivas o visuales, incluyendo en este epígrafe el término parafrenia. Queda de este modo al igual que en la escuela Británica sin distinción del término paranoia. Por otra parte el epígrafe F22.9, incluye los trastornos delirantes persistentes sin especificar. De esta forma, según la clasificación CIE-10, los cuadros de los que trata esta revisión podrían ser clasificados como F20, F22 o F22.9.(10).

CONSENSO

Ante tal disparidad de nombres, y dificultad a la hora de clasificar este tipo de trastornos, se forma un grupo internacional de estudio de la esquizofrenia de inicio tardío que llega a un consenso, publicado en el American Journal of Psychiatry en el año 2000 (11). Como ejemplo de la controversia que llegan a plantear dichos cuadros, Kaplan, afirma que el término Parafrenia, en ocasiones se utiliza como sinónimo de esquizofrenia paranoide. En otras ocasiones se ha utilizado para destacar el curso progresivo y poco deteriorante de la enfermedad, así como en otras, para señalar la presencia de delirios bien sistematizados. Refiere, que los múltiples significados del término le restan utilidad práctica.

Considera este grupo (11) que la esquizofrenia, puede surgir en cualquier momento del ciclo vital, desde la adolescencia a la senectud, existiendo diferencias en los cuadros si se comparan los dos extremos de la vida.

Se llega al acuerdo de que los casos cuyo comienzo se produce entre los cuarenta y sesenta años, deben denominarse Esquizofrenia de inicio tardío.

Los casos cuyo inicio se da por encima de los sesenta años deben denominarse Esquizofrenia de inicio muy tardío.

Esto, sin duda, contribuirá a unificar una serie de términos que han ido variando a lo largo de la historia y de las escuelas que han ido surgiendo, y que quedarán recogidos y unificados en las próximas clasificaciones.

Consideraciones con respecto al tratamiento:

Este grupo propone un consenso en cuanto al tratamiento que deben recibir estos pacientes. Consideran que deben de ser tratados con antipsicóticos atípicos, comenzando el tratamiento con dosis muy bajas, y subiendo éstas lentamente hasta obtener respuestas terapéuticas. Apuntan que la respuesta de los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío, suele obtenerse con dosis que son equivalentes a la mitad, o a un cuarto de la dosis necesaria en pacientes, cuyo debut se produce a edades tempranas de la vida.

Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia de inicio muy tardío, responden a dosis que son una décima parte de las empleadas en los pacientes de inicio típico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coperland JMR, Dewy M.E. Schizophrenia and delusional disorder in older age: Community prevalence, incidence, co morbidity and out come. Schizophr Bull 1998;24:153-161.
2. Harris MJ, Jeste DV: Late-onset schizophrenia: an overview. Schizophr Bull 1998; 14:39-45.
3. Jeste DV, Harris MJ and cols :Late-onset schizophrenia: studying clinical validity. Psychiatr Clin North Am 1998; 11:1-14.
4. Pearlson GD, Kreger I, Rabins PV and cols: A chat review study of late-onset and early-onset schizophrenia : Am J Psychiatry 1989; 146:1568-1574.
5. Kraepelin E: Dementia Praecox and Paraphrenia (1919).
6. Agüera L., Rubio I. Henríquez R. La esquizofrenia tardía. En Actualizaciones en psicosis, Pichot P y cols.: Tratado de psiquiatría. Madrid: Grupo aula médica, 2000.
7. Mayer C, Kelterborn G, Naber D: Age of onset in schizophrenia: Relations to psychopathology and gender. Br J Psychiatry 1993; 162:665-671.
8. Ey, H.: Las Psicosis delirantes crónicas .En: Ey, H; Bernard, P y cols: Tratado de Psiquiatría. Paris: Masson, 1975.
9. APA. DSM IV- R. Barcelona: Masson, 2003. pp.153-254.
10. OMS. CIE 10. Madrid, Meditor,1992.
11. Howard R, Rabins P y cols. Late-onset schizophrenia a very- late-onset schizophrenia-like psychosis: An international consensus. Am J Psychiatry 2000; 157:172-178.

GANGLIOS BASALES Y PSICOPATOLOGÍA

Estefanía Pumar Cordero*, Paula Cores Viqueira*, Germán Gómez Bernal*, Ignacio Gómez Reino**, Fernanda Iglesias Abellás*, Alcira Cibeira Vázquez*, Jorge Rodríguez Caride*.

Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Ourense.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 28 años de edad que ingresa en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría con autorización judicial por alteraciones de conducta, con agresividad y constantes fugas del medio familiar, en el contexto de un cuadro neurodegenerativo instaurado en la infancia y con varios diagnósticos realizados hasta la fecha.

HISTORIA CLÍNICA

Fruto de un embarazo normal, parto eutócico, presenta buen estado general al nacer. Tras un desarrollo psicomotor normal en los primeros años de vida, comienza a presentar a los cinco años de edad, alteraciones comportamentales con marcada inquietud y agresividad que evolucionan en un par de años a un carácter más colérico, coincidiendo con la aparición de tics en el ojo izquierdo, dificultad en la articulación de la palabra, actitudes compulsivas y coprolalia.

A los dieciséis años, tras acudir a varios médicos y seguir tratamiento, sin mejoría, con diversos fármacos antiepilépticos y periciazina es valorado por el servicio de neurología de una clínica privada, momento en el cual parecía existir, mayor evidencia de tics oculares, dificultad creciente en la expresión del lenguaje y empeoramiento conductual, con compras desproporcionadas y huidas de casa. Siendo la exploración física normal, se realizó el diagnóstico de síndrome de disfunción cerebral mínima y síndrome de Gilles de la Tourette con escaso componente de tics.

A los veinticuatro años es remitido a consultas de Unidad de Salud Mental desde Atención Primaria por sospecha de esquizofrenia, persistiendo entonces la conducta agresiva y las fugas, a lo que se había añadido desde hacía dos o tres años, alteraciones de la marcha con caídas frecuentes, y alteraciones del lenguaje, habiéndose establecido

ya una disartria franca. La clínica depresiva ya era evidente, presentando tendencia al llanto en relación a conciencia de déficits. No refiere alteraciones sensorio-perceptivas ni ideación delirante. En la valoración neuropsicológica se detecta algún error en ejercicios de secuencias motoras, dificultades moderadas-graves en lenguaje expresivo, FAS: 4+4+2 y déficits leves en procesos atencionales complejos, siendo la orientación, la percepción, la praxis, la memoria y la planificación normales. Las pruebas complementarias no revelaron hallazgos a destacar (la RM mostraba hiperintensidades de señal que se consideraron inespecíficas) a excepción del SPECT, que reflejó un déficit focal significativo que afectaba a las circunvoluciones lateral y mesial del lóbulo temporal izquierdo, resultado a partir del cual se enfocó el diagnóstico como un cuadro de desarrollo del cerebro, sobre todo a nivel temporal izquierdo, con alteración de la conducta y disfasia motora por mal desarrollo de estructuras del lenguaje situadas en la región temporal izquierda.

Hasta ese momento el paciente había sido tratado con medicación antidepresiva (venlafaxina), benzodiazepinas (loracepam) y antipsicóticos (tioridazina, haloperidol, tiapride, olanzapina y risperidona) en combinación con biperideno, sin obtener resultados satisfactorios.

A los veintiséis años, tras un año sin acudir a revisiones, ingresa por primera vez en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría por trastornos de la conducta con agresividad en el medio familiar y fugas del domicilio, que paradójicamente no tienen lugar durante el internamiento. Dada la mala respuesta previa a antipsicóticos se inició tratamiento con buspirona, con la que se han descrito buenos resultados en el control de trastornos de conducta en pacientes con alteraciones cerebrales orgánicas, manteniéndose una dosis baja de olanzapina.

Debido al difícil manejo a nivel familiar, fue necesario continuar el ingreso en la Unidad de Media Estancia, en donde a las dos semanas se reprodujeron los trastornos del comportamiento en forma de agresividad hacia otros pacientes junto con dos fugas de la unidad, siendo necesario proceder a su aislamiento para un control más estricto.

Tras el alta continúa acudiendo a consultas psiquiátricas, realizándose una nueva RM en la que se observa una zona focal de hiperseñal rodeada de hiposeñal en T2 de forma bilateral y simétrica en globos pálidos sugerente de depósito de sustancias paramagnéticas. Ante este resultado se cree conveniente nueva valoración neurológica. Para entonces el paciente presentaba lenguaje claramente disártrico, hipomimia con

disminución del parpadeo, aislados tics motores en párpados, bradicinesia y ligera rigidez bilateral, postura distónica en manos, marcha con disminución de braceo y ligeramente inestable, impersistencia motora, reflejos musculares vivos y simétricos en extremidades y respuesta plantar dudosa. Basándose en la clínica descrita y en el carácter degenerativo del proceso con comienzo en la infancia se realiza el diagnóstico de enfermedad de Hallervorden Spatz variante esporádica, tras haber descartado otros procesos como la enfermedad de Wilson o la enfermedad de Huntington. Siendo además dicho diagnóstico compatible con los hallazgos observados en la RM, que corresponderían con lo que se conoce como imágenes en ojo de tigre debidas a depósito férrico.

A los veintiocho años el paciente ingresa con este diagnóstico en la Unidad de Agudos de Psiquiatría, tras haber permanecido varios días fugado del domicilio familiar en los cuales permanece al cobijo de una cueva en un monte alimentándose de vegetación varia. La familia conviviente refiere conductas altamente desorganizadas con hurtos frecuentes, compras exageradas y héteroagresividad física hacia los padres, lo que imposibilita en este momento su control a nivel ambulatorio.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Psicopatológicamente se evidencia importante labilidad afectiva con tendencia al llanto en relación a la conciencia de la evolución del proceso neurodegenerativo, expresando sentimientos de culpabilidad y arrepentimiento al plantearse la posibilidad de que los déficits neurológicos desarrollados se deban a un castigo divino por su conducta disruptiva. No se observan durante el internamiento alteraciones reseñables del comportamiento, clínica que parece estar influenciada por el marco contextual en el que se desenvuelva el paciente. A pesar de no impresionar de claro deterioro cognitivo, se decide realizar una nueva valoración neuropsicológica que finalmente no puede llevarse a cabo debido a la desestabilización anímica que las pruebas le provocan al paciente al verse claramente interferidas por los déficits motores.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Bioquímica, hemograma, hemostasia, orina cualitativa: sin alteraciones significativas. Serología (VIH, LUES, hepatitis B y C): Negativa.
- RM: Signos del ojo de tigre (ver apartado de Historia Clínica).

TRATAMIENTO

Se sustituye olanzapina por quetiapina a dosis bajas (100 mg/día), se mantiene dosis de 30 mg/día de buspirona y se añade al tratamiento sertralina (50mg/día), con mejoría anímica consecuente.

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Hallervorden y Spatz describieron en 1922 este raro síndrome neurodegenerativo de transmisión autosómica recesiva, en 5 hermanas de una familia de 12 hijos. Dooling y cols. revisaron ampliamente la enfermedad sobre sesenta y cuatro casos estableciendo como principales características el comienzo en la infancia tardía (aunque posteriormente se han descrito casos infantiles precoces y en la edad adulta), la clínica motórica con predominio de signos extrapiramidales, los cambios mentales indicativos de demencia y el curso deteriorante que conduce a la muerte en la edad adulta temprana. Las manifestaciones psiquiátricas consisten básicamente en comportamiento impulsivo con explosiones de agresividad e irritabilidad, cambios bruscos de humor, labilidad emocional, síntomas depresivos y deterioro cognitivo, con dificultades al inicio para el aprendizaje y la concentración, desarrollo progresivo de alteraciones en la memoria, con posible evolución posterior a un estado demencial franco. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, pero se ve reforzado por los hallazgos de la RM (signos en ojo de tigre) por acúmulos férricos que se evidencian en estudios anatomopatológicos en globos pálidos y zona reticulada de sustancia negra. Al no conocerse claramente la etiopatogenia, el tratamiento es sintomático, siendo recomendable la multidisciplinaridad (terapia psicológica, ocupacional, fisioterapia, logopedia, consejo genético,...).

DISCUSIÓN

Tras la introducción del concepto de enfermedades del sistema extrapiramidal por Wilson en 1922, hubo que esperar veinticinco años para que se prestara atención al aspecto psiquiátrico de las mismas, siendo en 1947 cuando Brenner y cols. plantearon la posibilidad de la eficacia de los tratamientos psicológicos en las enfermedades progresivas del sistema nervioso central tras observar el efecto del estado psíquico sobre los movimientos neurológicos anormales.

La concomitancia de la clínica neurológica y psiquiátrica en las afecciones que incluyen una alteración de los ganglios basales no debería sorprendernos, si se tienen en cuenta la

multitud de proyecciones de los mismos con diversas áreas cerebrales y su consecuente importancia en el procesamiento de los inputs sensorial-afectivos, en la función motora y en el grado de alerta y vigilancia.

Las manifestaciones psiquiátricas han sido omitidas o parcialmente notificadas en los casos publicados de enfermedad de Hallervorden Spatz, a pesar de que sería impensable que el comportamiento y la emoción quedaran intactos en un proceso neurodegenerativo con tal magnitud de afectación cognitiva y motórica.

Consideramos por todo ello recomendable el estudio psiquiátrico complementario en dichos casos, de manera que la enfermedad se aborde desde un punto de vista holístico que ayude a realizar un diagnóstico precoz y a orientar un plan terapéutico, que aunque paliativo, ayude a controlar la sintomatología, a la vez que se consigue una visión más realista en términos de progresión y expectativas de futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- Dooling EC, Schoene WC, Richardson EP. Hallervorden-Spatz Syndrome. Arch Neurol 1974; 30: 70-83.
- García MA, Román J, Narbona J, Canitano R, Vaamonde J, Villas C. Enfermedad de Hallervorden-Spatz: Aportación clínica y terapéutica. Act Ped Esp 1993; 51: 463-467.
- Morphy MA, Feldman JA, Kilburn G. Hallervorden-Spatz Disease in a Psychiatric setting. J Clin Psychiatry 1989; 50: 66-68.
- Pedrola D, Pineda M, Fernández Álvarez E. Enfermedad de Hallervorden-Spatz. Presentación de un caso y experiencia del servicio. Rev Neurol (Barc) 1995, 23 (119): 51-53.
- Seibel MO, Date ES, Zeiner H, Schwartz M. Rehabilitation of patients with Hallervorden-Spatz Syndrome. Arch Phys Med Rehabil 1993; 74: 328-329.

HIPERSOMNIA, HIPERSEXUALIDAD, HIPERFAGIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alcira Cibeira Vázquez*, Fernanda Iglesias Abellás*, Germán Gómez Bernal*, Estefanía Pumar Cordero*, Marina González González*, Javier González Hermida**, Ignacio Gómez-Reino Rodríguez***, Guillermo Ozaita Arteche**** M^a José Recimil López*** David Simón Lorda***.

*MIR PSIQUIATRÍA, **PIR , *** F.E.A. PSIQUIATRÍA, ****F.E.A .NEUROLOGÍA
Complejo Hospitalario de Ourense

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Klein-Levine pertenece al grupo de hipersomnias recurrentes. Es poco frecuente. Se caracteriza por períodos de hipersomnia que se inician bruscamente o de forma insidiosa, acompañados de megafagia (término descrito por Critchley en 1962 que hace referencia a consumir cualquier alimento que esté a la vista con gran voracidad), hipersexualidad, desinhibición social, irritabilidad y agitación entre otra sintomatología.

Pueden registrarse también alucinaciones, ideas delirantes, un estado confusional, desorientación y una deficiente fijación mnésica que deja un recuerdo vago del episodio y síntomas depresivos después del episodio. En ciertos casos pueden observarse trastornos de la regulación térmica y sofocaciones vasomotoras. Este síndrome se presenta esencialmente entre los 10 y los 25 años y afecta más frecuentemente a varones(75%). Aunque existen casos descritos en pacientes de mediana edad (Muller et al.1998). La duración de los ataques va desde días hasta varias semanas y los episodios están separados por meses o años. En los períodos interepisódicos el paciente está asintomático.

Presentamos el caso de un varón de 62 años que acudió al servicio de Urgencias por un cuadro de alteración del comportamiento y somnolencia.

ANTECEDENTES PERSONALES

Hipoacusia bilateral con intervención quirúrgica en ambos oídos, síndrome vertiginoso, EPOC.

Tiene historia previa de hace aproximadamente veinte años de varios episodios de hipersomnia, hiperfagia y trastornos de conducta de semanas de duración, de los que se recupera de forma completa, que le llevan a consultar a varios centros sanitarios pero sin obtener ningún diagnóstico completo. Fuera de estos episodios el paciente trabaja como ebanista de forma correcta. Es el tercero de ocho hermanos, está casado y tiene dos hijos.

Acude a consultas de psiquiatría de forma puntual en el año 1985 derivado por inspección médica y en el año 2000 por nerviosismo, irritabilidad, agresividad verbal.

ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente sufre un accidente laboral con una máquina, tras este episodio ha comenzado con hipersomnia de varios días de duración acompañada de agresividad, irritabilidad, consumo de alimentos de forma desproporcionada, cambio en la conducta y la frecuencia sexual y desconfianza hacia su mujer por lo que es conducido al Servicio de Urgencias y allí se solicita la valoración psiquiátrica, dominando la clínica de somnolencia excesiva, por lo que se decide el ingreso en neurología para estudio.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Consciente, orientado en espacio y persona, desorientado en tiempo, no colabora al principio por el estado de hipersomnia que presenta. Posteriormente, tras recuperación del mismo, ligeramente colaborador debido a su hipoacusia marcada. Accesos de irritabilidad, agresividad física y verbal hacia la mujer y una vecina, "megafagia", eutímico. Lenguaje lento, monótono, sin alteraciones formales. No existen alteraciones sensorio-perceptivas, ideación delirante celotípica, amnesia del episodio, no existe evidencia de datos de deterioro cognitivo.

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA: durante el episodio las pupilas son mióticas y reactivas a la luz y la acomodación, reflejos presentes y simétricos, RCP flexor bilateral.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Hemograma: sin alteraciones significativas
 - Bioquímica: sin alteraciones significativas
 - Perfil lipémico: sin alteraciones significativas
 - Perfil tiroideo. sin alteraciones significativas
 - Perfil férrico: sin alteraciones significativas
 - Vitaminas B12, folatos. sin alteraciones significativas
 - Marcadores tumorales: sin alteraciones
 - Anticuerpos antinucleares: sin alteraciones
 - Serología de lúes, hepatitis, VIH: sin alteraciones
 - Sedimento de orina: sin alteraciones significativas
 - Tóxicos en orina: positivo a benzodiazepinas
 - Serología. lúes, hepatitis, VIH: sin alteraciones
 - LCR: sin alteraciones significativas
 - RX tórax: sin evidencia de patología pleuro pulmonar aguda
 - TAC craneal: normal
 - RMN cerebral: tres pequeñas hiperintensidades en STIR subcentimétricas de localización subcortical a nivel parietal derecho pudiendo presentar pequeños focos de gliosis.
 - EEG: en un primer estudio muestra actividad delta en hemisferio izquierdo, un segundo estudio muestra foco theta agudo temporal izquierdo.
 - SPECT cerebral (20 días después del episodio): patrón normal

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del síndrome de Klein-Levine es esencialmente clínico, nuestro paciente presenta la clínica principal de dicho cuadro: somnolencia excesiva, hiperfagia (la presentan la mitad de los pacientes), hipersexualidad que está presente en un tercio de los varones y es muy excepcional en las mujeres (Billard 1994), irritabilidad, agresividad, desorientación, no existe incontinencia urinaria durante el ataque. Habitualmente las alteraciones mentales desaparecen al desaparecer la somnolencia pero en ocasiones persisten días o semanas , en nuestro caso se mantuvo la hiperactividad sexual

manifestándose este tipo de conducta en la planta mientras estaba ingresado (esto ya ha sido descrito por Passouant et al.1967). También pueden aparecer algunos signos físicos: fiebre, cambios pupilares, nistagmo o RCP extensor, reflejos osteotendinosos vivos o atenuados o disartria.

