

Manifestaciones psicopatológicas en pacientes ingresados en Hospitales Generales.

Revista Médica Electrónica 2006; 28(3)

HOSPITAL UNIVERSITARIO "FAUSTINO PÉREZ". MATANZAS.

Manifestaciones psicopatológicas en pacientes ingresados en Hospitales Generales.

Psychopathological manifestation in patients that are in General Hospitals.

AUTORES

Dr Vicente Enrique Hernández Reyes (1)

Dr. Vicente H. Hernández Castro (2)

(1) Especialista de 1 er. Grado en Psiquiatría. Profesor Instructor

E-mail:vhcastro.mtz@infomed.sld.cu

(2) Especialista de 2do. Grado en Psiquiatría. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado

RESUMEN

Los motivos por los que los médicos no psiquiatras consultan a este especialista son muy diversos, influyendo sus conocimientos de psiquiatría, así como su actitud ante la misma y ante la enfermedad y el enfermo mental. También son varias las pretensiones que puede tener, entre las que se encuentran la evaluación de la capacidad de un paciente, recomendaciones de tratamiento psicofarmacológico o de pautas de conducta, que el enfermo sea trasladado a una unidad de psiquiatría o que el psiquiatra asuma el manejo de los aspectos psíquicos del paciente. Debido a que entre el 30 y el 60 % de los pacientes de un hospital general padecen algún trastorno psíquico es de vital importancia conocer aquellas patologías que con mayor frecuencia se encuentran en este tipo de servicio. Este conocimiento permite la reducción de la mortalidad, la morbilidad, la duración de la estancia y los costos de hospitalización. Sobre éstos y otros acápites se realizó una revisión, valorando los intereses del médico no psiquiatra en el abordaje de este tipo de patología cada vez más frecuente en su práctica diaria.

DESCRIPTORES(DeCS):

PACIENTES INTERNOS/ psicología

HOSPITALIZACIÓN

HOSPITALES GENERALES

TRASTORNOS MENTALES/diagnóstico

GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN

TIEMPO DE INTERNACIÓN/ economía

HUMANO

ADULTO

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría de interconsulta/enlace se puede definir como la parte de la psiquiatría que se ocupa de las afecciones psicológicas en los pacientes atendidos por otros médicos, generalmente en el hospital general. Se suele diferenciar entre interconsulta psiquiátrica y psiquiatría de enlace. La primera es la respuesta a la consulta de un colega, dando una opinión experta sobre un paciente concreto por el que se ha consultado. La segunda consiste en la formación de otros médicos y personal sanitario sobre problemas o aspectos psíquicos que se suelen encontrar en los pacientes que tratan, así como sobre sus propias reacciones psíquicas frente a estos pacientes.

Entre el 30 y el 60 % de los pacientes de un hospital general padecen algún trastorno psíquico. Esta práctica psiquiátrica en este tipo de centro reduce la mortalidad, la morbilidad, la duración de la estancia y los costes de hospitalización. (1,2)

La demanda de una consulta psiquiátrica se debe atender lo antes posible. El primer paso es aclarar cuál es concretamente la consulta, pues muchas veces es una petición vaga de ayuda. También es prioritario que el médico que consulta informe al paciente de qué va a ser atendido por el psiquiatra y le motive para ello. El psiquiatra, en esta práctica, debe tener una actitud fundamentalmente médica, considerando para el diagnóstico toda la variedad de trastornos mentales, – incluidos los de causa orgánica–, y cómo intervienen en el paciente sus enfermedades físicas y los fármacos que usa, y atendiendo a toda la información disponible del paciente: antecedentes físicos y psiquiátricos, exámenes y pruebas realizados, observaciones del médico que consulta y de la enfermería, así como la información que pueda dar la familia u otras personas.

Conviene que el psiquiatra tenga ciertas habilidades y características, además de la buena formación en psiquiatría, como son una buena formación en medicina general, capacidad para realizar por sí mismo un examen físico y para solicitar una prueba diagnóstica si es necesaria y facilidad para relacionarse con médicos de otras especialidades y personal sanitario. Debe hablar de forma comprensible para los no psiquiatras –para serles útil– y contestar fundamentalmente a la consulta que se le ha hecho, dando unas recomendaciones terapéuticas claras. Intentará siempre, además de dar un informe escrito, hablar personalmente con el médico que le ha consultado. (1,3)

Los motivos por los que los médicos no psiquiatras consultan al psiquiatra son muy diversos, influyendo sus conocimientos de Psiquiatría, así como su actitud ante la misma y ante la enfermedad y el enfermo mental. También son varias las pretensiones que puede tener: la evaluación de la capacidad mental de un paciente, recomendaciones de tratamiento psicofarmacológico o de pautas de conducta, que el enfermo sea trasladado a una unidad de Psiquiatría, que el psiquiatra asuma el manejo de los aspectos psíquicos del paciente. (4,5)

Las razones más frecuentes de la consulta psiquiátrica son:
1- Coincidencia casual de enfermedades psiquiátricas y físicas, ya que ambas son comunes y con posterioridad interaccionan entre sí, por ejemplo, un paciente deprimido puede descuidar su tratamiento para la diabetes o un catarro común puede retrasar la recuperación de un deprimido.