Un registro polisomnográfico puede aportar datos interesantes para confirmar el diagnóstico, el patrón característico es el aumento del tiempo de sueño, reducción de la latencia de sueño y latencia REM, junto con una reducción de los episodios 3 y 4 de sueño no- REM (Pike y Stores 1994).

Elian y Borstein(1969) presentan un paciente que mostraba actividad paroxística delta y theta durante los ataques aunque esto no es habitual.

Para llegar a un diagnóstico correcto es necesario un examen exhaustivo del paciente para descartar otras causas de hipersomnias recurrentes:

Causas orgánicas	Causas psiquiátricas
Tumores cerebrales: III ventrículo Parte post hipotálamo	Estados depresivos recurrentes (20% hipersomnias e hiperfagia)
Traumatismos craneales	Tr.psicóticos con clinofilia,comport bizarros, alt conducta alimentaria e hiperfagia
Patologías infecciosas: mononucleosis infecc Hepatitis vírica...	Tr personalidad: histriónico, anancástico
Patologías responsables de la insuficiencia respiratoria crónica	Reacciones de evitación
Patologías metabólicas o tóxicas	Factores desencadenantes afectivos o emocionales
Alcohol, fármacos, abstinencia estimulantes	
Síndrome asociado a la menstruación	

ETIOPATOGENIA

Actualmente las investigaciones llevan dos direcciones, por un lado se dirigen hacia una alteración del funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisario con alteraciones catecolaminérgicas centrales. Por otro lado se sospecha una etiología infecciosa ya que más de la mitad de los casos se vieron precedidos de un episodio de infección ORL pero los estudios serológicos para aislamiento de virus han sido negativos hasta el momento.

La sintomatología del síndrome también ha sido descrita asociada a traumatismos craneales, infartos cerebrales múltiples, infarto talámico, esclerosis múltiple.

Además de las infecciones tanto ORL como generales, existen otros factores desencadenantes descritos: anestesia general, intoxicación etílica aguda, agotamiento físico o estrés psicológico. Este último episodio de nuestro paciente podría tener como desencadenante el estrés padecido en las semanas previas, ya que sufrió un importante accidente laboral que le impidió cumplir con los clientes del taller del que es propietario.

EVOLUCIÓN

A pesar de que nuestro paciente presentaba una clínica compatible con el S. Kleine-Levin no ha sido directo el camino hacia el diagnóstico, convirtiéndose el diagnóstico diferencial en la parte más importante de la exploración. Corroboramos lo difícil que es realizarlo en los primeros episodios y más aún si la presentación no ocurre dentro del grupo de edad característico, nuestro paciente asegura que su primer episodio ha ocurrido en el año 1982 cuando contaba con 42 años y que es a partir de ahí cuando comenzó su peregrinaje de forma periódica por los diferentes servicios sanitarios. Tras la realización de pruebas complementarias se fueron descartando las diferentes etiologías orgánicas pero persistía la sospecha de una posible intoxicación medicamentosa (le habían pautado benzodiazepinas por el trastorno de conducta); o por algún tóxico del taller, pero el paciente y la familia negaron la posibilidad de abuso y el accidente sufrido unas semanas antes, lo mantenían de baja alejado del ambiente laboral.

TRATAMIENTO

La recuperación de la somnolencia fue total en unos días y sin tratamiento específico para el período agudo (se utilizan, cuando es necesario, anfetaminas, agonistas alfa1 adrenérgicos o L-Dopa), tan sólo persistió un componente de desinhibición sexual durante todo el ingreso y cierto tono maniforme, administrándosele dosis bajas de clonazepam. En la literatura están descritos tanto períodos hipomaniacos como depresivos breves posteriores al ataque (Jeffries, Lerebure,1973).

El paciente lleva un período de evolución de veinte años con episodios escasos, recortados y acortamiento de la duración de los mismos, el primero duró doce días y este último tres días, dada la mejoría se decide no pautar tratamiento para prevención de recaídas (se utilizan el litio, carbamacepina y, en algún caso, está descrito el uso de ácido valproico). Los antidepresivos y neurolépticos no son efectivos en estos cuadros.

Es importante tranquilizar al paciente y la familia informando sobre la benignidad del trastorno pero informándoles de que aunque cada vez con menos frecuencia y menos duración, podrán repetirse los episodios.

DISCUSIÓN

El sueño es un fenómeno biológico regular, recurrente, fácilmente reversible mediante estimulación ligera, en el que se produce una inactividad externa relativa, un aumento del umbral de respuesta a estímulos externos (si lo comparamos con el estado de vigilia) y cambios fisiológicos en la respiración, temperatura, función cardíaca, tono muscular, presión arterial y la regulación hormonal. En su génesis y en la alternancia del ciclo sueño-vigilia están implicados: el tronco del encéfalo con la formación reticular, el núcleo dorsal del rafe y sus proyecciones serotoninérgicas, la formación reticular pontina y sus proyecciones colinérgicas, el locus ceruleus y sus proyecciones noradrenérgicas, el núcleo supraquiasmático del hipotálamo que regula la secreción de melatonina por parte de la glándula pineal, el tálamo y regiones del córtex anterior ricas en proyecciones colinérgicas. También se han relacionado con la inducción y mantenimiento del sueño neuropéptidos endógenos. El patrón de sueño varía de unas personas a otras, está comprendido entre 6 y 9 horas/día.

El DSM IV divide a los trastornos del sueño en primarios y secundarios. Dentro de los trastornos primarios se incluyen las parasomnias y las disomnias. Respecto a los trastornos secundarios, deben su origen a enfermedades somáticas, al consumo de sustancias tóxicas o derivan de otros trastornos psiquiátricos primarios en los que las alteraciones del sueño son una alteración psicopatológica más.

La CIE 10 no aporta variaciones significativas e incluye en los trastornos no orgánicos del sueño el insomnio, la hipersomnias, el trastorno del ciclo sueño-vigilia, el sonambulismo, las pesadillas y los terrores nocturnos.

Las DISOMNIAS son trastornos primarios del sueño que afectan a la calidad, cantidad y al ritmo circadiano del mismo. Se incluyen:

DISOMNIAS:

Insomnio primario
Hipersomnias primaria
Narcolepsia-cataplejía
S. Kleine-Levin
Tr sueño relacionado con la respiración
Tr ritmo circadiano del sueño
Mioclonus nocturno
S. piernas inquietas
Disomnias asociada a menstruación
La "borrachera" de sueño

Las PARASOMNIAS son trastornos primarios del sueño que incluyen comportamientos y fenómenos fisiológicos anormales que coinciden con alguna de sus fases (sobre todo las fases III Y IV del sueño, que se acompañan de una amnesia posterior), o bien con los períodos de transición sueño-vigilia. Entre las principales están las siguientes:

PARASOMNIAS:

terrores nocturnos
miedos
sonambulismo
enuresis
Alucinación hipnagógica e hipnopómpica
bruxismo
Alteraciones conductuales fase REM
somniloquia
"jactatio capitis" nocturna

La hipersomnolia se manifiesta como una cantidad excesiva de sueño, un excesivo adormecimiento diurno (somnolencia) o ambos. El término somnolencia se reservará para los pacientes que tienen quejas de adormecimiento y tendencia a quedarse dormidos repentinamente en vigilia, los que tienen ataques de sueño y los que no pueden permanecer despiertos; no debería usarse para las personas que están cansadas o aburridas. La distinción a veces es difícil, las quejas de hipersomnolia son menos frecuentes que las de insomnio por ello el clínico debe de estar alerta. La hipersomnolia transitoria y situacional es una alteración del patrón normal del ciclo sueño-vigilia; se caracteriza por una dificultad excesiva en mantenerse despierto, tendencia a permanecer en la cama durante largos períodos o echarse en la cama frecuentemente a lo largo del día. Este patrón aparece bruscamente en respuesta a un cambio reciente en la vida de un sujeto, a un conflicto o pérdida pero es mucho menos frecuente que el insomnio. Según recientes estudios la apneas del sueño y la narcolepsia son las causas más frecuentes de hipersomnolia.

El Síndrome de Klein-Levin es una afectación rara (existen alrededor de un centenar de casos publicados), de diagnóstico complicado durante los primeros episodios, el paciente suele pasar por diversos dispositivos, sin que se llegue a un diagnóstico concreto en muchas ocasiones, entre ellos el de psiquiatría debido a las alteraciones de conducta que lleva asociadas.

Hemos seleccionado este caso por lo indispensable que es conocer la sintomatología cardinal para sospecharlo, y para iniciar el despistaje diagnóstico, y por el inicio tardío del mismo, con muy pocos casos descritos en la literatura. Lo que nos hará tenerlo presente en la consulta de infanto-juvenil y en cualquier paciente con hipersomnia recurrente, y la clínica acompañante descrita a lo largo del caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abe K., Lithium prophylaxis of periodic hypersomnia, *Br J Psychiatry* 1977; 130:312-13.
2. Badino R, Caja A, Del Conte I, Guida C, Ivaldi M. Klein-Levin, Syndrome in a 82 year old man, *Ital J Neurol Sci* 1992;13:355-6.
3. Billiard M., *L'excès de sommeil. Le sommeil normal et pathologique*, Masson, 1994:245.
4. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos y de investigación, OMS, 1993
5. Critchley M., Periodic hypersomnia and megaphagia in adolescent males, *Brain*, 1962 Dec; 85:627-56
6. Critchley M., The syndrome of hipersomnia and periedical megapaggia in the adult male (Klein-Levin): what is its natural course?, *Rev Neurol (Paris)*, 1967 Jun, 116(6):647-50
7. Crumley Fe, Valproic acid for Klein-levin syndrome; *J Am Acad, Child Adolesc Psychiatry*, 1997;37(7):868-9
8. DSM IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona: Masson;1995
9. Eguíluz Uruchurtu JL., Introducción a la psicopatología, *IM&C*, 2001: 351-370.
10. Fontenelle L, Mendlowicz M V, Gillin JC, Mattos P, Versiani M. "Neuropsychological sequelae in Klein-Levin Syndrome: case report", *Arq Neuropsiquiatry*, 2000 Jun;58(2B):531-534.
11. Goldberg MA., The treatment of Klein-Levin syndrome with Lithium, *Can J Psychiatry* 1983;28:491-493.
12. Jeffries JJ, Lefebure A, Depression and mania associated with Kleine-Levin-Critchley syndrome, *Can Psychiat Assoc J*, 1973 Oct, 18(5).439-44

13. Kaplan HI, Sadock BJ, Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica, 8ª edición. Editorial Médica Panamericana, 1999: 840-860.
14. Landtblom AM, Dige N, Schwerdt K, Safstrom P, Granrus G. , "A case of Klein-Levin syndrome examined with SPECT and neuropsychological testing", Acta neurol Scand 2002, Apr,105(4), 318-321.
15. Lishman W.A., Organic Psychiatry. 3ªedición. Backwell Science Ltd.Oxford, 1988: 732-733.
16. Malhotras S, Das MK, " A clinical study of Klein-Levin syndrome with evidence for hypothalamic-pituitary axis dysfunction", Biol Psychiatry 1997; 42:299-301.
17. Mayer G, Leonhard E, Krieg J, Meier-Ewert K. "Endocrinological and polysomnographic findings in Klein-Levin syndrome: no evidence for hypothalamic and circadian dysfunction", Ssleep, 1998, May 1; 21(3): 278-284.
18. Minvielle S., "Le syndrome de Klein-Levin: une affection neurologique à symptomatologie psychiatrique", L'Encéphale,2000;XXVI:71-4.
19. Mukaddes Nm, Kora ME, Bilge S., "Carbamazepine for Klein-Levin syndrome." J Am Acad, Child Adolesc Psychiatry 1999 Jul; 38(7):791-2.
20. Muller T, Kuhn W,Bornke C,Buttner T, Pruzuntek, "H. Klein-Levin syndrome and parkinsonian symptoms: a case report", Journal of neurological Sciences,157, 1998: 214-216.
21. Onen S.H., Onen F., Diccionario de la medicina del sueño, Ediciones mayo, Barcelona, 2001: 111-112.
22. Papacostas SS, Hadjisvasilis V., The Klein-Levin Syndrome. Report of a case and reviw of the literature, Eur Psychiatry, 2000 Jun(4):231-235.

“El Origen del Universo”

M^a del Carmen García Mahía (1), Clara Pedrejón Molino(2).

PATOBIOGRAFIA

Varón de 51 años de edad, soltero, sin antecedentes familiares ni personales relevantes. Definido por su familia como “muy bueno, responsable, algo solitario”.

Es el único hijo de un matrimonio residente en un pequeña aldea de la Costa de la Muerte. Hijo de mariner y ama de casa. No parecen haber existido complicaciones durante el embarazo y el parto, ni retraso en el desarrollo psicomotor. Escolarizado a los 5 años, con excelente adaptación y buen rendimiento académico durante la Enseñanza General Básica. Abandona los estudios por problemas económicos y comienza a trabajar como mariner a los 16 años.

Hasta los 27 años estuvo embarcado con travesías de más de 6 meses de duración, con buen rendimiento. A esta edad, estando en Sudáfrica lo desembarcaron, remitiéndolo a Galicia porque “no dormía...decía cosas raras...” según relatan sus padres. Permaneció internado en un sanatorio psiquiátrico privado durante 4 meses, pero “no volvió a ser el mismo”.

Tras el ingreso abandonó el tratamiento y a este internamiento le sucedieron otros 10 a lo largo de 20 años.

En el tiempo que transcurre entre los ingresos vive solo, en una casa contigua a la de sus padres, administrando su pensión no contributiva. Entre sus actividades diarias están: nadar en la playa, comprar alimentos y dar largos paseos en soledad, en los que saluda y entabla cortas conversaciones con sus vecinos, quienes le aprecian y protegen.

Cuando es internado, siempre de modo urgente o con autorización judicial, cuenta que es “Dios”. Creó el mundo a partir de un átomo, que tenía cuatro “espelines” (los describe como prolongaciones en forma de pelo que salían del átomo), un espelín rojo, uno verde, otro amarillo y otro azul. De cada uno de ellos fueron surgiendo los seres naturales y sobrenaturales, y a partir de ahí surgieron las guerras.

Relata que en el Universo existen tres tipos de seres:

- los dioses
- los demonios
- los fermentados (a los que describe como putrefactos, malolientes)

siendo posible la transformación de dioses a fermentados, pero no al contrario.

Con respecto a los demonios dice que siempre existieron, él no los creó y no se pueden transformar; “siempre serán malos y actuarán en manaditas”.

Comenta que él , al ser un dios, habita en la nave nodriza, existiendo cuatro naves más en las que residen cuatro diosas, sus esposas: Entre ellas la más bella es “Farisela de Pengeró”.

En ocasiones ha salido malherido de algún combate con dioses de otras galaxias. En un ingreso señala una lesión en la espalda producida probablemente por algún agente abrasivo, afirmando que fue una herida de guerra, producida dos días antes por un “jespón cósmico”.

En cada consulta añade elementos nuevos a su historia de creación del Universo; a veces atormentado por la influencia de los demonios y seres de otras galaxias que le “atacan mentalmente” y también físicamente llegando a sentir dolor en diversas zonas del cuerpo. Otras veces relata su historia, siempre nueva y fantástica recreándose en el relato, con gran despliegue de manierismos e incorporando temas de actualidad: las apariciones de Bin Laden, los bombardeos en la guerra de Irak..el chapapote, que según él son “los restos fermentados de los enemigos abatidos en los combates mentales”, entre otros.

Respecto a la medicación, la considera “veneno de cobra y áspid” pero acepta tomarla porque le tranquiliza.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Durante los primeros días del ingreso se muestra generalmente consciente, orientado, irritable, con soliloquios, alucinaciones auditivas y cenestésicas, ideación delirante de contenido cosmogónico, fantástica y de perjuicio, manierismos, y ausencia total de conciencia de enfermedad.

Tras el ingreso, de modo habitual abandona el tratamiento oral o depot con neurolépticos y presenta alteraciones de conducta que precipitan nuevos ingresos.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Normales, incluyendo exploración física, hemograma y bioquímica sanguínea, análisis de orina, electrocardiograma, electroencefalograma, TAC encefálica y Hormonas tiroideas así como . Serología de Hepatitis A,B,C, VIH y Lúes.

DIAGNOSTICO

Parafrenia

COMENTARIOS

La Psicosis Parafrénica, que Kraepelin desgajó de la Demencia Precoz, se caracteriza por el carácter fantástico de los delirios, su riqueza imaginativa, la yuxtaposición del mundo fantástico al mundo real en el que el enfermo está bien adaptado, la ausencia de sistematización y la ausencia de evolución deficitaria.

En el caso de Manuel el comienzo fue rápido, dando lugar a una mutación fantástica y delirante del mundo, en constante evolución y metamorfosis, en la que día a día se incorporan elementos nuevos, que se confunden con los antiguos y dan lugar a una nueva historia del cosmos, cambiando el rumbo de la historia delirante del mundo.

El delirio parafrénico se caracteriza por su riqueza imaginativa, con un componente megalomaniaco; su pensamiento mágico fluye dando rienda suelta a las fantasías que se extienden en sus contenidos sin límite alguno. El espacio y el tiempo se adaptan al delirio, la ambigüedad de las personas, su multiplicidad, la simultaneidad o la confusión de los acontecimientos son típicos en este trastorno.

A través de las alucinaciones el parafrénico elabora su mundo fantástico. Según Henry Ey posteriormente la alucinación cede el paso a la fabulación, aunque esta opinión no es compartida por otros autores como Cabaleiro Goás.

Los temas delirantes más frecuentes tienen relación con los mitos de la creación, las metamorfosis corporales o cósmicas, siendo llamativa la capacidad de adaptación del parafrénico a la realidad de la vida cotidiana.

Así, Manuel se comporta como un marinero más en período de descanso; en su caso, no de descanso laboral, si no hospitalario, paseando por las playas de la Costa de la Muerte, hablando de temas cotidianos con otros marineros y buscando con la mirada restos de fuel en el mar, en “su mar”, que como el resto del universo forma parte de su “creación”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ey H.(1990). Tratado de Psiquiatría. Cap.VIII "Las psicosis esquizofrénicas"pp. 472-539. Ed. Masson, 8ª Edición.
2. Cabaleiro Goás M. Psicosis Esquizofrénicas. Cap.V "Formas Clínicas". Pp97-148.Colección de Psiquiatría Clásica Gallega. Editado por Asociación Gallega de Psiquiatría.

"El combustible de la psicosis"

Pedrejón Molino C, García Mahía MC, Varela Casal P.

FILIACION

Luis tiene actualmente 17 años. Es el menor de cuatro hermanos. Escolarizado hasta 8° de EGB. Realizó cursillos de hostelería y durante tres años fue monaguillo en la iglesia. Realiza trabajos temporales como vigilante en el ayuntamiento y en una cantera. Actualmente reside en un pueblo de la Galicia interior, en el domicilio familiar con sus padres y hermanos.

MOTIVO DE CONSULTA

Contacta por primera vez con servicios de psiquiatría mediante un ingreso con autorización judicial para estudio de alteraciones conductuales.

ANTECEDENTES

No tiene antecedentes psiquiátricos personales o familiares ni antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Antecedentes de consumo de tóxicos por inhalación de gasolina esporádicamente desde los 10 años y en el último año a diario, aumentando el consumo, que realiza impregnando un paño en gasolina y aplicándolo a la nariz y a la boca. Bebedor ocasional de fin de semana(2 ó 3 cervezas).

PERSONALIDAD PREVIA

Tímido, introvertido, ingenuo, sugestionable, noble con buena relación en el ámbito familiar y buenas relaciones sociales. Siempre fue mal estudiante.

ENFERMEDAD ACTUAL

En el año previo al ingreso, consumo diario de gasolina inhalada que obtiene del depósito del coche. Comienza con irritabilidad, episodios de inquietud, heteroagresividad verbal y agitación psicomotora ante pequeñas discusiones en el entorno familiar.

Tres meses antes del ingreso fue encontrado por su hermano colgado de una cuerda del garaje, despidiendo fuerte olor a gasolina, aunque él dice haber actuado en estado de confusión y no haber tenido intención autolítica clara.

El consumo de gasolina fue en aumento en los meses siguientes, presentando aislamiento social, irritabilidad, y abandono del trabajo que venía realizando alegando

dificultades de concentración y pérdida de interés.

El paciente comenta que al inhalar gasolina, predice el futuro y que escucha los pasos de las personas antes de que lleguen. " veo escenas del ejército -dice- , como por ejemplo las trampas que hay en el campo; y he visto una nave de extraterrestre s marrón y amarilla".

En mes previo al ingreso, comienza a pensar que su facies tiene parecido a la de Bruce Lee y hace búsquedas en internet para comprobar si este tiene cicatriz estrellada en la mano al igual que el paciente; eso demostraría que él es el sucesor de Bruce Lee. Además, como Bruce Lee murió a la misma edad que Jesucristo, él morirá también a la edad de 33 años.

Comienza a hacer preparados alimenticios (con yogurt, leche, limón) para fortalecer su cuerpo, según el paciente" para tapan el punto de apoyo".

En este contexto, el paciente es conducido al servicio de urgencias por el 061 donde se indica su ingreso.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLOGICA

En la exploración el paciente presenta aspecto desaseado, sin olor a gasolina. Vigil, colaborador, orientado auto y alopsíquicamente, normoproséxico, sin alteraciones mnésicas significativas, suspicaz, irritable, humor delirante, reactivo, sin alteraciones anímicas ni ideación autolítica. Angustia psicótica, discurso fluido y coherente con ideación delirante místico religiosa, interpretaciones delirantes, no inserción robo ni transmisión de pensamiento, inquietud psicomotora, hiporexia e insomnio de conciliación. No presenta conciencia de trastorno. Episodios confuso oníricos (al inhalar gasolina) con ilusiones visuales y alucinaciones auditivas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Normales, incluyendo hemograma, bioquímica de sangre y orina, ECG, EEG, TAC craneal, Hormonas tiroideas Serología de Hepatitis, VIH y Lúes.

EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA

Tras tratamiento con risperidona y clonacepam en un período de 2 semanas remite la actividad delirante haciendo crítica de la misma con normalización de hábitos y patrón conductual.

JUICIO CLÍNICO

Varón de 17 años, que inicia inhalación de gasolina desde los 10 años, con episodios previos de intoxicación por gasolina, y posterior psicosis en relación con el consumo de dicha sustancia.

DIAGNÓSTICO

Trastorno psicótico inducido por inhalantes (CIE IO: F 18.51)

COMENTARIO

El abuso de gasolina crónico puede producir encefalopatía aguda, demencia y psicosis, que según algunos autores puede llegar a ser una psicosis orgánica persistente. Se considera que el tetraetilo de la gasolina es reponsable de la psicosis persistente, mientras que las otras alteraciones se atribuyen a los hidrocarburos. Durante los episodios de intoxicación se han detectado niveles elevados de CPK, sin otras alteraciones analíticas sanguínea.

Debido a su bajo coste y facilidad de obtención, los inhalantes suelen ser las primeras drogas de experimentación para la gente joven, y puede haber una incidencia mayor entre quienes viven en áreas de depresión económica.

El perfil del consumidor de gasolina es un adolescente, residente en áreas rurales y nivel socioeconómico bajo.

El cuadro clínico característico de la intoxicación incluye: alucinaciones visuales, alteración del nivel de conciencia, euforia, nistagmus, mareo, debilidad y temblor, existiendo la posibilidad de desarrollo de psicosis posterior.

Nuestro paciente, sin antecedentes familiares o personales psiquiátricos hasta entrar en contacto con la gasolina, ha presentado episodios de intoxicación por gasolina con problemas escolares y posteriores estados confuso-oníricos, ideas delirantes, ilusiones, alucinaciones y paso al acto con intento de autolesión.

Remitida la sintomatología de la intoxicación y, en ausencia de exposición a tóxicos persistió sintomatología psicótica con remisión total en un período relativamente breve.

En este caso, la actitud familiar hacia el consumo de gasolina fue tolerante, al considerar que el combustible que utilizaban en sus coches y maquinaria agrícola no era una "droga" porque:

- no se obtenía mediante actividades ilegales, no provocaba conductas de robo o amenazas para obtenerla.

- no era cara
- no se inyectaba
- el paciente no se juntaba a grupos marginales
- tanto los padres, como su hermano, empleado en una gasolinera, estaban expuestos a la gasolina por su actividad profesional y habían notado alguna vez cierta sensación de "mareo" que les desagradaba, provocada por la gasolina.

Presentamos este caso por dos motivos:

- En primer lugar hablaremos de su interés clínico, ya que apenas existen publicaciones sobre trastornos psicóticos producidos por gasolina, aunque ya se recoge su existencia en el DSM-IV
- Pero el motivo principal de la presentación es inducir a la reflexión sobre el mismo a otros profesionales tanto psiquiatras como de atención primaria ya que, debido a las características socioculturales de nuestra población, eminentemente rural y dispersa y que tiende a considerar el consumo de gasolina como algo "leve" podemos estar ante un fenómeno en oculto crecimiento.

COMUNICACIONES LIBRES

Presentación Libre

ABUSOS SEXUALES INFANTILES EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Lamas R; Agra, S; Crespo J. M. Unidad de Salud Mental IV. Hospital de Conxo.

INTRODUCCIÓN.

- 1948-1953: Kinsey y cols.- Primeros estudios de prevalencia de abusos sexuales en infancia.
- 1956: Landis- Prevalencia de Abusos Sexuales en la Infancia(antes de 18 años): 33% mujeres, 24% varones.
- 1962: Kempe y cols.-"Síndrome del Niño golpeado".
- 1991 (FUNCOE) Y 1996 (López y cols.)- prevalencia de 23% mujeres y 15% hombres.
- Escasos estudios referidos a pacientes psiquiátricos: Chu y Dill (1990)- 63% enf. Psiquiátricos ingresados padecieron abusos fcos. Y sexuales. Brown y Anderson- 18% abusos (7% de ASI).
- Falta de datos, ¿ por qué?:
 - no registramos?
 - no comunicamos?
 - problema de escasa relevancia?

OBJETIVOS

1. Averiguar la prevalencia de ASI en pacientes adultos (Primeras consultas de nuestra USM)
2. Averiguar características de abusos, víctimas y agresores.

MATERIAL Y MÉTODOS.

- Se analizaron los pacientes que acudieron como primera consulta entre el 1/01/02 y el 31/12/02.
- Que fue objeto y víctima de abusos sexuales antes de los 16 años.
- En todo momento se tuvo el consentimiento del paciente y se propuso garantía de confidencialidad.

Variables analizadas:

Epidemiológicas: Edad, sexo, estado civil.

Clínicas: Diagnóstico CIE 10.

Motivo consulta (enf. Psiquiátrica y/o abusos)

Características del abuso sexual:

Edad, duración y frecuencia abusos.

Tipo y numero de agresores.

Tipo abusos, lugar, refuerzo, repetición.

Comunicación del abuso.

Hábitat y funcionamiento familiar.

Métodos: análisis estadístico SPSS.

RESULTADOS.

- Se estudiaron 447 pacientes: 26 declararon haber padecido abusos (2 varones y 24 mujeres). Supuso una prevalencia general: 5,8 %.
- Motivo consulta: sólo un caso consulta por el propio abuso (3,8 %).
- Diagnóstico más frecuente: T. Depresivo- ansioso reactivo (en ambos grupos).

- Sexo: El 6% fue con abusos, en donde predominaron las mujeres (92%) frente a los varones (8%). La mayoría de la muestra estudiada (94%) no relataron ningún tipo de abusos, predominó las mujeres con el 64% frente al 36% de los varones.
- Estado Civil. El 15% de los pacientes que han sufrido abusos son separados o divorciados frente a un 7% entre los que no los han padecido.
- Diagnósticos. Entre los pacientes que sufrieron abusos predominaron los trastornos neuróticos (68%), seguidos de los trastornos afectivos en el 17%, siendo psicóticos y trastornos de personalidad en el 8%, con menos del 5% las disfunciones fisiológicas y menos del 1% el resto.

Características que afectan a las víctimas:

- Edad de inicio del abuso fue muy precoz, constituyendo 70%, hasta los 10 años. La edad en el momento del abuso, entre 6 y 10 años, fueron 14 pacientes, cerca de la mitad de la muestra de abusos. Entre 11 a 15 años fueron 8 pacientes, 30%, y 4 (el 15) tenían una edad menor a los 4 años.
- Frecuencia: episodio Único en el 58% (15 casos). Con carácter continuado el 11,55. Con carácter semanal y quincenal el 7,7% en ambos casos, siendo mensual el 15,4%
- Brevidad en la duración: 64´4% expresada en días, el 7,7% en semanas, el 3,8% en meses y el 23,1% años.
- Repetición: 2 casos sufrieron abusos en 2 épocas; 1 caso en 3.
- Tipo abuso: 88´4% contacto físico (tocamientos 76,9%; penetración vaginal 7´7%; anal 3´8%); 11´5% sin contacto físico (masturbación

Características del entorno de las víctimas:

- Agresor: siempre único y varón.

intrafamiliar 42´3% (11 casos): 15,4% padre; 11´5% tío.

extrafamiliar 57´6%: entorno próximo familiar (5 eran amigos, uno era su profesor, otro cuidador y cuatro vecinos) salvo 4 casos de agresor desconocido.

- Refuerzo o coacción: 34´6% amenazas; 7´7% violencia física; 15´45% engaño.
- Lugar: 30´8% domicilio propio; 26´9% domicilio ajeno; 23´1% parque; 11´5% gimnasio escolar.

Características del entorno de las víctimas:

- Comunicación: El 50% fue silenciado y solo el 11´5% denunciados. El 38% fue revelados.
- Hábitat de residencia: similar al conjunto de los atendidos en nuestra USM.
- Disfunción familiar: 84´6% normalidad; 15´3% separación padres.
- Hábitat: Predominio el ambito rural, mas del 60%

Discusión. Prevalencia.

- Prevalencia en nuestra unidad: 5,8%, la más baja de los estudios publicados.
Proporción: 12:1.

Factores que expliquen esta baja tasa:

- No siempre se reconocen en un primer contacto, olvido temporal, los A. S. Antes de los 4 años no se recuerdan o vivencian como tales.
- Falta consenso al definir “abuso” “sexual” “infantil”.
- Dificultades metodológicas.
- Falta de registro.
- Sexo terapeuta coincidente con agresor y presencia de personal no clínico.

DIAGNÓSTICOS.

- Diagnóstico tipo depresivo- ansioso: misma línea que en literatura.
- Clara relación entre Abusos Sexuales Infantiles y depresión del adulto.
- Desde los años 80 se vincula con dos diagnósticos: T. Por estrés postraumático y personalidad límite.
- Mayor riesgo de revictimización y mayor prevalencia de intentos autolíticos en edad adulta.

DISCUSIÓN.

- Según Craine, Bachmann y Molnar: “la mayoría de las víctimas no buscan tratamiento por este motivo, sino por depresión, pesadillas, trastornos de la identidad sexual, consumo de tóxicos, intentos de suicidio, quejas somáticas crónicas, comportamiento antisocial y relaciones materno- filiales difíciles”.
- La de la bibliografía consultada nos ofrecen los siguientes datos:
 - cuanto mayor sea el crecimiento y la maduración del niño, menor riesgo de sufrir abusos.
 - Generalmente, episodio único y, en caso de repetición, frecuencia escasa y limitada en el tiempo.
 - Existencia de contacto físico en un gran porcentaje.
 - Agresor único, varón y en la mayor parte de los casos perteneciente al entorno próximo de las víctimas.
 - Los abusos son cometidos sobre todo en el ámbito domiciliario, propio o ajeno.
 - Destacamos ausencia de mujeres abusadoras en nuestro estudio. En la literatura se establece una proporción de 6 hombres frente 1 mujer.

- En nuestro estudio, 50% de los casos silenciaron el abuso y sólo un 11,5% lo denunciaron (% similares a literatura): ¿ oposición padres, vergüenza, sentimientos de culpa?.
- Varios autores: el A.S.I. es más probable en niños de hogares problemáticos (conflicto conyugal, separación, consumo tóxicos, problemas psiquiátricos...). En nuestro estudio, normalidad en la mayoría de los casos.

CONCLUSIONES.

1. Baja prevalencia comparado con bibliografía.
2. Prevalencia siempre menor que la real.
3. Falsas creencias:
 - i. Sólo los sufren las mujeres.
 - ii. Nadie abusa de los más pequeños.
 - iii. El agresor es un extraño, un enfermo, un perverso...
 - iv. Sólo ocurren en familias de baja condición social.
 - v. Los abusos no existen, son fantasías...
4. La realidad:
 - Las víctimas son preferentemente mujeres, pero también hombres.
 - Inicio precoz para declinar con el crecimiento.
 - En general, agresor único, varón y del entorno familiar o próximo.
 - Escasamente reiterativos, esporádicos, con poca violencia, predominio tocamientos frente penetraciones.
 - Buen funcionamiento familiar.
 - Diagnósticos comunes y de poca gravedad.
 - Tendencia inicial a silenciarlos.

5. Nuestros resultados muestran un panorama de “escasa prevalencia, escasa violencia”: peligro de no preguntar, restar importancia.
6. Todos los pacientes han colaborado de buen grado.
7. Creemos que nuestra experiencia puede ser aplicable en cualquier ámbito de la asistencia psiquiátrica.
8. Problema primordial de salud pública, no exclusivo psiquiátrico.

PERSONALIDAD PATOLÓGICA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL HUMOR

Vidal Millares M, García Mahía MC, Brenlla González J, Cimadevila Alvarez C.

Hospital Gil Casares. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Santiago de Compostela.

Estudio de Perfiles patológicos de personalidad en una muestra clínica de pacientes diagnosticados de alguna de las categorías diagnósticas de Trastornos Afectivos según el DSM-IV.

La muestra está constituida por 96 pacientes con diagnóstico mayoritario de Depresión Mayor.

EL HOMBRE-LOBO DE ALLARIZ (OURENSE), 1853: UNA VISIÓN DESDE LA PSIQUIATRÍA ACTUAL

SIMÓN LORDA, D.; FLÓREZ MENÉNDEZ, G.

Psiquiatras. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense.

OBJETIVOS

Hace ahora siglo y medio, en el año 1853, un hombre es juzgado y procesado en Allariz-Ourense y en A Coruña por el asesinato y desaparición de varias personas. En su defensa alegaba que su conducta respondía a un instinto fatal que lo llevaba a cometer crímenes al convertirse en lobo. El objetivo del trabajo es exponer el caso y las circunstancias concurrentes, así como aventurar hipótesis diagnósticas del mismo.

MÉTODOS

Fundamentalmente consulta de fuentes archivísticas (Archivo Histórico Provincial de Ourense) y revisión de bibliografía en torno al caso concreto así como a la licantropía y la psiquiatría española y gallega a mediados del siglo XIX.

RESULTADO

a) EXPOSICIÓN DEL CASO:

En los años 1852-1853, una de las más terribles crisis de subsistencia agraria del siglo XIX asola Galicia. Trajo una terrible hambruna, fiebres y éxodo migratorio masivo de las zonas afectadas. Justo en esos años de reinado de Isabel II va a desarrollarse el caso del único “hombre- lobo” procesado por la justicia ordinaria en España. El hombre en cuestión era Manuel Blanco Romasanta, de 42 años de edad, natural de una aldea de Esgos (Ourense). En la zona de Allariz y Villar de Barrio era muy conocido y apreciado por los vecinos ya que se dedicaba a la venta ambulante por las ferias entre Galicia y Portugal. Además parece ser que ayudaba a los viajeros a atravesar las montañas desde Galicia a León, Asturias y Cantabria. Es acusado del asesinato y desaparición de varias

personas y finalmente detenido en Castilla, siendo posteriormente encarcelado en Allariz-Ourense en 1852. Allí, él mismo se autoinculpó del asesinato de varias personas, perpetrado según él, cuando se transformaba en lobo ("Lobishome" o hombre-lobo).

Varios facultativos de la villa de Allariz (el médico José Lorenzo Suárez, los licenciados Demetrio Aldemira, Vicente María Feijoo Montenegro y Manuel María Cid, y los cirujanos Manuel Bouzas y Manuel González) reconocen "física y filosóficamente a Manuel Blanco" en octubre de 1852 por orden del juez de Allariz, emitiendo un informe del cual darán cuenta al tribunal en diciembre de 1852.