2- Complicaciones psicológicas de afecciones físicas. En este caso puede ser por la enfermedad en sí misma, por su tratamiento o por la forma de reacción del paciente al conocer su diagnóstico.

3- Complicaciones físicas de enfermedades psiquiátricas cuyo ejemplo clásico es el intento suicida, pero incluye otra amplia gama de posibilidades como cuando un anoréxico se desnutre o tiene trastornos metabólicos o un catatónico presenta secundario a su inanición alteraciones hidroelectrolíticas.

4- Afecciones psicológicas que se presentan con síntomas físicos cuyo prototipo son los trastornos somatomorfos y los de ansiedad que muchas veces son interpretadas como enfermedades graves, tales como edema agudo del pulmón o infarto miocárdico. Por otro lado, los diagnósticos a que más frecuentemente llega el psiquiatra tras evaluar al paciente son: depresión (14 a 50 %), uso de drogas (7 a 31 %), trastorno de personalidad (5 a 22 %), trastorno adaptativo (5 a 19 %), trastorno mental orgánico (5 a 18 %) y ausencia de diagnóstico psiquiátrico (12 a 15 %) (1,4).

Con el propósito de incrementar el conocimiento en esta área de la medicina, tanto de psiquiatras como de otros especialistas, es que nos propusimos realizar la siguiente revisión.

DISCUSIÓN

Cuando coinciden en un paciente sintomatología psiquiátrica y física cabe hacer un diagnóstico diferencial de las posibles causas de esta coincidencia entre las que tenemos :

Yatrogenia: los síntomas psicopatológicos están relacionados con la medicación o las intervenciones realizadas sobre el paciente.

Origen orgánico de la sintomatología psiquiátrica: los síntomas están producidos por el proceso de la enfermedad.

Trastornos adaptativos: el estrés secundario a la enfermedad o a otra causa coincidente provoca la psicopatología observada.

Sin relación aparente: la psicopatología no se debería a un trastorno adaptativo, a la medicación o a la enfermedad somática. (5)

Para delimitar la etiología somática de un cuadro psicopatológico tiene que existir la evidencia de una enfermedad, lesión o disfunción cerebral o de una enfermedad sistémica que pueda estar acompañada de los síntomas encontrados. Esta enfermedad subyacente debe relacionarse temporalmente con el inicio del síndrome psicopatológico, siendo el criterio temporal variable (entre horas o meses), dependiendo de la patología de base. Cuando el cuadro sistémico remita o mejore, la sintomatología psiquiátrica debe hacerlo también. La confirmación se establecería de forma definitiva cuando no exista otra posible etiología (como antecedentes familiares muy cargados para el cuadro psicopatológico, existencia de un estrés precipitante que provocaría el cuadro per se, antecedentes personales de episodios similares sin la presencia de una enfermedad somática previa). (5,6)

DELIRIUM

El delirium es una de las patologías encontradas con mayor frecuencia en la interconsulta psiquiátrica. Según algunos estudios es la segunda en frecuencia después de los trastornos adaptativos. El delirium es una disfunción global, reversible y transitoria del metabolismo cerebral, suele cursar de forma fluctuante y su duración varía entre pocas horas hasta un máximo de seis meses, aunque por lo general su duración suele ser inferior a cuatro semanas. (7)

El inicio suele ser agudo. Su etiología es orgánica: infecciones, síndrome de abstinencia de sustancias psicoactivas, alteraciones metabólicas, traumatismos, patología previa del Sistema Nervioso Central (SNC), hipoxemia, déficits nutricionales o de sustancias fundamentales, endocrinopatías, enfermedades vasculares e intoxicaciones por tóxicos, fármacos o metales pesados.

Los fármacos que pueden producir delirium son medicaciones que se utilizan con gran frecuencia en la práctica médica habitual, sobre todo en personas mayores, lo que implicaría incluso multiplicar el riesgo de delirium. Los pacientes con mayor riesgo de sufrir un delirium cuando entran en el hospital son los que se encuentran en edad geriátrica, sobre todo si existe un cierto deterioro cognitivo previo y pacientes con patología cerebral adictos a sustancias, intervenciones quirúrgicas mayores o pacientes con quemaduras severas. (8,9)

Suele aparecer precedido de síntomas prodrómicos: irritabilidad, ansiedad y trastornos del sueño. Posteriormente aparece dificultad para mantener la atención, lo que agrava la desorientación que acompaña el cuadro. En el delirium tremens puede aparecer un delirio ocupacional. La memoria reciente e inmediata disminuye, permaneciendo normalmente la memoria remota. El ritmo sueño-vigilia se ve alterado, incluso con inversión de éste. Aparecen trastornos sensorio-perceptivos, con gran frecuencia visuales y auditivos, aunque no son infrecuentes las alucinaciones cenestésicas. La actividad psicomotriz está alterada, tanto en el sentido de agitación como un estado estuporoso, con frecuencia alternando ambos. El pensamiento y lenguaje están desorganizados. En la exploración, además de lo anteriormente reseñado, aparece disgrafía, apraxia constructiva, afasia nominal, temblor de predominio intencional, asterixis, mioclonos, cambio de los reflejos y tono y enlentecimiento global del Electroencefalograma (EEG), sobre todo en los delirium de origen metabólico. (10,11)