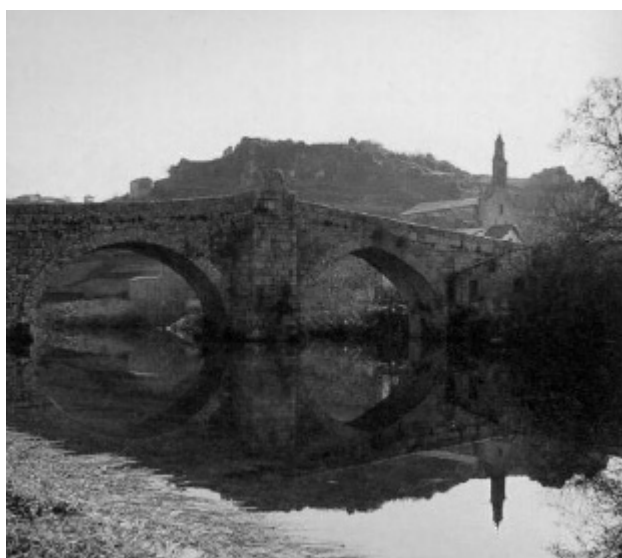


Ilustración 1. Puente de Allariz (Ourense)

b) INFORME DE LOS FACULTATIVOS: ALLARIZ, OCTUBRE 1852

Es un informe muy inspirado en las teorías frenológicas y del cual transcribimos algunos párrafos:

"(...) Si por los resaltos de su cráneo hubiese de decidirse de las pasiones de Manuel Blanco, hallaríamos los siguientes predominios. Sagacidad comparativa; educabilidad; penetración metafísica; habilidad mecánica y adquisividad o tendencia a adquirir o poseer; inclinaciones que nada se rozan con las que nos ocupan, a no ser la última, porque aunque buena en sí misma y conveniente en la sociedad, puede, exagerando sus límites un alma destemplada, llevarse hasta el robo y éste exigir el asesinato como medio o como preocupación (...) Pretende el detenido

hacerse pasar por un ser fatal y misterioso, un genio del mal, lanzado por Dios en un mundo que no es su centro, creado ex profeso por el mal ajeno a que le impide la fuerza oculta de una ley irresistible, en virtud de la cual cumple su fatídico y tenebroso destino(...) En el hombre hay dos fundamentos de facultades: el cerebro, para las del entendimiento, y las vísceras para los arranques o ímpetus, y de la ocurrencia de ambos orígenes resulta un tercer estado potente y temible: que exageradas estas facultades producen efectos diversos proporcionales a su origen, y en la tercera o concurso de ambas tornan al hombre idiota o loco absoluto. La licantropía pertenece a la tercera, por ello se presta especial atención al examen del estado visceral del reo así como de la craneoscopia...

No se presenta en el organismo del detenido ni señales amnésicas, ni causas ni motivos actuales capaces de dar origen a perturbaciones violentas de la inteligencia. Las inclinaciones que de él pueden inferirse, no son suficientes para explicar por supuesta licantropía, ni los actos que inducen son coactivos e invencibles, por lo que Manuel Blanco Romasanta obra con libre albedrío, conocimiento y fin moral.

Su inclinación al vicio es voluntaria y no forzosa. El procesado no es loco, ni imbécil, ni monomaniaco, ni lo fue ni lo logrará ser mientras esté preso, y por el contrario resulta que es un perverso, un consumado criminal capaz de todo, frío y sereno, sin bondad y con albedrío, libertad y conocimiento. El objeto moral que se proponía era el interés. Su confesión explícita fue efecto de la sorpresa, creyéndolo todo descubierto. Su exculpación es un subterfugio. Los actos de piedad, añagaza sacrílega. Su metamorfosis, un sarcasmo (...)"(tomado de C- 8938 (Judicial, Legajo 1852). A.H.P. Ourense)

C) EPICRISIS:

El juicio contra el Hombre-Lobo dura aproximadamente un año, tras el cual, el 6 de abril de 1853 se emite una sentencia de muerte por el juez de Allariz, que lo condena a garrote vil y a una indemnización de 1000 reales por cada víctima, todo ello pese a que no se hallaron los cuerpos de algunas víctimas, y otras se supo que habían sido asesinadas por lobos auténticos.

Un hipnólogo francés (Mr. Philips) que había seguido el caso del Hombre-Lobo a través de una noticia publicada en un periódico francés, envía una carta al ministro de Gracia y Justicia afirmando que Romasanta era un afectado de una monomanía conocida como

licantropía, y que debido a un desorden de las funciones de su cerebro no era responsable de sus actos. Afirmaba este hipnólogo que a través de la hipnosis él mismo había tratado esa enfermedad con alguno de sus pacientes, por lo que pide que no se ejecute la sentencia y que se le permita estudiar el caso. Aunque este hipnólogo nunca llegó a viajar a España ni examinó al hombre-lobo, lo cierto es que sus apreciaciones influyeron en el destino final del mismo. La propia reina Isabel II, informada por la carta del Dr.Philips al ministro de Justicia, intervino en el caso del hombre-lobo de Allariz, conmutando finalmente la pena de muerte por cadena perpetua mediante una Real Orden del 13 de mayo de 1854. Romasanta fallecería al cabo de pocos meses en la cárcel (según DOMÍNGUEZ&BLANCO, 1991), aunque tampoco hay constancia documental de ello.

Desde inicios del verano del 2003, siglo y medio después de este proceso se está rodando una película inspirada en el caso (“Romasanta”, de la productora Filmax) y con el guión del novelista de origen alaricano Alfredo Conde, quien a su vez es descendiente de uno de los médicos que peritaron el caso del lobishome en Allariz.



Ilustración 2. Cartel película “Romasanta” (tomado de www.filmax.com)

Este caso ya inspiró cantares de ciego por las ferias de Galicia, y ya más recientemente una película (“El bosque del lobo”, 1971, de Pedro Olea) y dos novelas: “O bosque de Ancines” de Carlos Martínez Barbeito, y “Pel de Lobo” (2002), de Xosé Miranda. También ha atraído a intelectuales y escritores ourensanos como Vicente MARTÍNEZ-RISCO (1929) o Celso Emilio FERREIRO (1974), y ya en los últimos años a Xulio PRADA (1990) o el periodista José DOMÍNGUEZ GONZÁLEZ (junto con Lino

Blanco)(1991). También fue abordado el caso por María Jesús García e Irene Esperón, en las “Jornadas de Historia de la Psiquiatría” desarrolladas en el Hospital Psiquiátrico Rebullón (Vigo) en noviembre de 1996, coordinadas por el psiquiatra Tiburcio Angosto Saura.

D) ¿QUIÉN ERA EL DR. PHILIPS?

Ninguno de los autores que hasta el momento se han acercado al estudio del caso han profundizado en la identidad de este hipnólogo francés que vino a tener una importancia fundamental en el destino del “lobishome”. Tras revisar bibliografía acerca de la historia del hipnotismo (MONIZ, ELLENBERGER, TORTOSA, DIEGUEZ, GARRABÉ...) vemos que la intervención del Dr.Philips en el caso del “lobishome” se produce en un momento de importante transición desde el mesmerismo animal hacia un creciente interés por el hipnotismo que alcanzará su época dorada en torno a 1880.



Ilustración 3. Hipnotismo, siglo XIX.

El Dr.Philips era con mucha probabilidad el médico francés Joseph-Pierre Durand de Gros (1826-1900), exiliado a Gran Bretaña durante un tiempo y que a su vuelta a suelo francés firmó con el seudónimo de Dr. Phillips. Junto con Azam (estudiado por GARRABÉ, 1996), Brown-Séquard, Demarquay, Girard-Teulon... formó parte del movimiento que propició la incorporación y asimilación del braidismo en Francia (MONIZ, 1960:p118). Todos ellos abrirían y prepararían la época dorada del hipnotismo de los años 80. Algunas de las obras de Durand de Gros fueron (1855) «Electrodynamisme vital, ou les relations physiologiques de l'esprit de la matière démosntrées par des experiences entièrement nouvelles et par l'histoire raisonnée du système nerveux» o (1860) «Cours Théorique et pratique de braidisme, ou hypnotisme nerveux considéré dans ses rapports avec la psychologie, la pathologie, et ses

applications à la médecine, à la chirurgie, à la médecine légale et à l'education»). Antes de fallecer participa en el IV Congreso Internacional de Psicología de París en agosto de 1900 con una intervención con su teoría del polipsiquismo. Ellenberger destaca la influencia que este modelo de la mente tuvo sobre las nuevas concepciones elaboradas por Freud y Jung en la naciente psiquiatría dinámica .

E) ALGUNAS NOTAS SOBRE LA LICANTROPÍA

“...**piernas ulceradas al desplazarse** a cuatro patas, sed excesiva, ojos y lengua secos y agrietados al disminuir o desaparecer la producción de saliva y lágrimas, visión pobre, palidez, vagabundeo nocturno compulsivo, sobre todo en torno a cementerios, y aullar hasta el amanecer...” (Paulus Aegineta, Alejandría, siglo VII d.c)

“Pretende que en algunas temporadas tiene la desgracia de convertirse en lobo y entonces, contra su voluntad, se ve obligado a desgarrar a su prójimo con uñas y dientes; para lograrlo se revuelca en la arena, condición antecedente a su transfiguración...” (Reseña de la causa formada en el Juzgado de Allariz contra Manuel Blanco Romasanta, 1852)



Ilustración 4. Tomado y modificado del cartel de la película “El bosque del lobo” de P.Olea.

Desde la Antigüedad la transmutación del hombre al lobo (zoomorfismo licantrópico) ha generado una gran fascinación, prueba de la misma son las numerosas referencias que aparecen en textos clásicos (Ovidio, recuerda que Júpiter transformó en

Hombre-Lobo a Licaon) y bíblicos (Daniel relata la transformación de Nabucodonosor tras una aparente melancolía). Paralelos a esta fascinación discurren los intentos de explicar el porque de esta transformación. Inicialmente, en el mundo clásico y el paleocristianismo, las explicaciones serán de tipo moral – espiritual. Posteriormente, y con la llegada de las tesis defendidas por el *Malleus Malleficorum*, la licantropía pasa a formar parte de las estrategias del diablo para corromper el alma y el cuerpo de los hombres, y la transformación se hace más corporal y menos simbólica.



La tradición gallega cuenta que el séptimo hijo de una familia compuesta exclusivamente por varones puede ser saudador (saludador) o lobishome (hombre lobo). En ambos casos, la característica viene dada por nacer el día de Viernes Santo o la noche de Nochebuena. La diferencia estriba en que el saudador tiene grabados en el paladar los signos evidentes de su condición (una cruz o una rueda de Santa Catalina), mientras que el lobishome carece de ellas. Para evitar que se desarrollen las condiciones de hombre lobo, el niño debe ser apadrinado por uno de sus hermanos. En caso contrario, lo poseerá el espíritu melancólico y se verá abocado, los viernes a media noche, a abandonar su hogar, desprenderse de sus ropas humanas y convertirse en lobo. La tradición dice que recorrerá siete aldeas, una por cada uno de sus hermanos, tirando en cada aldea una de las siete pieles con que se cubre. Otras tradiciones dicen que recorre siete fuentes, siete montes y siete puentes. Volverá a su forma humana cuando alguien le haga sangrar o queme alguna de las pieles que le cubren. La creencia en hombres lobos fue exportada a América del Sur, parece ser que por los descubridores portugueses, pues una manera de librar al séptimo hijo varón de su sino es bautizarle con el nombre de Bieito, tal y como se acostumbra en las islas Azores.

La llegada de la Ilustración implica la aparición, o redescubrimiento, de explicaciones médicas al fenómeno licantrópico; numerosas son las causas que se invocan como responsables: la Sífilis, la Rabia, la Porfiria, la Epilepsia o las Intoxicaciones por Belladona o Estramonio (entre otras) son algunos de los ejemplos. Finalmente, la Psiquiatría tampoco se ha visto ajena a este intento de encontrar una etiología a la licantrópía. Tal y como destaca Mosehly (1999) se habían descrito en esa fecha más de 24 casos en la literatura médica, utilizando búsqueda de Medline y PsycLIT. En numerosos artículos se relaciona esta zoomorfosis con diagnósticos psiquiátricos como la Melancolía, la Esquizofrenia, la Histeria, los Trastornos Facticios, las Personalidades Límites, el Retraso Mental y las Alteraciones del Lóbulo Frontal.

Distintas posibilidades de encuadre psicopatológico para la licantrópía (tomado de GARCÍA&ESPERÓN, y modificado):

- a) Como ideación delirante: El paciente cree ser un lobo.
- b) Como alteración conductual: El paciente se comporta como un lobo.
- c) Como alteración psicopática de la personalidad: El paciente dice que no tiene más remedio que comportarse como un lobo.

Puede justificar crímenes planeados simulando ser víctima de un maleficio que lo convierta en lobo con utilización de las creencias populares en beneficio propio y el agravante de heteroagresividad en rango de homicidio con dudosa resonancia afectiva en el autor de las consecuencias de sus actos. Serían los que en la historia de la psiquiatría se denominaron degenerados morales. Otras alternativas implicarían a la simulación como mecanismo en otros trastornos de la personalidad.

ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN OURENSE A MEDIADOS DEL SIGLO XIX

Aunque existieron otros establecimientos con mayor antigüedad, la asistencia hospitalaria general ourensana podemos fecharla con un inicio en torno a 1556, cuando el Obispo Francisco Blanco inicia la fundación del Hospital de San Roque, situado en la Alameda (actual Alameda do Concello). Derribado en 1927, en su lugar se asienta hoy día el edificio de Correos. Aunque hemos revisado el “Libro de Entrada de Enfermos del Hospital de San Roque entre los años 1764 y 1801”, así como los del año “1836”, no hemos conseguido encontrar datos que nos indiquen que en ese período se atendieran

allí a dementes o alienados. Es de suponer que algún caso atenderían o que desde allí se derivarían a la cárcel municipal. Como ejemplo puntual valga la siguiente anotación extraída del legajo “Enfermos de Caridad y Expósitos que entran en este Hospital desde primero de Julio de 1835, cuando entra de Administrador Don.Juan Sánchez”: “El dieciséis de Febrero de 1836, entra en el Hospital, José, conocido como el Loco de Palacio, edad de 46 años poco más o menos.... “. Fallece 8 días después. Hay que destacar el elevado número de enfermos que allí se atendían, y que de éstos, un número nada desdeñable eran peregrinos de romería a Santiago procedentes de Italia, Francia, Flandes, etc...

En 1860, fecha a partir de la cual los historiadores consideran que hay censos de una cierta fiabilidad, la provincia de Ourense tiene 369.138 habitantes de hecho. Era una provincia eminentemente rural y agraria, que no necesitaba del manicomio como institución... Conviene insistir en que asilo – manicomio - hospital psiquiátrico son instituciones urbanas y en Galicia no se puede hablar (por el número de habitantes) de ciudades hasta prácticamente el siglo XX. De ahí que muchos locos gallegos fueron internados en Valladolid que era la ciudad más próxima (GARCÍA CANTALAPIEDRA, 1992).

En los años en que se desarrolla el caso del hombre-lobo de Allariz, no existían médicos o facultativos gallegos que se dedicaran a la psiquiatría. Los únicos que intervienen en el caso son los médicos de la villa de Allariz. Los primeros psiquiatras que podemos considerar como tales aún tardarán en aparecer aún unas décadas en Galicia, por lo menos hasta la apertura del manicomio de Conxo en 1885 y la publicación en ese mismo año del Real Decreto de Internamiento de Dementes (GONZÁLEZ & SIMÓN, 2002).

CONCLUSIONES

1. Tal y como señala Livianos-Aldana (2001), aplicar diagnósticos de hoy en día a pacientes de hace un siglo y medio puede adolecer de ser una falacia categorial. Sin embargo, los datos biográficos del caso del “hombre-lobo” Manuel Blanco Romasanta así como lo que podemos inferir de los informes de los médicos que lo reconocen en Allariz, no indican que estemos ante un proceso psicótico sino más bien ante un caso de un trastorno de la personalidad. El pragmatismo y la obtención de beneficio a cualquier coste,

siempre ajeno a su persona, aunque con don de gentes y seducción, orientan hacia un trastorno de personalidad. El recuerdo íntegro y la planificación de los hechos, en principio nos descartaría una epilepsia y el descontrol de impulsos ligados a esta entidad. En esta línea apuntada aquí ya se habían manifestado también otros profesionales gallegos de la psiquiatría y psicología que se acercaron al estudio del caso ya hace unos años (GARCÍA ALVAREZ & ESPERÓN, 1996).

Afinar un poco más en qué tipo de trastorno de personalidad puede ser tarea difícil, pero nos inclinamos por el Trastorno Antisocial de Personalidad (DSM-IV (APA, 1995)) o el ICD 10 (OMS, 1993), o por un diagnóstico de “Psicopatía” en la línea de R. D. Hare. , autor que agrupa en este trastorno características conductuales propias del DSM-I y rasgos de personalidad del CIE 10. Un ejercicio apartado de la ortodoxia científica pero tal vez muy interesante para el estudio del caso sería haber pasado retrospectivamente sobre la historia y documentación existente la escala “Psychopathy Checklist de Hare”.

2. Debido a lo expuesto y por lo investigado hasta el momento, salvo la petición de intervención del Dr.Philips (Durand de Gros), no se produjo en el caso la intervención de los psiquiatras como peritos forenses ante el Tribunal de Justicia de Allariz o de A Coruña. Supuso este hecho una oportunidad fallida para iniciar la legitimación y consolidación de la medicina mental/psiquiatría en Galicia. A lo largo de la segunda mitad del siglo XIX en España, tal y como han estudiado autores Como MARTÍNEZ-PÉREZ (1997), HUERTAS (2002) o REY (1982) las causas criminales se convirtieron, en una excelente oportunidad para que los alienistas se postularan, no solo ante los jueces sino ante la opinión pública, como los únicos expertos capaces de decidir si un procesado estaba o no afectado de un trastorno mental, así como para presentar a la nueva “ciencia psiquiátrica” como un elemento indiscutible de progreso (HUERTAS, 2002). La “ciencia psiquiátrica” y la demanda urbano-burguesa del manicomio (psiquiatría) como elemento de control de conductas desviadas aún no surgirá en la provincia debido a su propia estructura socioeconómica hasta finales del siglo XIX.

3. Parafraseando a Auden, podemos decir para terminar que “El mito del hombre lobo, que ha perdurado durante tantos siglos, como otras imágenes simbólicas utilizadas para explicar la vida psíquica tiene probablemente bases físicas, históricas y culturales, de las cuales los trastornos neurológicos – psíquicos y los efectos de medicinas y tóxicos sólo representan una pequeña porción”. Hoy, en el siglo XXI este mito del hombre-lobo

continúa recorriendo montes y chimeneas (de Galicia y de otros lares), pero también espacios web y congresos psiquiátricos.

BIBLIOGRAFIA

1. AH.P.Ourense, Caja 8938 (Judicial, Legajo 1852) (Fotocopia de "Causa 1788, del hombre-lobo", 1852, Archivo Histórico del Reino de Galicia.
2. APA (Asociación de Psiquiatría Americana) (1995), "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)". Barcelona: Masson.
3. CUADRADO (2003) CUADRADO, M. (2003), "Vuelve el hombre lobo. Historia de Manuel Romasanta". La Voz de Galicia, 24-8-2003.
4. CUQUERELLA A et al (2003), "Aplicación de la Psychopathy Checklist Screening Version (PCL:SV) en una muestra forense". (tomado de www.interpsiquis.com).
5. DIÉGUEZ GÓMEZ, J.; DIÉGUEZ GÓMEZ, A. (2000), "Sobre la introducción del hipnotismo en España: la recepción de los planteamientos de las escuelas francesas". Primer Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de Febrero-15 de Marzo 2000;[29pantallas].
http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa34/conferencias/34_ci_g.htm.
6. DOMÍNGUEZ GONZÁLEZ, J.; BLANCO, L. (1991), "O home do unto (Blanco Romasanta, historia real de una leyenda)", Ourense, Diputación Provincial de Ourense.
7. ELLENBERGER, H. F. (1976, original 1970), "El descubrimiento del inconsciente », Madrid, Gredos.
8. FERREIRO, C. E. (1974), "Un caso de licantropía". Tribuna Médica, 29, 3.
9. GARCÍA ALVAREZ, M^a. X.; ESPERÓN, I. (1996): "O caso de Manuel Blanco Romasanta: Unha ollada dende a Psiquiatría". Jornadas de Historia de la Psiquiatría y de la Psicología. Hospital Psiquiátrico Rebullón-Vigo. (Mecanografiado, no publicado).
10. GARCÍA CANTALAPIEDRA, M.J. (1992), "Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1489-1975)", Valladolid: Diputación de Valladolid.
11. GARRABÉ, J. (1996), " D'Azam au D.S.M. IV ou de la double conscience au trouble dissociatif de l'identité ». L'Evolution Psychiatrique, 61, 2, 295-308.
12. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E.; SIMÓN LORDA, D.(2001), "Una historia de la psiquiatría gallega en el siglo XX", Archivos de Psiquiatría 2001;64(2):101-135 .
13. HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (2002), "Organizar y persuadir". Madrid: Frena CSIC.