El primer paso del tratamiento es corregir la causa etiológica cuando esto es posible. En cualquier caso son importantes las medidas generales: el paciente debe estar controlado clínicamente, con toma de constantes de forma frecuente, en una habitación tranquila, iluminada suavemente incluso por la noche, ya que en la oscuridad la desorientación aumenta y con ello el cuadro clínico. Es recomendable que esté un familiar cerca y que se le den al paciente las coordenadas necesarias de tiempo y espacio frecuentemente. Se debe controlar la buena oxigenación e hidratación tisular. Todas las medicaciones que no sean imprescindibles se deben eliminar. El tratamiento pasa por la instauración de neurolepticos, siendo el de elección el haloperidol, debido a su escaso potencial anticolinérgico y sedante. La dosis mayor se debe administrar por la noche, para mejorar en lo posible la reanudación del ciclo normal sueño-vigilia. La dosis se debe ajustar teniendo en cuenta el grado del delirium, desde 0,5-2 mg como dosis inicial a 5-10 mg si la agitación es muy severa. La dosis se irá ajustando cuando vaya remitiendo el cuadro del delirium, procurando no suspenderla bruscamente ni antes de tiempo y utilizando la dosis inferior que controle la sintomatología. (12,13)

SÍNDROMES AFECTIVOS ORGÁNICOS

La clínica del trastorno depresivo orgánico se caracteriza por un bajo estado de ánimo, pérdida de vitalidad y actividad, trastornos del sueño, similar a la de cualquier trastorno afectivo, aunque en el caso de la depresión orgánica es más frecuente un ánimo caracterizado por apatía que por tristeza. Para diagnosticar un trastorno depresivo orgánico es preciso que no sea expresión de una respuesta emocional al conocimiento de la enfermedad. Las causas más frecuentes de depresión orgánica son los trastornos endocrinos, medicaciones, infecciones, tumores del SNC, pulmón o páncreas, trastornos neurológicos, alcoholismo, anemia, anormalidades electrolíticas, intoxicación por metales pesados, hipertensión arterial, lupus eritematoso sistémico. (13,14)

La manía orgánica es un cuadro similar al de la manía sin factores orgánicos en los trastornos bipolares. Las causas de la manía orgánica pueden ser endocrinas, infecciosas, tóxicas, neurológicas, tumores, alcoholismo, anemia, hemodiálisis. Los trastornos por ansiedad orgánica suelen tener los mismos rasgos que los trastornos por ansiedad sin causa orgánica, siendo las manifestaciones más frecuentes las de la ansiedad generalizada y las del trastorno por pánico. La clínica depende de la causa que haya motivado el trastorno y de su persistencia en el tiempo. Como posibles etiologías orgánicas de la ansiedad pueden citarse: enfermedades cardiovasculares, endocrinológicas, inmunológicas, metabólicas, neurológicas, digestivas, tóxicos, fármacos: aminofilina, anticolinérgicos, antihipertensivos, tuberculostáticos, intoxicación por digitálicos, dopamina, efedrina, epinefrina, levodopa, lidocaína, metilfenidato, glutamato monosódico, neurolépticos, AINEs, ácido nicotínico, fenilefrina, fenilpropanolamina, procarbamina, pseudoefedrina, salicilatos, sedantes hipnóticos, corticosteroides, teofilina, preparaciones tiroideas y enfermedades respiratorias.

En los pacientes en los que aparezca alguno de los factores reseñados anteriormente, o en los que se encuentren síntomas de alguna de las enfermedades anteriores, hay que tener en cuenta la posible etiología orgánica del cuadro afectivo y tratarla en primer lugar, aunque esto no excluye el tratamiento propio del síndrome afectivo. En estos casos el tratamiento farmacológico debe ser adecuado con la patología orgánica de base y no interferir con el curso de la enfermedad ni con su curación.

TRASTORNOS PSÍQUICOS DEBIDOS AL ALCOHOL.

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol constituyen, sin duda, los más frecuentes entre los derivados del uso de tóxicos. (15,16) Entre los pacientes del hospital general, hasta un 20-30 % cumple criterios de abuso/dependencia de alcohol, sin embargo, es relativamente frecuente que pase desapercibido por lo que resulta fundamental la sospecha clínica.

Abstinencia de alcohol

El síndrome de abstinencia de alcohol cobra una gran importancia en el contexto del hospital general; los pacientes que reúnen comorbilidad medicoquirúrgica adquieren mayor susceptibilidad a desarrollar un delirium trémens y a padecer complicaciones derivadas de él. De forma especial, procesos como infecciones, desnutrición, hepatitis, pancreatitis, etc., tienen especial importancia como factores predisponentes. Una historia previa de delirium trémens constituye también un poderoso factor predictor de su desarrollo.

Resulta fundamental la sospecha clínica por cuanto la frecuente minimización u ocultamiento del consumo de alcohol por parte del paciente y el curso a veces fluctuante del cuadro pueden hacer que pase desapercibido. Se estima que un 10 % de los pacientes no tratados pueden fallecer en el curso de un delirium trémens, cifra que se eleva al 25 % en el caso de existir complicaciones médico-quirúrgicas. No siempre aparece un delirium trémens tras la suspensión del consumo de alcohol. El temblor, de características variables y que suele aparecer de 6 a 8 horas tras el último consumo, la irritabilidad, anorexia, náuseas y vómitos, estado generalizado de alerta e insomnio, constituyen síntomas característicos de la abstinencia de alcohol.

En su tratamiento es fundamental la vitaminoterapia con tiamina (100 mgrs/día IM durante cinco a seis días, pasando luego a vía oral), la reposición hidroelectrolítica y el control del estado general. (17)

RESPUESTA PSÍQUICA A LA ENFERMEDAD

Los modos y maneras de asumir realidades tan radicales como son la enfermedad y la muerte han formado parte de la consideración filosófica y de los mensajes de las religiones. El sentido del dolor y, sobre todo, el de la muerte son cuestiones cuyo planteamiento y resolución determinan los posibles modos de pensar o de creer. En este plano del pensamiento o de la creencia se pone de manifiesto la enorme dimensión existencial que adquiere para cada hombre el modo de afrontar la enfermedad y la muerte.

La enfermedad somática siempre va a vivirse como algo que altera el equilibrio físico y psíquico del individuo en mayor o menor grado, por lo que para recuperar éste, el sujeto debe realizar una serie de cambios en sus cogniciones, emociones, actitudes y conductas. Es decir, tiene que afrontar la nueva situación de la mejor manera posible, que será aquella que modifique las relaciones individuo-entorno mejorándolas. (16-18)

La expansión que en los últimos veinte años ha experimentado la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace ha facilitado un mejor conocimiento de las actitudes del paciente frente a los padecimientos físicos, permitiendo además a los médicos no psiquiatras una detección más fina y un tratamiento más eficaz de las alteraciones psíquicas, por medio de nuevas escalas de evaluación de la morbilidad psiquiátrica y de programas específicos elaborados según las distintas patologías. Con ello ha aumentado el reconocimiento de los aspectos psiquiátricos del enfermo, mejorando la calidad asistencial de los pacientes y haciendo posible la reducción del tiempo de estancia media hospitalaria, del número de rehospitalizaciones y de los días de rehabilitación tras el alta. Todo ello es demostrativo de la importancia que el cuidado integral (somato-psíquico) tiene, no sólo para el paciente, sino también para las personas que lo cuidan y para las instituciones que lo acogen. (19)

ADAPTACION TERAPÉUTICA

En general se puede afirmar que la mayoría de las personas responden a la enfermedad de forma adaptativa o terapéutica; esto no quiere decir que el individuo no esté ansioso, preocupado o incluso deprimido.

Sin embargo, estas reacciones no interfieren negativamente con su ajuste global a la enfermedad; el paciente puede aceptar y seguir las indicaciones médicas, modificar su modo de vida en función de la gravedad y recuperar su ritmo laboral, social y personal cuando la enfermedad termina, salvo que queden incapacidades residuales que exijan un definitivo reajuste.

Por ello, puede afirmarse que frente al estrés, la ansiedad es una respuesta transitoria esperable y normal, siendo además un estímulo necesario para que se verifiquen una correcta adaptación y un adecuado afrontamiento. Normalmente los síntomas psíquicos (ansiedad y/o depresión) se hacen evidentes a los pocos días y remiten poco después de la curación de la enfermedad. La ansiedad suele aparecer como respuesta inmediata manifestándose los síntomas depresivos en un momento más tardío de la evolución del proceso. Hay pocos trabajos que estudien la ansiedad o la depresión por separado en el enfermo médico, ya que se asocian muy a menudo. (20,21)

Discernir cuándo la ansiedad es una reacción patológica no es fácil; para ello debe valorarse fundamentalmente que la respuesta sea inadecuada al estímulo que la ha provocado tanto en intensidad como en duración, en relación a diversos aspectos: Físico. Con la aparición de síntomas vegetativos: anorexia, diarrea, náuseas,

vómitos, taquicardia, palpitaciones, disnea, vértigo, cefalea, tensión muscular, etc. Cognitivo. Facilitando la aparición de pensamientos de carácter obsesivo, etc. Afectivo. Asociándose síntomas tales como decaimiento, apatía, etc. Conductual. Siendo frecuente actitudes de hipervigilancia o hipocondríacas.