14. LIVIANOS-ALDANA, L. et al (2001), "Inmates of the mid nineteenth century Valencian asylum "Hospital dels Ignoscents, folls e Orats". Is their illness diagnosable?". *History of psychiatry*, XII, 287-404.
15. MARTÍNEZ-RISCO AGÜERO, V. (1971), "Un caso de Lycantropía (O Home-lobo)", *Discurso de recepción en la Real Academia Gallega el 23 de Febrero de 1929*, A Cruña, Moret.
16. MARTÍNEZ-PÉREZ, J. (1997), "Una demanda social y un experto para responder a ella: vulgarización, peritaje forense e institucionalización de la psiquiatría en España". En: VV.AA. ((1997): "La locura y sus instituciones". Valencia: Diputación de Valencia.
17. MIRANDA, X. (2002): "Pel de lobo", Vigo: Xerais.
18. MONIZ, E. (1960), "El abate Faria en la historia de la hipnosis", Buenos Aires : Poblet, p118.
19. MOSELHY, H.F. (1999), "Lycantropy: New evidence of its origin", *Psychopathology*, 1999; 32:173-176.
20. PRADA RODRÍGUEZ, X. (1990), "El hombre lobo de Allariz". *Historia* 16, nº275, 141-148.
21. REY GONZÁLEZ, A.M. (1982), "La introducción del moderno saber psiquiátrico en la España del siglo XIX", *Revista A.E.N.*, 4, pp.4-27.
22. TORTOSA, F. et al (1999), "La hipnosis. Una controversia interminable". *Anales de Psicología*, 15, 1, 3-25.

PSICOSIS HIPOCONDRIACA MONOSINTOMÁTICA: Revisión y presentación de un caso clínico

F. Iglesias Abellás* ;A. Cibeira Vazquez*;E. Pumar Cordero*; G. Gómez Bernal*; D. Simón Lorda* Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Orense

INTRODUCCION

La psicosis hipocondríaca monosintomática es un síndrome que, aunque conocido, no ha sido apenas estudiado hasta hace pocos años. Munro(1982) describe 50 casos y dedica un importante trabajo a investigar sobre su fenomenología, posibles etiologías y tratamiento.

La psicosis hipocondríaca monosintomática es descrita como un delirio hipocondríaco único que se mantiene a través del tiempo. La personalidad de base queda bien preservada aunque el modo de vida de la persona pueda verse afectado de forma muy adversa. La enfermedad se presenta como delirio de olor corporal, delirio de infestación o dismorfofobia. Está incluido en el DSM-IV como “Trastorno delirante somático o delirio hipocondríaco: delirio de parasitación, psicosis hipocondríaca monosintomática o Síndrome de Ekbom”

Es frecuente la asociación de la patología dermatológica y los trastornos psíquicos. Los trastornos psicocutáneos de origen estrictamente psicológico se clasifican en:

PSICOSIS HIPOCONDRIACA MONOSINTOMÁTICA

- DELIRIOS DE INFESTACIÓN O PARASITARIOS
- DELIRIOS DISMORFOFÓBICOS
- DELIRIOS DE OLOR DESAGRADABLE(disosmia-cacosmia)

EXCORIACIONES PSICÓGENAS

- EXCORIACIONES NEURÓTICAS
- EXCORIACIONES DEPRESIVAS

DERMATITIS ARTEFACTA

TRICOTILOMANÍA, ONICOTILOMANÍA

ONICOFAGIA

ACNÉ EXCORIADO

En la práctica dermatológica el cuadro que se presenta con mayor frecuencia es el delirio de parasitación.

Las primeras descripciones de los delirios de infestación parasitaria se remontan al año 1843 con Charcellay de Tours que realiza la primera descripción clínica de una paciente convencida de estar infectada de arañas. Posteriormente existen otras descripciones como las de Thiberge en 1894 que habla de un caso de acarofobia y Perrin en 1896 que describe la neurodermia parasitofóbica. A partir de estos años ha habido diversos autores que estudiaron este cuadro con denominaciones diferentes.

Ekbom en 1938 describe, tras la observación de siete casos, un síndrome caracterizado por la convicción delirante, monotemática e inquebrantable de estar infestado por pequeños insectos, dándose en mujeres postmenopausicas, "preseniles", denominándolo "Dermatozoenwahn" o "delirio de vida animal en la piel"; Bers y Conrad en 1954 lo describen como alucinosis crónica táctil y Munro lo denomina psicosis hipocondriaca monosintomática.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia y prevalencia de estos cuadros delirantes son difíciles de establecer debido a la resistencia de estos pacientes a acudir a la consulta psiquiátrica; la mayoría acuden a las consultas de dermatología, medicina interna o ginecología. Según el estudio Trabert se estima una incidencia anual de 16.6 casos por millón de habitantes y una prevalencia anual de 83.21 casos por millón de habitantes.

La edad media de aparición de cuadro es de 50-70 años. En cuanto al sexo, la relación es de 1 hombre por cada 3 mujeres y el tiempo medio de duración del delirio es de 3 años.

ETIOLOGÍA

Hay un gran número de patologías que pueden estar implicadas en la aparición de este tipo de delirio y que hay que tener en cuenta a la hora de hacer el diagnóstico:

CAUSAS NEUROLÓGICAS

Enf. de Alzheimer	Atrofia cortical y subcortical
Enf. de Huntington	Traumatismo craneal
Tumores cerebrales	Neurosífilis
Infarto cerebral	Arteriosclerosis cerebral

CAUSAS MÉDICAS

Delirium	Hipertensión
Diabetes Mellitus	Insuficiencia renal
Insuficiencia cardiaca	Tuberculosis pulmonar
Déficit de B12	Hipoparatiroidismo
Linfoma mediastínico	Neoplasias
Esclerosis múltiple	Pelagra
Desnutrición	Vitíligo
Insuficiencia hepática	Hipotiroidismo
Deprivación sensorial	Policitemia vera

CAUSAS EXÓGENAS

Cocaína	Anfetaminas
Corticoides	Encefalopatía alcohólica
Fenelcina	Metilfenidato

CAUSAS PSIQUITRICAS

Depresión endógena	Delirium tremens
Esquizofrenia	Psicosis hipocondriaca monosintomática
Cuadros paranoides	Folie á deux
Retraso mental	
Alucinosis alcohólica crónica	

CLÍNICA Y COMPLICACIONES

El inicio del cuadro suele ser brusco, generalmente con intenso prurito o sensación de picotazos en la piel; existe la convicción delirante de estar infestado por pequeños parásitos; la infestación puede ser limitada a partes de la piel o generalizada. Se pueden producir excoriaciones, úlceras, quemaduras e incluso la persona puede administrarse sustancias caústicas para eliminar los parásitos(fig.2 y 3)

A menudo la persona lleva consigo una pequeña caja conteniendo escamas de piel mezcladas con hormigas, moscas u otros insectos como prueba de la realidad de su trastorno("síndrome de la caja de cerillas"-fig.1).

Como consecuencia de esto comienzan rituales de limpieza y desparasitación desproporcionados, trastornos del sueño, intensa angustia, inhibición conductual con tendencia al aislamiento social; episodios depresivos, trastornos de ansiedad y en algunos casos termina en suicidio.

En ocasiones la convicción es tan grande que el paciente llega a contagiar a sus familiares cercanos de su creencia:" trastorno delirante compartido" o "folie a deux"(5-25%)

Figura 1: "Signo de la caja de cerillas"



Figura 2

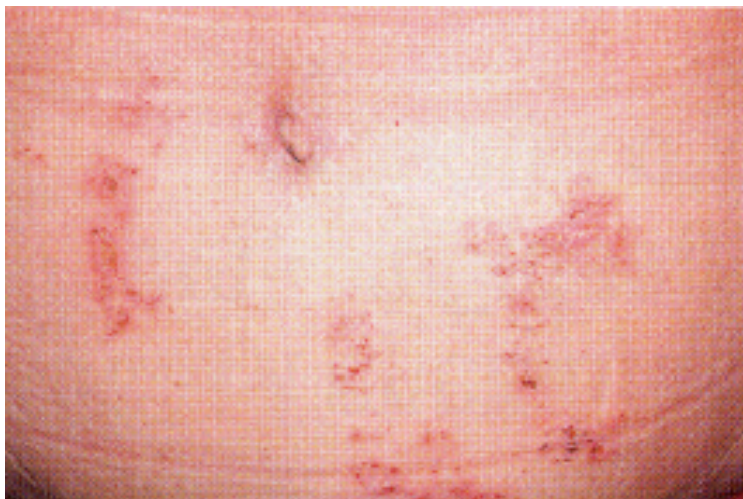


Figura 3



DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Parasitosis Orgánica:

- Hª clínica detallada
- Examen directo de la zona
- Revisión microscópica del material
- Biopsia de las lesiones

Patología Orgánica Cerebral (st diencefálica-talámica) Una vez descartada la etiología dermatológica

Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal o Hepática, Déficit De B12, Pelagra, Xerosis o Neurolues: Intenso Prurito

Si se define el cuadro como Psiquiátrico:

Delirio dermatozoico como síntoma de una esquizofrenia (Antecedentes, Sintomatología Acompañante)

Delirio dermatozoico como síntoma de una psicosis toxicoinducida (eclosión aguda del delirio, hª previa de consumo y otra sintomatología psiquiátrica-hipercinesia y excitación psicomotriz, taquipsiquia)

Delirio dermatozoico como síntoma de demencia degenerativa primaria tipo alzheimer o demencia vascular (alt. de memoria, inteligencia y otros síntomas cognitivos; factores de riesgo vascular: hipercolesterolemia HTA, diabetes, ACVA previos)

Hipocondría: contacto con la realidad y conciencia de lo sobrevalorado y absurdo de su preocupación

Psicosis Hipocondríaca Monosintomática

EVOLUCIÓN

Se considera que el trastorno del curso es crónico, con tendencia a las exacerbaciones y remisiones. Con el tratamiento se consiguieron remisiones completas hasta en el 50% de los casos. Los pacientes con trastorno orgánico cerebral, dada la ineficacia del tratamiento farmacológico, presentan una peor evolución. En ocasiones el suicidio es el punto final.

TRATAMIENTO

Los mejores resultados se han obtenido con la utilización de neurolépticos, sobre todo con el Pimozide, de alta potencia, escasa sedación, con efecto antipruriginosa a dosis entre 2-8 mg/día; se recomienda la realización de un ECG de control por la posible prolongación del intervalo QT. La duración aproximada del tratamiento es de 3-5 meses. Las butirofenonas (haloperidol, droperidol) también han sido eficaces.

En los últimos años se están presentando casos con los antipsicóticos atípicos (risperidona a dosis de 6-9 mg/día y olanzapina), con resultados favorables.

Los tratamientos antidepresivos resultan eficaces si se detectan trastornos afectivos concomitantes: se han utilizado antidepresivos tricíclicos e Imaos, y últimamente ISRS con buenos resultados.

En casos refractarios y altamente invalidantes se ha empleado TEC

CASO CLÍNICO

Mujer de 73 años que ingresa en Unidad de Agudos en Agosto del 2002 desde urgencias por cuadro de agitación psicomotriz e intensa angustia debido a "sensaciones raras". Soltera, es la mayor de 3 hermanos; vive con su hermana; pensionista; estudios primarios; trabajó en el campo.

No antecedentes médicos de interés; No antecedentes familiares psiquiátricos.

A tratamiento hace 5 años por un cuadro depresivo; actualmente no recibe ningún tratamiento.

Conflictiva con un hermano por problemas terrenales tras la herencia

Desde hace aproximadamente 2 meses la paciente comenzó con un complejo alucinatorio táctil, olfatorio y visual: "sensación de corrientes por el cuerpo-sensación de magnetismo y electricidad-, sensación de malos olores y sobre todo la sensación de que su piel produce continuamente grasa". Estos continuos fenómenos alucinatorios le crean a

la paciente una intensa angustia y ansiedad. Continuamente realiza rituales de limpieza en su domicilio.

Previamente al ingreso la paciente fue tratada de forma ambulatoria con haloperidol, olanzapina y fluoxetina sin resultados.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:

Consciente, orientada en espacio y tiempo y colaboradora. Discurso coherente; no se objetivan alt.formales del pensamiento. Presenta alucinaciones táctiles o cenestopáticas (“ le sale un sebo, una grasa por todo el cuerpo”); olfatorias (“sensación constante de malos olores que nadie más percibe”) y visuales (“¡mire, mire como me sale la grasa!”) Gran inquietud psicomotriz; conductas desproporcionadas de limpieza (continuamente se está limpiando con un pañuelo de papel los brazos, piernas, manos y cara); Verbaliza sentimientos de desesperanza; insomnio; disminución de la ingesta en los últimos días. Nula conciencia de enfermedad

Exploración neurológica: normal

Pruebas complementarias:

- ECG: ritmo sinusal; no alteraciones de repolarización
- Hemograma, bioquímica, coagulación: dentro de los límites normales
- B12 y ac.fólico: normal
- Perfil tiroideo: eutiroides
- Orina: normal
- TAC craneal: sin alteraciones significativas
- Debido a que no se objetivó ningún signo de deterioro cognitivo, no se le realizaron pruebas específicas de valoración neuropsicológicas al ingreso.

Tratamiento y evolución

El primer día de ingreso se le pautó: Pimozida (4 mg en dos tomas); olanzapina (5 mg en una toma); clometiazol (2 cp) y biperideno (2 mg)

A los 2 días se le pautó: Pimozida (8 mg) y clotiapina (20 mg), suspendiendo la olanzapina y clometiazol

Al 5º día del ingreso: desaparición de toda sintomatología alucinatoria y conductas ritualistas y extrañas

Conciencia de sintomatología delirante pero no hace crítica(justifica lo sucedido por alteraciones en el suministro del agua del pueblo)Reconoce ser especialmente escrupulosa en cuanto a olores y limpieza

Alta a domicilio con el mismo tratamiento

Diagnóstico

El caso descrito se presenta como un Trastorno delirante crónico de tipo somático, hipocondríaco monosintomático según la DSM IV

BIBLIOGRAFÍA

1. Munro, A. "Monosymptomatic Hipocondrial Psicosis .British Journal of Psychiatry 1988; Sup 2: 37-44.
2. Serrano Vazquez,M;De Miguel Arias,D; Díaz del Valle,J.C." Delirios de infestación parasitaria. Síndrome de Ekbom. Cadernos de Atención Primaria 2001
3. Tratado de psiquiatría. Demetrio Barcia Salorio
4. González Seijo J.C, Lastra Martínez I, Ramos Vicente Y.M. " Delirio parasitario: revisión a propósito de nuevos casos". Actas Luso- Esp Neurol Psiquiatría 1993: 21 (2): 56-62
5. Del Alamo,C.; Mas, J.;Sierra, A.C." Síndrome de referencia olfatoria"

EXPOSICIÓN DE PÓSTER

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO RECOGIDOS POR EL PROGRAMA DE INTERCONSULTAS

Paula Cores*, Jorge Rodríguez*, Ana Villares**, Marina González*, Fernanda Iglesias*, Alcira Civeira*, Estefanía Pumar*, Germán Gómez*, Ignacio Gómez-Reino***, David Simón***, Francisco Moreno***, Isabel Rodríguez****, Ernesto Ferrer***, Rosa Moure***, Gerardo Flórez***, Purificación Sevilla*****

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE

*MIR Psiquiatría **PIR ***Psiquiatra ****Psicólogo *****Jefe de Servicio de Unidad de Agudos

INTRODUCCION

En la actualidad, el suicidio es considerado como un problema de salud mayor con importante repercusión en los ámbitos social, familiar e incluso económico.

Durante los últimos años la prevalencia de suicidio en la población joven (18-24 años) ha experimentado un notable incremento, constituyendo la segunda causa de muerte en este grupo de edad.

Consideramos por ello prioritario realizar estudios en este campo con el fin de elaborar perfiles de riesgo suicida, y, de este modo, poder crear protocolos de actuación adaptados a nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

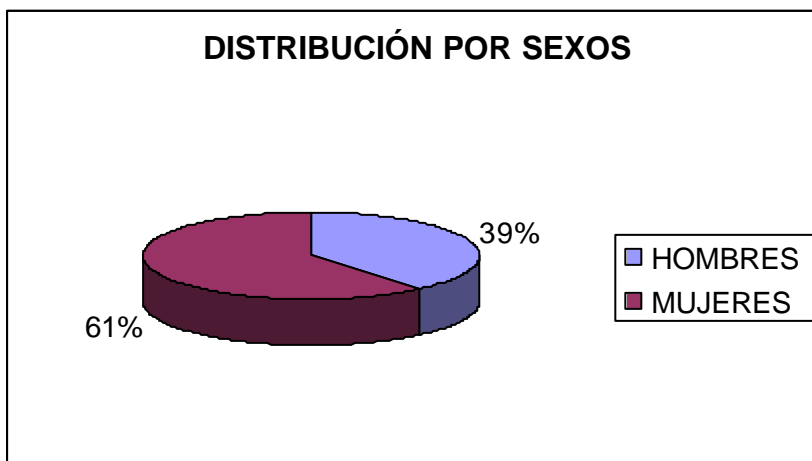
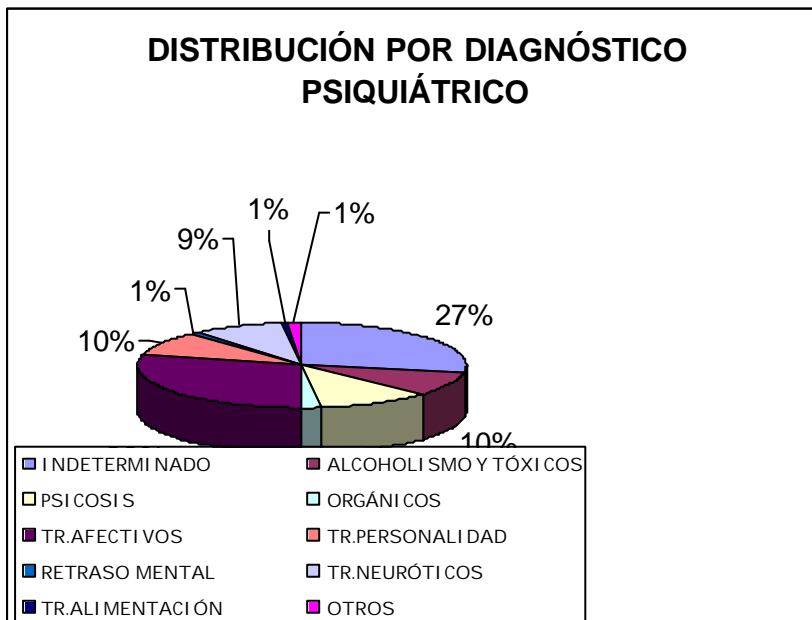
En nuestro estudio se han tenido en cuenta aquellas tentativas autolíticas atendidas en el Complejo Hospitalario de Ourense. Los datos corresponden a las interconsultas atendidas por el Servicio de Psiquiatría durante el período temporal comprendido entre enero del 2002 a octubre del 2003. La muestra incluye 146 tentativas autolíticas

El instrumento de recogida de información fue el Programa de Interconsultas, un protocolo realizado por el Servicio de Psiquiatría en el marco de una entrevista con el

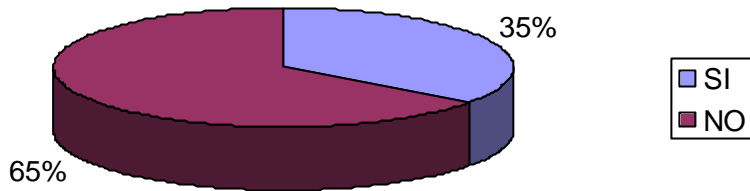
paciente y en algunos casos con los familiares. Con el mismo se pretendió estudiar las principales variables relacionadas con la problemática que nos ocupa y que se observaron en diversos estudios anteriores. Se trata de aspectos que conforman factores de riesgo de conducta suicida.