TRASTORNO ADAPTATIVO

El trastorno adaptativo es de los más frecuentes (22.2 %) entre los diagnósticos psiquiátricos que realiza el psiquiatra en su actividad de interconsulta hospitalaria . Se considera que la respuesta adaptativa del individuo ante un estrés psicosocial identificable es anormal, cuando los síntomas son excesivos respecto a su duración o intensidad comparándolos con la reacción normal esperable frente a un determinado estrés, o bien cuando suponga una incapacidad inexplicable en la actividad laboral y social del sujeto. Este cuadro, según criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-IV) debe presentarse durante los tres meses siguientes a la aparición del agente estresante y no debe tener una duración mayor de seis meses. La alteración deberá remitir cuando cese el estrés o, si éste persiste, cuando se consiga un nuevo nivel de adaptación . El trastorno adaptativo puede presentarse con ánimo ansioso, deprimido o mixto, presentando síntomas de ambos tipos y no aparecería al comienzo de la enfermedad (como sería más frecuente en los trastornos afectivos), sino más bien a lo largo de la evolución de ésta. En el momento en que surgen complicaciones, coincidiendo con el comienzo de la cronicidad, o cuando parezca imposible una curación rápida.

El cáncer y la diabetes mellitus son las enfermedades médicas que más frecuentemente se asocian con este trastorno psiquiátrico.(22,23) Por otro lado no parecen existir respuestas emocionales específicas frente a ninguna enfermedad física concreta. Sin embargo, sí se ha estudiado la enfermedad crónica como una entidad en la que, cualesquiera que sean la localización o sintomatología de la patología que la producen, existen rasgos comunes. Las razones pueden ser múltiples. La enfermedad crónica tiene un profundo efecto sobre la autoimagen y las expectativas del paciente en todos los órdenes (social, laboral, familiar, personal), pudiendo aparecer complicaciones e incapacidades en cualquiera de ellos, con lo que se iría reduciendo poco a poco la calidad de vida del paciente. Todos estos factores (en relación con la intensidad y duración del estrés) pueden conducir a un empeoramiento de la capacidad de afrontamiento de la enfermedad.

RESPUESTA DE LOS FAMILIARES

La enfermedad no sólo tiene repercusiones para el propio paciente, sino también para las personas que le rodean, tanto si se trata de un cuadro agudo como crónico. La forma en que los familiares afrontan la situación va a tener gran importancia en cómo lo haga a su vez el propio enfermo.

El cónyuge particularmente suele desempeñar un papel preponderante; por ello es muy importante proporcionarle toda la información disponible para que su influencia sobre el paciente sea lo más positiva posible, evitando a la vez conductas sobreprotectoras, como de abandono. Además, es necesario tener en cuenta los cambios que, a causa o en relación con el cuidado del enfermo, pueden plantearse en el trabajo, en la relación de pareja o incluso en la vida social del cónyuge; el mejor predictor del estatus psicosocial de éste parece ser el nivel de quejas expresadas por el paciente.

Por último, no hay que olvidar tampoco los problemas económicos que habitualmente comporta la enfermedad para la familia y para el propio enfermo en relación con los posibles cambios profesionales y sociales de todos los miembros para adaptarse a la nueva situación, así como por las dificultades que suelen plantear los elevados costes de los tratamientos, sobre todo en enfermedades crónicas o que exigen una rehabilitación posterior. (22-24)

TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS .

Se refieren a la importancia que el estrés y los factores psicológicos tienen en la aparición, evolución y pronóstico de ciertas enfermedades físicas. La CIE-10 no utiliza los términos "psicógeno" ni "psicosomático", definiendo en el código F54 la categoría de "factores psicológicos o del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar" y en el código F68.0 la categoría de "elaboración psicológica de síntomas somáticos".(23) En la práctica se pueden establecer unos factores que deberían estar presentes simultáneamente para que se desarrolle un trastorno psicosomático: Que el individuo tenga una determinada predisposición biológica ya sea dada por el ambiente, por su genética o por sus hábitos.

Que tenga una personalidad vulnerable o un grado de estrés que sus mecanismos de defensa no puedan soportar.

Que esté bajo un importante estrés que actúe en lo vulnerable de su personalidad. (19)

A continuación se exponen los trastornos psicosomáticos más característicos de cada sistema orgánico, realizando un breve repaso de su epidemiología, sintomatología, etiología, aspectos psicológicos y sus posibles tratamientos.

ENFERMEDAD CORONARIA

La enfermedad coronaria se desarrolla por un desequilibrio entre los requerimientos de oxígeno por parte del miocardio y la cantidad aportada por las arterias coronarias debido a la formación de placas de aterosclerosis en las mismas. Constituye una de las causas más frecuentes de muerte en el mundo occidental. Se han identificado una serie de factores de riesgo como la hipertensión, la hiperlipemia, el tabaco, el sedentarismo, la dieta. No existe un rasgo de personalidad específico en los pacientes con patología coronaria, pero se ha definido un patrón de comportamiento característico. Osler en 1903 destacó que estos pacientes eran ambiciosos, agresivos y sin capacidad para relajarse. Friedman y Rosenman en 1959 describen el patrón de personalidad tipo A como un sujeto ambicioso, competitivo, impaciente, hostil, deseoso de éxito y de reconocimiento por los demás, con necesidad de resolver las cosas con urgencia y una gran dificultad para relajarse. Se ha demostrado que los sujetos con esta personalidad tienen un riesgo dos veces superior al resto de la población de padecer patología coronaria. La patología coronaria más grave se ha observado en pacientes que presentaban puntuaciones elevadas de hostilidad y además tendían a reprimir sus expresiones de ira, de manera que la combinación de estos dos rasgos parece ser el factor psicológico más nocivo. Acontecimientos vitales como cambios en la estructura familiar, pérdidas de un ser querido, situaciones de sobrecarga de trabajo o desempleo son situaciones frecuentemente asociadas a patología coronaria. (24,25)

La aparición de un infarto de miocardio es más frecuente en enfermos con patología coronaria, y es habitual que cuando se inicia la sintomatología se produzca una reacción de negación sobre todo en pacientes con rasgos tipo A más intensos, con

ello se retrasa la solicitud de atención médica, lo que tiene gran importancia dado que la mayoría de las muertes se producen en las primeras horas postinfarto. El inicio de los síntomas o su ingreso en el hospital suscita una intensa ansiedad que ha de tenerse en cuenta, pues puede producir la aparición de arritmias o incluso producir la muerte súbita, posiblemente por la liberación de catecolaminas, por lo que el personal de la unidad coronaria desempeña un papel importante ofreciéndoles la comunicación adecuada que les permita disminuir las manifestaciones ansiosas, aunque en muchas ocasiones esto no es suficiente y hay que recurrir a los psicofármacos como las benzodiazepinas y el propanolol. En el período de convalecencia, cuando el paciente vuelve a su domicilio, es frecuente que aparezca un estado de disforia que hace más difícil el período de rehabilitación. Sólo un pequeño porcentaje de estos enfermos desarrolla depresión mayor precisando antidepresivos. Los antidepresivos tricíclicos sólo se emplearán, si se precisan, a partir de la octava semana tras el infarto, siempre y cuando no haya una arritmia que desaconseje su uso; se utilizarán las dosis habituales y serán mantenidos el tiempo suficiente. También se dispone, hoy en día, de los nuevos antidepresivos que apenas tienen efectos cardiotoxicos (mianserina, viloxacina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, moclobemida, amineptino) de tal manera que constituirían los fármacos de elección.

Un abordaje farmacológico, psicológico, educativo, así como modificaciones del régimen de vida, pueden ayudar a disminuir los riesgos y así mejorar la evolución de estos pacientes. Las diversas psicoterapias (individual y grupal) pueden ayudar a disminuir el impacto del estrés y a modificar los rasgos de personalidad tipo A, lo que incidiría disminuyendo las descompensaciones y aumentando la supervivencia de los pacientes que han sufrido un infarto.

HIPERTENSIÓN

Los individuos con historia familiar de hipertensión tienden a presentar respuestas cardiovasculares y emocionales intensas frente a situaciones frustrantes. La cólera reprimida constituye un factor de riesgo para la hipertensión esencial. Las depresiones agudas y la tristeza motivan que la tensión arterial sea tan elevada en reposo como lo es después de hacer ejercicio, interfiriendo en los ajustes cardiovasculares asociados al ejercicio.

Han resultado útiles en el tratamiento de la hipertensión técnicas de relajación, el biofeedback y técnicas para afrontar el estrés, teniendo en cuenta que en todo caso es necesario mantener una dieta adecuada y si es preciso un tratamiento farmacológico específico. Hay que señalar que con frecuencia los antihipertensivos producen alteraciones psicopatológicas, fundamentalmente trastornos depresivos. (25)

ASMA BRONQUIAL

El asma bronquial es una respuesta de broncoconstricción del árbol respiratorio ante determinados estímulos, que clínicamente se manifiesta como episodios de disnea paroxística y broncoespasmo.

Clásicamente se diferencian dos tipos de asma:

Asma extrínseco, cuya patogenia se basa en una reacción inmunitaria desencadenada por un antígeno que interacciona con una Ig E, dando lugar a la liberación de sustancias (responsables de la reacción bronquial) liberadas por los mastocitos. Se desarrolla sobre todo en niños que tienen antecedentes alérgicos (urticaria, rinitis, eczema).

Asma intrínseco o idiosincrásico, no relacionado en su patogenia con las Ig E. Se presenta sobre todo en personas mayores de 40 años, sin antecedentes alérgicos. Se desencadena a raíz de una infección viral, ingesta de fármacos (aspirina, indometacina) o contaminantes ambientales.

Aunque clásicamente se creía que el asma era una reacción local del árbol traqueobronquial, actualmente se sugiere que hay un aumento del tono parasimpático, debido a un reflejo que se origina a nivel bronquial. Por otra parte, se sabe que diversos factores psicosociales favorecen el desarrollo de un ataque asmático, sobre todo en su modalidad extrínseca.

No se ha definido un perfil psicológico específico de los pacientes asmáticos, pero se aprecia que un gran número de niños con este problema presentan una necesidad exagerada de ser protegidos, desarrollando actitudes de dependencia frente a la madre, junto a un temor desproporcionado a separarse de la figura materna.