Las variables a estudio fueron las siguientes: edad, convivencia, sexo, estado civil, situación laboral, medio de procedencia, diagnóstico psicopatológico, existencia de antecedentes psiquiátricos en familiares, existencia de antecedentes de conducta suicida en familiares, tentativas previas, tratamientos previos y consulta con su médico de cabecera en los quince días previos al intento de suicidio.

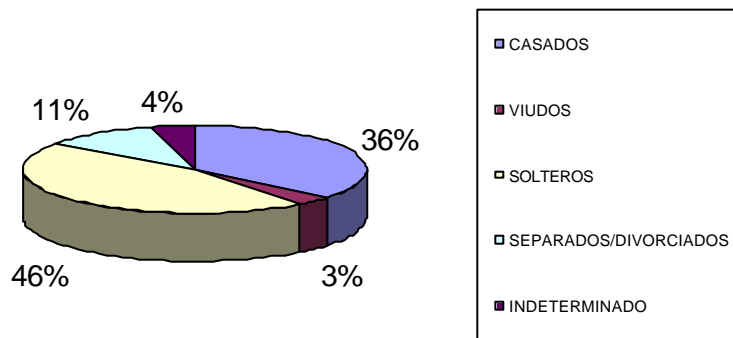
RESULTADOS



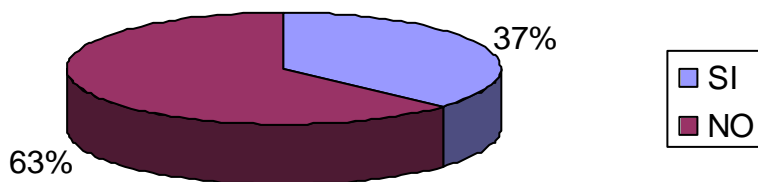
INTENTOS AUTOLÍTICOS PREVIOS

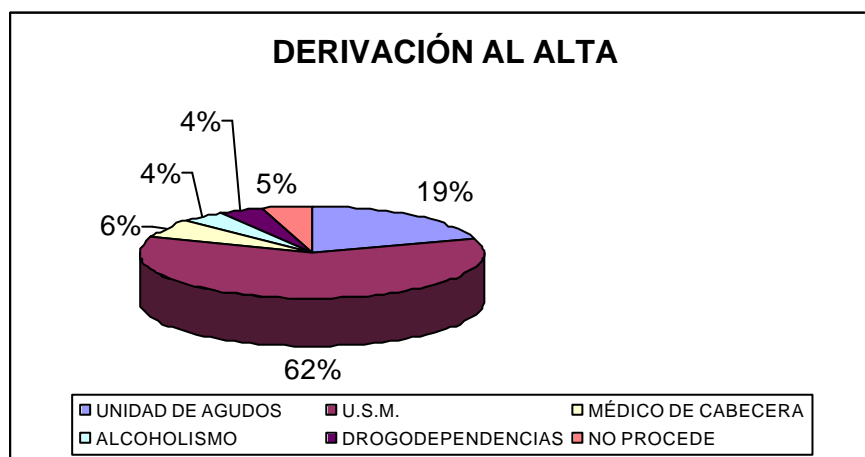
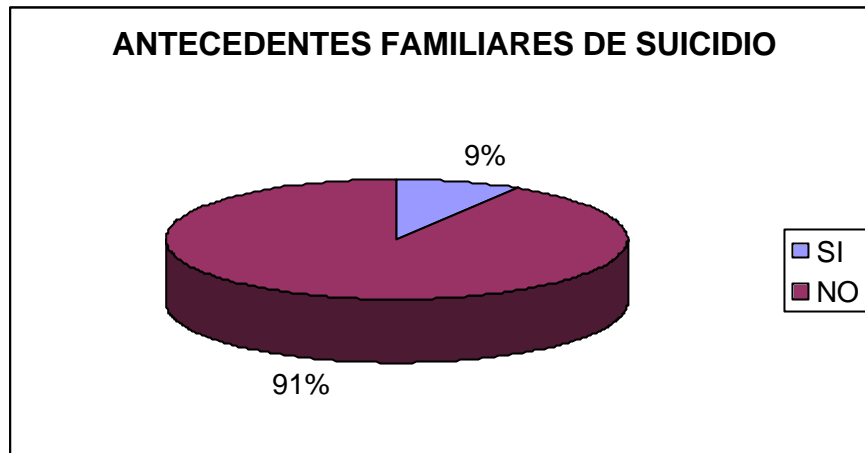


DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL



ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES





CONCLUSIONES

Los datos, en general, arrojaron resultados en la línea de lo observado en estudios previos revisados.

Así, la edad media es de 39 años y el diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue el de **trastorno afectivo** (28,76%), seguido por el de trastorno psicótico (10,95%) y por alcoholismo y consumo de tóxicos (9,58%) y trastornos de la personalidad con igual porcentaje (9,58%). Estos datos son congruentes con lo hallado en la literatura sobre el tema.

En cuanto al sexo, se dan más tentativas en **mujeres** (61%) frente a hombre (39%) coincidiendo con lo observado en otros estudios.

Asimismo, el estado civil en el que se observan más tentativas es **solteros** (45,20%), seguido de casados (36,36%), separados (10,95%) y viudos (3,42%) siendo el resto indeterminados. En general es coincidente con lo habitualmente encontrado. En relación a las tentativas previas, en la mayoría de los casos no se produjeron (65,07%).

No se observa un porcentaje mayor de antecedentes psiquiátricos familiares ni de antecedentes suicidas en familiares, estos datos contradicen lo observado en diversos estudios.

En general se hallan datos en consonancia con lo visto en otros trabajos realizados en Segovia (edad media 34 años, 60,8% mujeres-39,2% hombres, 39,2% casados-53,8% solteros-6,9% separados/viudos, 62,3% sin tentativa previa), Vizcaya (edad media 25 años, 65% mujeres-34% hombres, 34% casados-62% solteros-4% separados/viudos) o Guipúzcoa (edad media 33 años, 54,3% mujeres-45,7% hombres, 35,8% casados, 55% solteros, 3,1% viudos-5,8% separados/divorciados) , las diferencias pueden deberse, entre otros factores, al tamaño de la muestra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tondo, L.; Baldessarini, R.J. *Suicide: historical, descriptive and epidemiological considerations*, 2001
2. Tondo, L.; Baldessarini, R.J. *Suicide: causes and clinical management*, 2001
3. Lambert, M.T. *Suicide risk assessment: focus on personality disorders*, Curr Opin Psychiatry 2003
4. Apararicio Basauri, V. *El suicidio, un estudio en Guipúzcoa*
5. Rodao, J.M.; García, J.A.; De Francisco, J.A.; Menéndez, J.A. *El suicidio en Segovia (1992-1994) Originales y revisiones*, 1996

EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA ASISTECIAL EN UN PROGRAMA DE INTERCONSULTA Y ENLACE (1999-2002)

Pumar Cordero, E.; Iglesias Abellás, F.; Gómez Bernal, G. *; Cibeira Vázquez, A.; Villares Rouco, A.; González Hermida, J.; Cariñena Amigo, L.; Rodríguez Sobrino, I. Simón Lorda, D.; Gómez-Reino Rodríguez, I.; Moreno Tovar, F.; Sevilla Formariz, P.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La psiquiatría de enlace es una disciplina que busca la coordinación con otras disciplinas médicas y está centrada en la detección, análisis y tratamiento de la morbilidad psiquiátrica en los pacientes médicoquirúrgicos, y en el estudio y tratamiento de las consecuencias psicológicas y conductuales de cualquier enfermedad somática o problema de salud.

Los primeros estudios sobre psiquiatría de enlace los realizó Lipowsky (1967) quien encontró alteraciones psicológicas significativas en relación con la patología somática en el 50% de pacientes ingresados. Hall (1994) relacionó la comorbilidad psiquiátrica con el aumento de la estancia hospitalaria, de los diagnósticos poco claros y de la realización de exploraciones innecesarias, demostrando además que los pacientes atendidos por un psiquiatra tenían, en relación con un grupo control, menos medicación recetada, menos reacciones adversas, y mayor satisfacción por el cuidado recibido.

En el presente trabajo se analiza la evolución de la demanda de atención en el Programa de Interconsulta y Enlace del Complejo Hospitalario de Ourense en el período comprendido entre los años 1999 a 2002 inclusive, con el objetivo de documentar el perfil asistencial e identificar logros, deficiencias y necesidades del servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

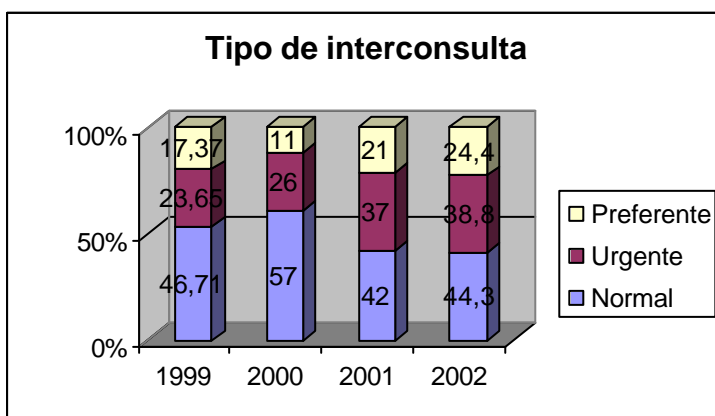
La Unidad de Interconsulta y Enlace del Complejo Hospitalario de Ourense está compuesta actualmente por un psiquiatra a tiempo completo, un MIR (ambos en períodos

rotatorios de cuatro meses), y un psicólogo a tiempo parcial, que se encargan de responder a todas las peticiones de interconsulta provenientes de las casi mil camas de los tres hospitales generales que conforman el complejo (excluyendo las unidades de hospitalización psiquiátrica).

Para el presente estudio se han contabilizado 1482 demandas realizadas a través de los partes de interconsulta de pacientes ingresados durante cuatro años (desde 1999 a 2002), recogiendo todos los datos en un cuestionario elaborado para tal fin (“Hoja de Registro de Interconsultas”) que consta de 23 ítems que fueron tratados estadísticamente con el fin de obtener una descripción porcentual acerca de : número de interconsultas, tipo de demanda, servicio y hospital que hace la demanda, motivo de la petición, diagnóstico psiquiátrico, derivación y promedio de visitas por interconsulta. Dicha descripción fue ampliada a partir del año 2001, momento a partir del cual se obtuvo también información sobre sociodemografía (medio, convivencia, estado civil, estudios, situación laboral y edad), diagnósticos somáticos más frecuentes, tratamiento, valoración de la interconsulta, promedio de días desde el ingreso hasta la interconsulta y promedio de días desde la petición hasta la atención.

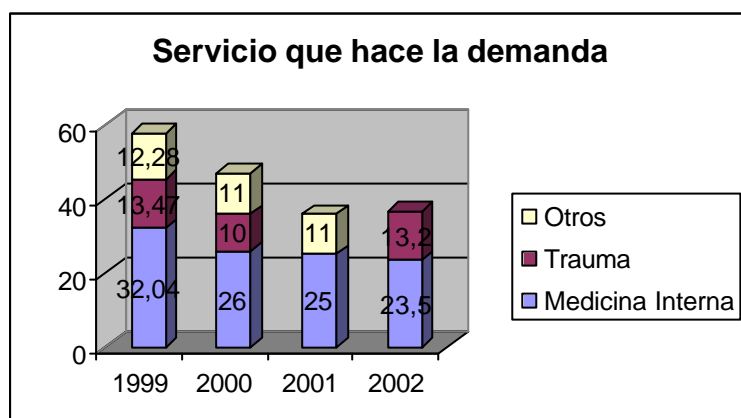
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El número total de interconsultas de pacientes hospitalizados atendidas fue de 1482 (379 en 1999, 379 en 2000, 334 en 2001 y 390 en 2002), de las cuales una media de 47.8% tenían carácter urgente/preferente, lo que sugiere una cierta falta de planificación en los servicios médicoquirúrgicos demandantes.

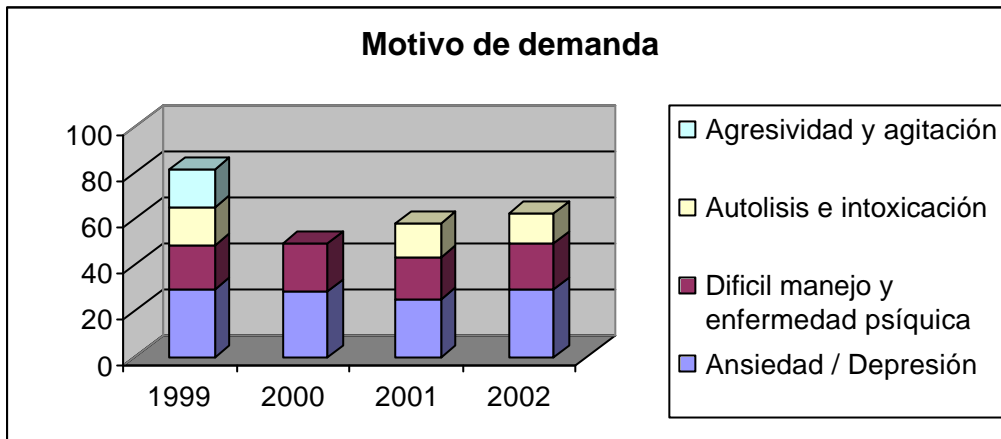


El promedio de visitas por paciente fue de 2.1 veces. Éste dato puede ser un elemento a la hora de valorar la calidad de la interconsulta. Sería interesante definir qué pacientes deben ser vistos en una sola ocasión y cuáles de manera más frecuente.

El Servicio que más demandas realizó fue el de Medicina Interna en los cuatro años, aunque con una progresión ligeramente descendente (32.04%, 26%, 25%, 23.5%) coincidiendo con el aumento en el último año de las peticiones solicitadas por Traumatología (13.2%) y Cirugía General (9.6%).



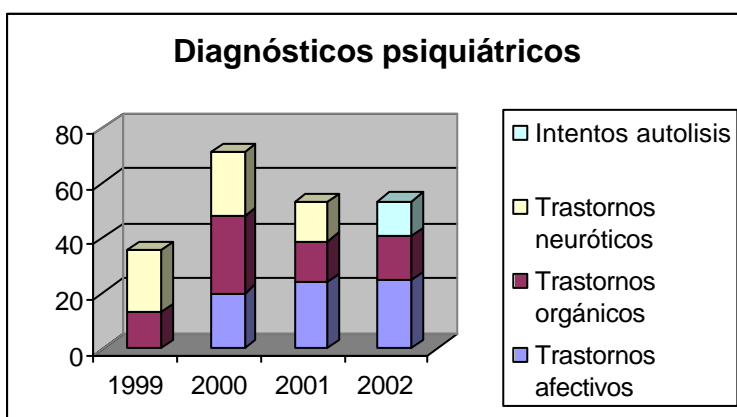
Como motivo de interconsulta, figura en los volantes de manera predominante en todos los años “ansiedad y depresión”, constituyendo un porcentaje bastante homogéneo del total en cada uno de los años, con un porcentaje medio de un 27.96%, seguido de “dificultades de manejo y enfermedad psíquica”, también de forma coincidente en el tiempo, con un promedio del 19.31%. Estos datos no son de extrañar si tenemos en cuenta que los pacientes ingresados por una enfermedad médica presentan síntomas de depresión en una proporción 2:1 con respecto a la población general, siendo imprescindible destacar la correlación significativa demostrada entre el complejo “depresión, ansiedad, organicidad” con una estancia hospitalaria más prolongada a igualdad de deterioro físico, lo que informa de la importancia de un diagnóstico psiquiátrico precoz y de la instauración de un tratamiento específico.



Entre los diagnósticos más frecuentes se encuentran los trastornos afectivos, orgánicos y neuróticos, con la siguiente distribución porcentual por años:

- 1999: Trastornos neuróticos (22.47%), trastornos afectivos (14.09%), trastornos orgánicos (13.27%).
- 2000: Trastornos orgánicos (26%), trastornos neuróticos (23%), trastornos afectivos (20%).
- 2001: Trastornos afectivos (24%), trastornos orgánicos (15.%), trastornos neuróticos (14%).
- 2002: Trastornos afectivos (24.8%), trastornos orgánicos (15.7%), intento de autolisis (12.9%).

Consideramos como dato de especial relevancia la introducción del intento autolítico entre los tres primeros diagnósticos psiquiátricos en el año 2002, tras ocupar en años previos la 5ª y 6ª posición. Figura sin embargo como el primer diagnóstico de carácter somático, al menos en los dos últimos años a estudio (12% y 7.1% respectivamente), seguido por las fracturas de cadera (4% y 5%).



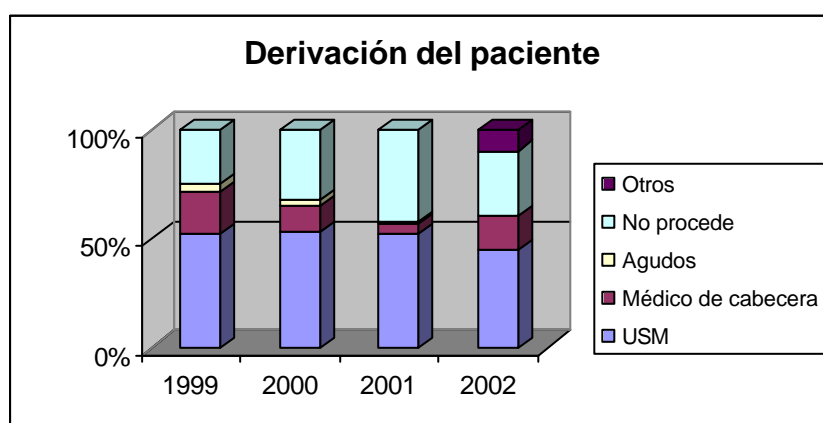
En la mayoría de los casos se prescribió tratamiento farmacológico, con un porcentaje similar a lo largo de los años por grupo de medicamentos, (en 2002: ansiolíticos 26.8%, antidepresivos 25.8%, neurolépticos 22.2%,...).