No obstante, aunque los factores psicosociales están implicados en la patogenia del asma en un 70 % de los casos, un bajo porcentaje tienen desencadenantes puramente emocionales. Recientemente, se ha visto que los pacientes asmáticos que tienen una psicopatología de base, un entorno familiar conflictivo, o que han sufrido la pérdida de alguna figura familiar representativa, tienen un curso más desfavorable del cuadro.

SÍNDROME DE HIPERVENTILACIÓN

El síndrome de hiperventilación se desarrolla, con frecuencia, de forma secundaria a estados de ansiedad, bien sea formando parte de un cuadro psiquiátrico o como una forma de respuesta ante estímulos estresantes manifiestos o inconscientes. Es muy importante el diagnóstico diferencial con lesiones del SNC, hipoglucemia, arritmias, infarto agudo al miocardio, etc.

El tratamiento será el de la causa, si es secundario a un cuadro de ansiedad el individuo debe ser sometido a un ambiente rico en CO₂, por ejemplo, respirando en una bolsa de papel, y si es preciso se utilizarán las benzodiazepinas. Si hay un trastorno psiquiátrico de base se aconseja su tratamiento.

SÍNDROME DEL COLON IRRITABLE

Es uno de los trastornos más frecuentes del Trastorno Gastrointestinal (TGI) que afecta del 50 al 70 % de pacientes con quejas digestivas. Suele aparecer desde la adolescencia hasta la edad media de la vida y es más frecuente en los países desarrollados. Su incidencia está en aumento. Es más frecuente en las mujeres. Los síntomas consisten en la aparición de episodios recurrentes, vagos e intermitentes de malestar abdominal con diarrea, estreñimiento, con o sin dolor abdominal. Se diagnostica tras descartar otras patologías. No se encuentra ninguna alteración histológica en el TGI. En los estudios fisiopatológicos se ha observado que estos pacientes tienen una frecuencia de ondas lentas intestinales anormalmente elevada, de tres ciclos por minuto, y que el estrés las aumenta. Se ha asociado con características de la personalidad tales como la ordenabilidad, puntualidad, limpieza, rigidez y rasgos obsesivos compulsivos.

CEFALEA PSICÓGENA

Entendemos por cefalea psicógena aquella que está ligada a un trastorno mental. Incluimos aquí las cefaleas de carácter tensional que se asocian a estados de

ansiedad, así como las asociadas con depresión, trastornos psicóticos, somatoformes y conversivos.

Con frecuencia cursa con dolores atípicos, crónicos, que no responden a los analgésicos habituales. El paciente muchas veces rechaza la posibilidad de padecer un trastorno mental que justifique esta sintomatología.

CEFALEA POSTRAUMÁTICA

Nos referimos aquí a cuadros de cefalea crónica y recurrente que se asocia a un cortejo de síntomas (irritabilidad, dificultad de concentración, nerviosismo, insomnio, inestabilidad) que constituyen el síndrome postraumático .

No siempre hay una relación paralela entre la gravedad del traumatismo y la intensidad de la cefalea. Es común que este cortejo surja más frecuentemente después de accidentes laborales y de tráfico, de los que se pueda derivar una indemnización. A pesar de lo comentado algunos estudios recientes ponen en entredicho la implicación psiconeurótica, y están más a favor de la posible organicidad del trastorno.

TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

Se refiere al llamado, hasta hace poco tiempo, Síndrome de Briquet. Es un cuadro polisintomático, que se caracteriza a grandes rasgos por una combinación de síntomas gastrointestinales, genitourinarios, cardiovasculares, pseudoneurológicos y dolor para los cuales no se encuentra causa orgánica que los explique. Los individuos con trastorno por somatización describen sus múltiples quejas somáticas de forma dramática, vaga o exagerada, formando parte de una historia clínica muy complicada en la que se han considerado multitud de diagnósticos somáticos. Por lo general buscan ayuda médica en distintos profesionales, a veces incluso simultáneamente, cuentan con múltiples hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas, algunas muy peligrosas. Los síntomas de los que se quejan, afectan simultáneamente a distintos sistemas orgánicos. Es un trastorno crónico, pero fluctuante, que rara vez remite espontáneamente. Las personas que lo padecen viven a menudo una vida caótica y complicada como su propia historia médica. Esta sintomatología comienza antes de los 30 años de edad, se desarrolla durante mucho tiempo y puede deteriorarlos o incapacitarlos social y laboralmente. Después de una investigación adecuada de todas sus quejas no se encuentra explicación para que puedan incluirse en un problema orgánico, o para ser derivados de efectos propios del abuso de sustancias. En el caso de encontrar un problema orgánico, las quejas que expresa el paciente son excesivas para lo que cabría esperar según el resultado del examen físico y de las pruebas de laboratorio .

Para que estos individuos puedan ser catalogados como pacientes con un trastorno por somatización, la sintomatología no debe producirse en el curso de un trastorno del humor, una esquizofrenia, ni de un trastorno de pánico; así mismo los síntomas no deben ser intencionados como ocurre en el trastorno facticio o por simulación.