El tiempo medio transcurrido entre el ingreso hospitalario y la solicitud de interconsulta fue de 6.79 días, valorándose la gran mayoría de dichas solicitudes como indicadas (87% en 2001 y 93.45% en 2002).

La rápida respuesta del equipo interconsultor (las peticiones se atendieron con una media de 0.97 días) constituye un elemento de calidad que atestigua la existencia de un buen servicio. Al prolongarse este período se demoran el diagnóstico y las intervenciones y surgen dificultades de seguimiento y retraso al alta.

Los datos sociodemográficos mayoritarios de los pacientes atendidos en los dos últimos años señalan una edad entre 50 y 70 años, convivencia con familia propia, estudios primarios, procedencia rural o semiurbana e ingresos económicos por pensión o jubilación.

Tras ser dados de alta del servicio de origen, un promedio de 47.05% de los pacientes fueron derivados a su Unidad de Salud Mental de referencia, un 2.97% fueron ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, no considerándose necesario en el resto de los casos seguimiento psiquiátrico posterior.



BIBLIOGRAFÍA

1. Docasar L., Taboada O., Navarrete JR., Rodríguez V., Lois J., Cornes J., Rodríguez López A. Estudio descriptivo de la unidad de interconsulta en el hospital general. VI

- anuario de la Asociación Gallega de Psiquiatría. Publicaciones científicas 1995; 21-31.
2. Manuel Valdés, Joan de Pablo, Ricardo Campos, Joseph María Farré, Manuel Girón, Maximino Lozano, Carlos Albar, Eduardo García Camba, Ana Martínez Calvo, Sonia Carreras, Bárbara Stein, Frits Huyse, Thomas Herzog, Antonio Lobo. El proyecto multinacional europeo y multicéntrico español de mejora de calidad asistencial en psiquiatría de enlace en el hospital general: el perfil clínico en España. *Med Clin (Barc)* 2000; 115; 690-694.
 3. Lobo A., Marinez A., Campos R., Saz P. Los avances más significativos y la previsión de futuro. *Monografías de psiquiatría* 1999. Vol XI, nº15,:78-86.
 4. Vázquez Varquero JL., Díez Manrique JF., Mirareis C. La unidad psiquiátrica de consulta y enlace en el Hospital General. Una perspectiva asistencial, docente e investigadora. *Re. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 1985. 5 nº 14, 299-312.q.
 5. Rundell JR., Wise MG. *Textbook of consultation liason psychiatry*. The American psychiatry press 1996. *History of consultation liason psychiatry*. Capítulo 2-11.

EVOLUCIÓN DE DEMANDA DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA URGENTE EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE. AÑOS 1999-2002.

Gómez Bernal, G; Cibeira Vázquez , A.; Pumar Cordero, E; Iglesias Abellás, F.; González González, M.; Cores Viqueira, P.; Rodríguez Caride, J. ; Simón, D.; Gómez-Reino, I.; Moreno, F.; Sevilla, P.

RESUMEN

En el presente trabajo se analiza la evolución de la demanda de atención psiquiátrica urgente en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Ourense en el período comprendido entre los años 1999 a 2002 inclusive.

El Complejo Hospitalario de Ourense comprende casi mil camas repartidas en dos hospitales generales cercanos el uno al otro y dos hospitales de crónicos (un hospital general y uno psiquiátrico). La guardia hospitalaria urgente es atendida por un psiquiatra y un MIR, ambos de presencia física. Además hay otro psiquiatra de guardia en el Hospital Psiquiátrico de Toén, pero dado que apenas hay demanda de atención urgente que llega de extramuros del Hospital Psiquiátrico, no se ha contabilizado dicha atención en el presente estudio. El punto de atención psiquiátrica urgente del CHOU radica físicamente en el Hospital Santa María Nai, y es el único que atiende la demanda de consulta psiquiátrica urgente de 24 horas al día /siete días por semana en toda el Area Sanitaria de Ourense, que abarca un 348.000 habitantes.

Para la realización del estudio se han contabilizado las demandas de atención urgente a través de los partes de guardia y un registro de actividad urgente. No se incluyen en la misma la demanda de atención del programa de interconsulta /enlace, que es atendida por el mismo equipo de interconsulta por las mañanas.

- N^o total de pacientes atendidos:
 - 1999: 1847
 - 2000: 1498
 - 2001: 2014
 - 2002: 2351

- Pacientes que acuden más de una vez a Urgencias a lo largo del año: han aumentado desde 1999 (290) a 2002 (462). A la mayoría de los pacientes se les da el alta tras la consulta urgente (74,23% en año 1999 a un 83,1% en el 2002).
- Procedencia de los pacientes: la gran mayoría acude por iniciativa propia, siendo llamativo el progresivo aumento del porcentaje : en 1999 un 49,92% , a un 65,6% en 2002. Desde la Unidad de Salud mental son derivados a Urgencias tan solo un 4-5% de las Urgencias.
- Diagnósticos psiquiátricos más frecuente de los pacientes atendidos:
 - Psicosis (21,55% - 26,5%)
 - Trastornos Afectivos (22,9% en el 2002).
 -

La progresiva tendencia a la utilización de las camas de Observación del servicio de Urgencias para evitar ingresos o por falta de camas en la Unidad de Hospitalización es otro de los datos a destacar: de 81 pacientes en 1999 se ha pasado a 350 en el año 2002. Hay que resaltar que de los pacientes del año 2002 un 50% de los pacientes se pudo derivar a domicilio tras la estancia en las camas de Observación. La media de días en las camas de observación fue de dos días.

- Derivación al alta fue fundamentalmente a la Unidad de Salud Mental en la mitad aproximada de los pacientes atendidos (entre 42,7% - 52%), y requirieron ingreso en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría entre un 1-5% de los casos.

PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES AMBULATORIOS TRATADOS CON PSICOFÁRMACOS

S. Santamarina, C. Iglesias, M. Huerta, M. Mazariegos

Servicio de Psiquiatría del Hospital Valle del Nalón.

Servicio de Salud del Principado de Asturias

INTRODUCCIÓN

La disfunción sexual secundaria a los tratamientos farmacológicos se presenta en la práctica diaria como un efecto adverso común, no siempre adecuadamente advertido ni evaluado por el clínico. En el ámbito de la psiquiatría el efecto deletéreo sobre la función sexual se asocia con el uso de fármacos de uso común como los antidepresivos y los antipsicóticos (1,2). Este efecto adverso se convierte en muchos casos en el origen del abandono precoz de los tratamientos o la toma irregular de éste con el consiguiente agravamiento o precipitación de una recaída de la enfermedad primariamente tratada. Los datos comunicados en los distintos estudios elevan la incidencia a un 60% en pacientes tratados con antidepresivos y del 40% con los fármacos antipsicóticos (1,2,3,4).

El presente estudio pretende evaluar la frecuencia de la presentación de disfunción sexual y las características de ésta en una muestra de pacientes ambulatorios tratados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, naturalístico, realizado de modo sucesivo en los 50 primeros pacientes que acudieron a consulta durante los días en que se realizó el estudio y que estuviesen recibiendo tratamiento con fármacos antipsicóticos y/o antidepresivos. Los pacientes fueron evaluados para una serie de variables sociodemográficas y clínicas mediante un cuestionario creado "ad hoc" y la existencia de disfunción sexual se evaluó mediante el Cuestionario para la Evaluación de la Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. La muestra final se compuso de 45 sujetos, 20 varones (44%) y 25 mujeres (55,8%), con una edad media de 42,40 (DS 11,36). Cinco pacientes de la

muestra final no fueron incluidos ya que no habían tenido una vida sexual activa durante los últimos años o nunca habían mantenido relaciones sexuales. El 20,9% de los pacientes padecían esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, el 25,6% trastornos afectivos y el resto trastornos de ansiedad y otros trastornos neuróticos.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos mediante el paquete estadístico SPSS. Se usó el estadístico chi cuadrado para evaluar la asociación entre variables cualitativas y la t de student para la comparación de medias de variables independiente.

RESULTADOS

Presentaron disfunción sexual global el 51,2% de los pacientes evaluados, sin encontrarse diferencias significativas con respecto al género, edad, estado civil ni ocupación laboral . Tampoco se presentaron diferencias significativas al evaluar la presencia de disfunción sexual en los distintos grupos diagnósticos aunque existía una tendencia entre los pacientes afectos de trastornos afectivos a presentar disfunción sexual con una mayor frecuencia (63,6% frente al 40% en los otros grupos diagnósticos). El 51,4% de los pacientes reflejaron descenso en su interés por el sexo, un 46,5% retraso o incapacidad en la eyaculación u orgasmo, un 41,9% comunicaron dificultad en la fase de erección o lubricación vaginal y un 44,2% anorgasmia o incapacidad para eyacular. Sólo el 22,7% de los pacientes afectados toleraba sin malestar significativo su disfunción, reflejando interferencia grave el 23% de los afectados , aceptándolo el 54,5%. No se observaron diferencias significativas en función del sexo (tabla 1) con respecto a los item citados.

Entre los fármacos implicados los antidepresivos tricíclicos se alzan con el mayor porcentaje de disfunción sexual, seguido de los antipsicóticos. La combinación de antidepresivos y/o antipsicóticos también favorecía la aparición de disfunción sexual secundaria (tabla 2).

DISCUSIÓN

El porcentaje de pacientes afectos de disfunción sexual el considerablemente alto, hallazgo consecuente con los resultados publicados en otros estudios (1,2,3,4),

superando con creces las cifras de presentación del efecto adverso recogidas en las fichas técnicas de los psicofármacos que habitualmente empleamos.

Los varones presentaron con mayor frecuencia disfunción sexual y una peor tolerancia a este efecto, aunque las diferencias no fueron clínicamente significativas, hecho señalado por otros estudios, entre ellos el del Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales secundarias a Psicofármacos (4). Cerca de una cuarta parte de los pacientes toleraban negativamente este efecto, situación que en la clínica debe poner sobre aviso al clínico ante el riesgo probable de abandono definitivo del tratamiento prescrito. Esta intolerancia se convierte en una situación de alto riesgo en el caso de pacientes con trastornos psicóticos, tanto más si tenemos en cuenta el alto potencial de los fármacos antipsicóticos de producir disfunción sexual. En este sentido parece que fármacos como olanzapina arrojan un perfil de efectos secundarios sobre la función sexual más benéfico, probablemente en relación a su menor potencial para bloquear los receptores 5HT_{2C} (4).

Consideramos que en aquellos pacientes con necesidad de recibir tratamientos de modo continuado se hace necesario evaluar de modo minucioso la función sexual del paciente de cara a establecer las intervenciones terapéuticas disponibles con el fin de garantizar la toma adecuada del tratamiento de base minimizando de este modo el riesgo de recaídas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Ledesma A, Bousoño M, Calcedo A, et al. Disfunción sexual secundaria a ISRS. Análisis comparativo en 308 pacientes. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1996; 24, 6:311-321
- 2.- Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA. Antipsicóticos y afectación de la respuesta sexual. En: Psicofármacos y función sexual. Madrid: Díaz de Santos; 2000, 111-117.
- 3.- Fleischhacker WW, Meise U, Gunther V, Kurz M. Compílanse with antipsychotic drug treatment : influence of side effects. Acta Psychiatr Scand Suppl 1994; 382: 11-15.
- 4.- Montejo AL, Molina R, Solana JA, Dominguez MT, Perez J, Rubio MI et al. Frecuencia de los problemas sexuales provocados por psicofármacos: antidepresivos, antipsicóticos, benzodiacepinas y eutimizantes. Impacto clínico y propuestas de actuación. Actas esp Psiquiatr 2002; 30: 54-56.

Tabla 1. Porcentaje de las distintas DS en la muestra total y diferencias por género

	Muestra Total	Mujer	Varón	p
Descenso libido	51,4	45,8	57,9	NS
Retraso orgasmo/eyaculación	46,5	37,5	57,9	NS
Anorgasmia/No eyaculación	44,2	37,5	52,6	NS
Disfunción erectil/lubricación vaginal	41,9	33,3	52,6	NS
Mala tolerancia	41,9	33,3	52,6	NS

Tabla 2 Porcentaje de Disfunción sexual según el principio activo

Fármaco	% Disfunción sexual
Antidepresivos tricíclicos	66,7%
IRSS	35,3%
Antipsicóticos atípicos	40%
Combinación de antidepresivos	83,3%
Combinación antidepresivo/antipsicótico	66,7%

EL INTENTO DE SUICIDIO EN URGENCIAS. ANALISIS EN UN PERÍODO DE 18 MESES

García Mahía MC, Vidal M, Cimadevila , Pedrejón C, Varela P, Portela B
Hospital Gil Casares. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Santiago por intento de suicidio

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, realizado mediante revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Santiago de Compostela en los que se requirió atención psiquiátrica.

Se seleccionaron los pacientes que acudieron por intento de suicidio, durante un período de 18 meses (Julio de 2001 a Noviembre de 2002). N= 376.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1.- La proporción de la demanda de atención psiquiátrica en el Servicio de Urgencias es un indicador de la elevada prevalencia del suicidio, ya que a las cifras comentadas en el apartado anterior hay que añadir los intentos autolíticos severos que se ingresan directamente en otros servicios y los suicidios consumados.

2.- La quinta parte de los pacientes atendidos por el psiquiatra de guardia en el Servicio de Urgencias lo fueron por intento de suicidio.

3.-El método autolítico más frecuente fue la autointoxicación medicamentosa, siendolas benzodiazepinas los fármacos utilizados en la mayor parte de los casos.

4.-Los diagnósticos más frecuentes entre los pacientes con intento de suicidio fueron depresión y trastornos de personalidad.

5.- En menores de 18 años el motivo de consulta en la mitad de los casos fueron intentos de suicidio.

DESPISTAJE DE DETERIORO COGNITIVO EN UNA POBLACIÓN RESIDENCIAL GALLEGA

Oscar Taboada Díaz, José R. Silveira Rodríguez
Hospital Universitario Juan Canalejo A Coruña- Hospital Vires da Xunqueira, Cee,

INTRODUCCIÓN.

La residencia García Hermanos “O Coto” es un centro residencial privado y sin ánimo de lucro, perteneciente a la Orden de Hermanas de la Caridad. Situado en la periferia de Betanzos (A Coruña), ofrece asistencia a personas sin recursos desde el año 1888. Su capacidad es de 179 camas en habitaciones con /sin baño y de tantos pacientes. Cuenta además con salones, salas de estar, comedores y un entorno verde ajardinado. La asistencia médica corre a cargo de los diferentes médicos de referencia de cada residente, no contando el centro con profesionales médicos en dedicación exclusiva.

Las dificultades de asistencia que presenta el Centro hace que las hermanas se conviertan en las derivadoras de pacientes al médico, y especialista en el caso de patología psiquiátrica. En síndromes que aparecen de forma insidiosa y progresiva, los conocimientos médicos de las hermanas pueden ocasionar una tardanza en la exploración especializada. Un claro ejemplo de este tipo de síndromes sería un cuadro demencial, en especial la enfermedad de Alzheimer. Es conocido por todos la dificultad que encuentran los familiares cercanos convivientes a la hora de reconocer en el enfermo los déficits emergentes como patológicos, lo que ocasiona en muchas ocasiones la tardanza en el diagnóstico y tratamiento. Debemos añadir en el caso que nos ocupa las escasas referencias de la biografía previa que suelen tener a su disposición las hermanas, así como su alta tolerancia a las diferentes alteraciones conductuales muy frecuentes por lo general en el tipo de población que están acostumbradas a manejar.

Recientemente ha surgido en el ámbito psiquiátrico gallego la figura del psiquiatra sociosanitario, que acude a los diferentes centros (uno de ellos es la Residencia García Hermanos) para realizar la valoración y tratamiento de aquellos residentes derivados a

consulta por el encargado de cada residencia (médicos, enfermeras, asistentes sociales, religiosos) con 2 visitas mensuales (por parte del psiquiatra del programa socio-sanitario del Servicio de Psiquiatría del C.H Juan Canalejo- H. De Oza).

OBJETIVOS.

Por todo ello iniciamos un estudio de despistaje de deterioro cognitivo en la población total de la residencia. Partimos del conocimiento de la mitad aproximada de los pacientes por haber sido remitidos de forma previa por las hermanas donde ya nos era conocida una alta prevalencia de deterioro cognitivo. Sospechamos entonces un porcentaje probablemente elevado de deterioro cognitivo en aquellos pacientes no derivados por las razones antes expuestas. Con este objetivo realizamos una entrevista clínica con todos los residentes a la vez que se les realizan pruebas de screening cognitivo.

Nos fijamos los siguientes objetivos:

1. Evaluar la patología psiquiátrica y el estado cognitivo de toda la muestra poblacional.
2. Comparar el estado cognitivo de los pacientes conocidos con la población no estudiada previamente.
3. Evaluar la influencia del derivador en el motivo de consulta (medir la calidad de derivación de las hermanas) y el tipo de patología (diagnóstico según criterios DSM-IV de la patología encontrada en la muestra no explorada previamente), así como en el tratamiento y evolución posterior de los pacientes que lo precisen.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Sobre un cuestionario de recogida de datos se obtienen de todos los residentes el nombre, sexo, edad, estado civil, nivel de estudio, profesión previa, lugar de nacimiento; antecedentes, diagnósticos y tratamientos somáticos, antecedentes, diagnósticos y

tratamientos psiquiátricos; hábitos de consumo, alergias y antecedentes familiares. Se realiza una exploración psiquiátrica general utilizando criterios CIE-10 para el diagnóstico. A su vez para el despistaje cognitivo de todos ellos se realiza MEC (o CAEM si analfabetismo), test del reloj y estadiaje GDS. Se utilizan los puntos de corte estandarizados para cada prueba y manejo estadístico de datos con paquete SPSS 11.0.

En caso de ser se inicia un tratamiento si estuviese indicado.

RESULTADOS

Se detectan pacientes con cuadros ansiosos, depresivos, mixtos, insomnes; con deterioro cognitivo grave y muy grave que no habían recibido tratamiento previo ni un diagnóstico de esta índole por diversos motivos, pero fundamentalmente por no representar una carga añadida en sus cuidados las inexistentes alteraciones conductuales.

El paciente derivado es mayoritariamente del sexo femenino*, mayor de 76 años, trabajadora del sector primario, con al menos un contacto psiquiátrico previo en el que se diagnostica patología psiquiátrica* en el 90% de los casos (24% psicosis, 34% demencia, 24% ansiedad-depresión, 8% otras), con demencias* en estadios más evolucionados (GDS 5-6-7) y mayor deterioro* en las pruebas de despistaje cognitivo y que recibe mayor número de psicofármacos*.

El paciente no derivado no muestra diferencias en cuanto a sexo, es mayor de 80 años y el 49% tenían antecedentes psiquiátricos* (4% psicosis, 19% depresión-ansiedad, 7% demencia, 19% otras).

Tras el despistaje cognitivo, el 55,7% de los pacientes derivados presentaban un síndrome demencial y el 8,9% un deterioro cognitivo leve*. Este 21% de infradiagnóstico podría ser explicado porque tras el primer contacto por presentar clínica afectiva y/o psicótica, el paciente no volvió a ser derivado al mejorar esta sintomatología aunque haya avanzado el deterioro cognitivo, manteniéndose en seguimiento aquellos pacientes en los que persisten los trastornos de conducta con estadios más evolucionados.

Tras el despistaje cognitivo, el 17% de los pacientes no derivados presentaban síndromes demenciales* no diagnosticados y no tratados previamente, predominando los estadios no evolucionados y sin trastornos de conducta. El 4% presentaban clínica compatible con deterioro cognitivo leve y el 19% otro tipo de patología psiquiátrica en el momento actual que no estaba siendo tratada hasta este momento.

CONCLUSIONES

- Recomendamos realizar despistaje de patología psiquiátrica en todos los centros sociosanitarios dada la alta prevalencia de patología no derivada. Sería importante contrastar estos resultados con los de residencias que tienen otros derivadores, por ejemplo médicos.
- Suponemos que el descuido en la derivación y tratamiento precoz hace que la demencia evolucione de diferente forma y que en estadios más avanzados nos encontremos con que el motivo principal de consulta sean graves trastornos conductuales difícilmente solucionables.
- Sería importante concienciar a las religiosas-derivadoras de la importancia del síntoma pérdida de memoria y de las consecuencias de la no derivación. Las religiosas se muestran altamente tolerables hacia la patología demencial y psiquiátrica general que no ocasione trastornos conductuales graves.
- Posiblemente los inhibidores de la acetilcolinesterasa además de enlentecer el curso general de la enfermedad disminuirán los trastornos conductuales reseñados anteriormente por lo que decidimos ampliar este estudio longitudinalmente para conocer la evolución de nuestro pacientes.

ESTUDIO DE EXPRESIÓN DE LOS RECEPTORES 5HT_{2A} y D₃, IMPLICADOS EN ESQUIZOFRENIA. VALIDACIÓN DE UN MODELO DE MARCADORES PERIFÉRICOS.

ÁLVAREZ VJ¹, BRENLLA J², PAZ E³, DOMÍNGUEZ E¹, PADÍN F¹, BUCETA M¹.

¹Dpto de Farmacología. Facultad de Farmacia. Universidad de Santiago de Compostela.

²USMI Fontiñas. Santiago de Compostela. ³Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS-CONXO). Santiago de Compostela.

ABSTRACT

La esquizofrenia se relaciona con alteraciones en los sistemas de neurotransmisión serotoninérgico y dopaminérgico. Se ha descrito que los fármacos antipsicóticos atípicos, como la clozapina tienen afinidad por receptores de serotonina 5-HT_{2A} y dopamina D₃. Resulta de máximo interés la definición de marcadores que ayuden al diagnóstico de la esquizofrenia y a la predicción de la respuesta a antipsicóticos. En nuestro caso, el objetivo fue el estudio de marcadores periféricos en sangre, con la idea de aportar al clínico una prueba biológica sencilla y rápida que facilite el diagnóstico y el control de la evolución de la enfermedad. Se ha descrito la presencia de receptores D₃ tanto en linfocitos humanos¹ como de rata². Recientemente, se publicó un estudio que demuestra una distinta expresión del receptor 5-HT_{2A} en plaquetas sanguíneas de pacientes esquizofrénicos con y sin medicación⁴. Estos niveles de expresión se iban normalizando en el transcurso de la terapia antipsicótica³. Por ello, nos planteamos buscar la relación entre los niveles de estos receptores periféricos sanguíneos, y el diagnóstico psiquiátrico diferencial en humanos.

En primer lugar, evaluamos la expresión de los receptores 5-HT_{2A} y D₃ en plaquetas y linfocitos de rata frente a células de SNC de rata Sprague Dawley, con el fin de validar el modelo periférico. Posteriormente evaluamos la expresión de receptores D₃ en células sanguíneas de pacientes esquizofrénicos frente a individuos sin diagnóstico psiquiátrico.

Los resultados obtenidos mediante estudios de saturación por los lugares de unión 5-HT_{2A} con [³H] Ketanserina en sistema periférico y nervioso central de rata indican que la densidad de los receptores 5-HT_{2A} (Bmax) en plaquetas es similar a la presente en frontal corteza de rata. Asimismo, observamos que los niveles de expresión del ARNm del receptor D₃ en los linfocitos son equiparables con los observados en SNC (ganglios basales y el núcleo accumbens) de rata. Por último, en los estudios realizados hasta el momento en dos pacientes esquizofrénicos humanos mediante RT-PCR podemos ver que los niveles de ARNm del receptor D₃ en linfocitos humanos son mayores que en individuos sin diagnóstico psiquiátrico.

De estos resultados podemos concluir que en rata el modelo periférico de estudio de estos receptores (5HT_{2A} y D₃), se corresponde con su expresión central. Por otro lado, la diferente expresión de los receptores D₃ observada, en estudios preliminares, en los pacientes esquizofrénicos y en individuos sin diagnóstico psiquiátrico abre nuevas expectativas para el desarrollo de la investigación de marcadores periféricos de esquizofrenia, con el objetivo de contribuir al diagnóstico y al control de la evolución de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 FLEMINGER S, JENNER P, MARSDEN CD. Are dopamine receptors present on human lymphocytes? *J Pharm Pharmacol.* 1982 Oct;34(10):658-63.
- 2 OVADIA H, ABRAMSKY O. Dopamine receptors on isolated membranes of rat lymphocytes. *J Neurosci. Res.* 1987;18(1):70
- 3 GOVITRAPONG P, CHAGKUTIP J, TURAKITWANAKAN W, SRIKIATKHACHORN A. Platelet 5-HT(2A) receptors in schizophrenic patients with and without neuroleptic treatment. *Psychiatry Res.* 2000 Sep 25;96(1):41-50.
- 4 ILANI T, BEN-SHACHAR D, STROUS RD, MAZOR M, SHEINKMAN A, KOTLER M, FUCHS SA. A peripheral marker fo schizophrenia: Increased levels of D3 dopamine receptor mRNA in blood lymphocytes. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001;98(2):625-8.

DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS. ESTUDIO DEGAS

Serrano Vazquez M, Páramo Fernandez M, Iglesias Victor L, Gelabert M, Docasar Bertolo L., y con la colaboración del grupo Degas (médicos de atención primaria)

INTRODUCCIÓN

Es sabido que el tratamiento de la depresión comporta grandes beneficios en el funcionamiento psicosocial de los pacientes y que una buena adaptación psicosocial disminuye el riesgo de recaídas. La depresión constituye hoy en día uno de los trastornos mentales más importantes en nuestra sociedad, no sólo por su alto índice de prevalencia entre la población, sino también por las repercusiones que tiene para los pacientes que la sufren y para las personas de su entorno. Por término medio, los médicos de Atención Primaria reciben habitualmente entre 4 y 5 enfermos con depresión cada día.

La evaluación de la calidad de vida en los pacientes que están siendo tratados por depresión resulta particularmente importante dada la interrelación entre calidad de vida, cuadro depresivo y evolución de enfermedades asociadas. Existen datos que apoyan el concepto de que la depresión en pacientes que padecen otras enfermedades, tales como infarto de miocardio, cáncer etc., tiene repercusiones negativas en la propia evolución clínica de dichas enfermedades.

El estudio DEGAS, es un trabajo de investigación clínica sobre la calidad de vida en pacientes con Depresión en Galicia y Asturias, planteado a efectuar en 6 meses de seguimiento, con dos visitas mínimas, la basal y a las 24 semanas. El presente trabajo expone los resultados extraídos de la primera visita o visita basal, lo que nos permite dar unos resultados preliminares del mismo.

Los pacientes incluidos en el mismo debían ser mayores de 18 años y cumplir los criterios de depresión clasificable en la DSM IV y en la CIE 10.

OBJETIVOS

Conocer las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes atendidos por depresión en Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Galicia.

MÉTODOS

Se realiza un estudio observacional, abierto, prospectivo y multicéntrico de una cohorte de 107 pacientes en el ámbito de Atención Primaria. Se recogieron datos por 22 médicos repartidos en las 4 Provincias gallegas, con 5 pacientes cada uno, en donde se aplicaba un cuestionario sociodemográfico y las escalas de evaluación de Hamilton para la depresión y la de Impresión Clínica Global.

El cuestionario demografico se elaboro para recoger datos de filiación (edad,sexo, estado civil, nivel de convivencia, y lugar de residencia) con otros como nivel de estudios, y nivel de ocupación a los que se le añaden la anotacion de datos clinicos como el diagnostico de depresion según la DSM IV o la CIE 10, y la existencia o no de patología concomitante no psiquiatria.

La escala de Hamilton valora la presencia y la intensidad de la sintomatología depresiva en el momento de la entrevista con los medicos de atención primaria. Tiene 17 items de los que se obtienen una puntuación global que hemos interpretado de la siguiente forma:

- Puntuación de 0-7 pacientes no depresivos.
- Puntuación de 8-14 pacientes con Distimia, trastorno adaptativo o depresion leve.
- Puntuación superior o igual a 15 pacientes con depresion moderada o grave.

La escala de Impresión Clínica Global evalua la gravedad del cuadro depresivo y el cambio experimentado por el paciente co respecto al estado basal. La escala consta de un unico item que valora esta intensidad utilizando una escala Likert de 8 valores que van desde no evaluado cuando se puntua con 0, a pacientes mas extremadamente enfermos cuando esta es /.

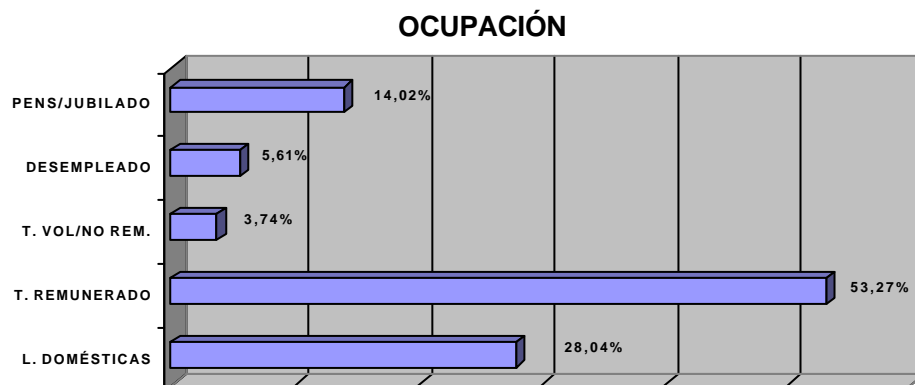
RESULTADOS

Se estudiaron 107 pacientes. La edad media fue de 48.58 años, siendo más del doble las mujeres que los hombres, mayoritariamente casadas, con un nivel de estudios primarios, que conviven fundamentalmente con su esposo o pareja u otro miembro de la familia, y lo hacen en núcleo de residencia de características urbanas.

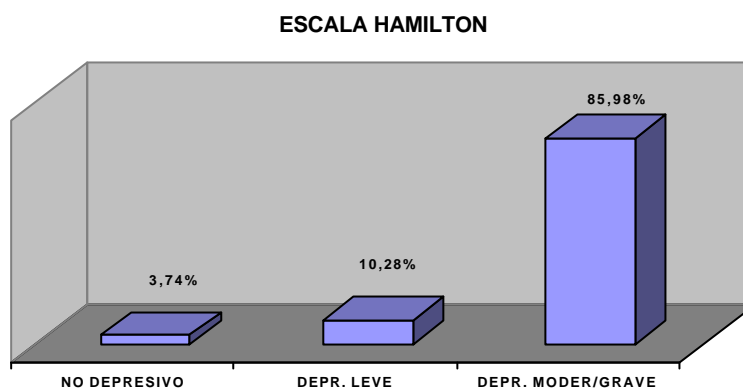
VARIABLES DEMOGRÁFICAS

		N	%
SEXO	VARÓN	33	30,84
	MUJER	74	69,16
E. CIVIL	SOLTERO	15	14,02
	CASADO	70	65,42
	VIUDO	11	10,28
	SEPARADO	11	10,28
ESTUDIOS	SIN ESTUDIOS	7	6,54
	PRIMARIOS	53	49,53
	SECUNDARIOS	33	30,84
	FP	2	1,87
CONVIVENCIA	SUPERIORES	12	11,21
	SOLO	13	12,15
	CONY/PAREJA	69	64,49
	HIJOS	57	53,27
RESIDENCIA	OTROS FAM.	14	13,08
	RURAL	39	36,45
	URBANO	68	63,55

Se valoró el nivel de ocupación o actividad laboral primordial de los pacientes. En los pacientes estudiados, la mitad tenían una actividad laboral remunerada y la cuarta parte eran amas de casa dedicadas exclusivamente a las labores domésticas. El 15% de los entrevistados eran jubilados o pensionistas, mientras que el 5% estaban en desempleo.



Cuando se les aplicó la escala de Hamilton para la depresión se detecta que el 86% arroja una puntuación superior a 15, indicativo de una depresión moderada-grave.

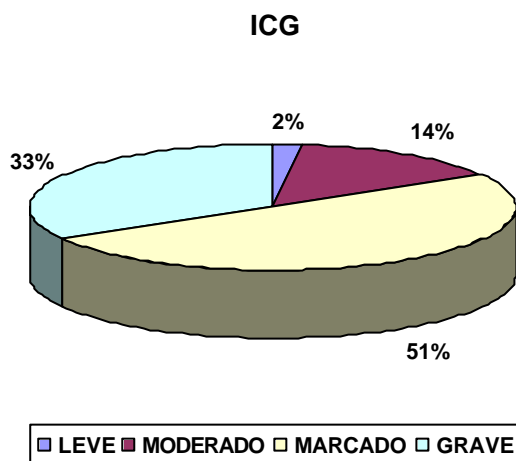


Se trató de un primer episodio en casi el 70% de los pacientes, sin patología concomitante no psiquiátrica en su mayoría (65.42%) y cuando existe ésta, es básicamente del grupo de las cardiopatías y artropatías.

VARIABLES CLINICAS

	N	%
T. DEPRESIVO		
- Episodio Único	74	69,16
- Recidivante	23	21,5
- Distimia/Crónica	10	9,35
COMORBIL. NO PSIQ.		
- Sin Patología	70	65,42
- Con Patología	37	34,58
PAT. CONCOMITANTES		
- Artropatías	12	34,29
- Metabolopatías	8	22,86
- Cardiopatías	14	40
- Neumopatías	2	5,71
- Neuropatías	5	14,29
- Gastropatías	4	11,43
- Varios	2	5,71

La escala de Impresión Global Clínica nos valora la intensidad de la enfermedad según la experiencia clínica del facultativo que lo entrevista, aportandonos un nivel entre moderada y grave en la mitad de los pacientes valorados (Enfermedad Marcada). Se considera depresión grave el segundo en frecuencia con cerca de un 34%, siendo leves y moderados el 15%.



CONCLUSIONES

- La depresión constituye una entidad prevalente en la comunidad que requiere ser abordada por los médicos de Atención Primaria. El episodio depresivo único es el más frecuente, lo que indica que el primer contacto del paciente con el sistema sanitario se hace a este nivel, alcanzando niveles moderados graves en su mayoría. Es lógico recomendar la necesidad de realizar un despistaje o valoración de la patología afectiva, y concretamente de la depresión en todos los Centros de Atención Primaria.
- El uso de escalas de la evaluación como el Hamilton y la Escala de Impresión Global es de gran utilidad para el diagnóstico y evolución en la Atención Primaria
- El perfil mayoritario es el de una mujer de ámbito urbano, con trabajo remunerado, dato que contrasta con la mayoría de los trabajos publicados y que no es más que el reflejo de la evolución social de las últimas décadas en nuestro entorno, siendo de esperar que se incremente en los próximos años.

- La comorbilidad no psiquiátrica más frecuente son las cardiopatías y artropatías, aunque lo más habitual es que no se presente otra patología que la propia psiquiátrica.

BIBLIOGRAFÍA:

- Herranz A., Cuesta Núñez M.G., Vázquez-Barquero J.L. Trastornos del Estado de Ánimo. En. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid. Aula Médica, 1998.
- Paykel ES. Handbook of Affective Disorders (2ª edición). Londres. Churchill Livingstone, 1992.

PARTICIPANTES ESTUDIO DEGAS Atención Primaria

BASILIO COBO RODRIGUEZ
ENRIQUE CAGIAO BONOME

MELQUISEDEC AMENEIRO NOYA
SUSANA AMARO CAAMAÑO
JULIA CARPENTE
DOLORES POBLADOR HOLGUIN
BELEN IGLESIAS
ESTHER MATO FONDO

ISIDRO ESTEBAN MONLAT
NESTOR PAZOS GARRIDO
JESUS MENDUÑA

JUANA OTERO SERRANO
JESUS AMARO CENDON
GERARDO TRUJILLANO
ALBERTO GARCIA PAZOS
JULIA BOVEDA FONTAN
JUAN CARLOS VILLA VERDE RICO

ALICIA BLANCO IGLESIAS
ANGELES REINOSO REY
MARINA BARROSO TABOADA
MERCEDEZ HERNANDEZ GOMEZ

VICENTE LOPEZ FERNANDEZ
TERESA ARIAS GARCIA
FRANCISCO JAVIER VIGIL-ESCALERA
MARIA CERRATO RODRIGUEZ
SAUL SUAREZ GARCIA
RAMON DEL OLMO ROSALES
JOSE CACHON FERNANDEZ
ARTURO DE LA VEGA CUYAS
ENRIQUE NIETO POL
JAVIER MAESTRO SAAVEDRA

PILAR VEIGA ARES
EMILIA FEJO FERNANDEZ
JOSE LUIS BUELGA CUETOS

VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES INTERNADOS EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

Prado Robles V; Pérez M; Crespo Iglesias J.M; Martinez Formoso S..

Unidad de Readaptación Psicosocial. Hospital Psiquiátrico de Conxo. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. La Coruña.

En este póster realizamos un análisis mediante la Escala de Valoración de la Función Sexual en pacientes internados en una Unidad de Rehabilitación (CSFQ), aplicada a los pacientes menores de 65 años de dicha unidad de Santiago de Compostela, por dos entrevistadores.

El CSFQ, tiene como autores a A. H. Clayton, E. L. McGarvey, y G. J. Clavet, y está validado en la versión española por Bobes J, González MP, Rico-Villademoros F, Bascaran M.T., y Sararsa P. Publicado en el Journal of sex and marital therapy 2000; 26: 119-131.

En aproximadamente el 45% de los pacientes se puede apreciar que su función sexual no ha cambiado, seguido muy de cerca por los que dicen que su función sexual ha empeorado, atribuyendo como causas principales, la acción de la medicación en este aspecto, y un cambio en su situación vital desde que estan internados en esta unidad.