TRASTORNO FACTICIO

Se caracteriza por la invención constante y deliberada de enfermedad física o psíquica, sin ventaja aparente, y a menudo con grave riesgo para la salud. El único objetivo del paciente es asumir el rol de enfermo. Hay que diferenciarlo del trastorno por simulación, donde el enfermo persigue un beneficio fácilmente objetivable (incapacidad, privilegios, dinero)

SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN

Es la enfermedad facticia más conocida y se caracteriza por mentiras patológicas (pseudología fantástica) y una conducta errante, de hospital en hospital, fingiendo una enfermedad física. Los patrones principales según Asher son el tipo abdominal agudo, el tipo hemorrágico (hemoptisis, hematemesis simulada) y el tipo neurológico (cefaleas, pérdida de conciencia), aunque también se implican otros aparatos.

Podemos describir una serie de características que permiten identificar a estos enfermos:

Tienen una sumisión inusual a las hospitalizaciones, así como a las pruebas diagnósticas.

Es más frecuente en varones (en contraste con otros tipos de trastornos facticios).

Han pasado por múltiples hospitalizaciones.

Explican su historia de forma dramática, son evasivos cuando explican sus hospitalizaciones y son reacios a que se revisen sus historias.

Se ha descrito también un cuadro llamado "Münchausen por poderes" en el que los padres presentan a su hijo con una enfermedad inventada por ellos. Cuando un médico se encuentra ante este cuadro debe comunicarlo a las autoridades. En general las madres de estos niños padecen ellas mismas el Síndrome de Münchausen o tienen conocimientos en temas sanitarios. Se sospecha ante:

Madres con antecedentes de Trastorno Facticio.

Múltiples enfermedades recurrentes en niños, que en ausencia de sus padres, no muestran síntomas, ni signos de enfermedad.

Falta de preocupación de la madre.

Pruebas diagnósticas con resultados incongruentes con los síntomas.

TRASTORNO FACTICIO CON SÍNTOMAS PSÍQUICOS

Se trata de un cuadro con síntomas y signos típicos de enfermedades psíquicas producidos de forma voluntaria. Es frecuente que se manifieste en forma de cuadros psicóticos, en los que es muy típico las pararrespuestas y delirios fantásticos que se modifican según los estímulos. También se han descrito cuadros de duelo y trastornos por estrés postraumático. Son más frecuentes en personas con rasgos de personalidad límite, alcoholismo y personas que tienen en su familia trastornos afectivos.

TRASTORNO DE PÁNICO

El síntoma básico del trastorno por pánico es la crisis de angustia o ataque de pánico. Se define como un episodio de comienzo brusco y breve duración, de una sensación de aprensión intensa, miedo o terror, a veces acompañado de sentimientos de catástrofe inminente y actitud de huida no limitada a ninguna situación concreta. Los síntomas varían de un caso a otro, siendo frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo. En ocasiones la angustia alcanza tal intensidad que puede aparecer sensación de despersonalización-desrealización. Casi siempre existe temor a morir, a perder el control o a enloquecer. (16,17) Todo lo expuesto durante la revisión demuestra que existe una unidad cuestionable entre soma y psiquis, unidad ya reconocida por Sócrates cuando expresó que era imposible curar los ojos sin atender la cabeza, atender la cabeza sin ver el cuerpo, ni ver el cuerpo sin atender el alma.

La interrelación entre la Psiquiatría y la Medicina es incuestionable del mismo modo que lo es la relación entre la mente y el cuerpo. Todas las enfermedades físicas y no sólo las más graves, tienen repercusiones psicológicas en el paciente y viceversa. El conocimiento del espectro y variedad de las reacciones psicológicas frente a la enfermedad es básico en la práctica médica, así como las manifestaciones físicas que provocan las alteraciones psicológicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Lefkowitz PM. The continuum of care in a general hospital setting. *Gen hosp psychiatry* 2003; 17 (3):260-7.
2. Burti L. Italian psychiatric reform 20 plus years after. *Acta psychiatr scand* 2004; 104 (suppl410):41-6.
3. Jonge P, Huyse FJ, Herzog T. Referral patterns of neurological patients to psychiatric consultation-liaison services in 33 European hospitals. *Gen hosp psychiatry* 2003;23(2): 152-7.
4. Hildebrandt LM, Alencastre MB. A insercao da psiquiatria no hospital geral.(the integration of psychiatry services in the general hospital). *Rev gaucha enferm* 2002; 22 (3):167-86.
5. Botega NJ. Psychiatric units in Brazilian General Hospital: a growing philanthropic field. *Int j soc psychiatry* 2002; 48 (3):97-102.
6. Goldberg RJ. Financial management challenges for general hospital psychiatry 2001. *Gen hosp psychiatry* 2002; 23 (3):67-72.
7. Mechanic D. The future of inpatient psychiatry in general hospitals. *New dir ment health serv* 2001;73:103-8.
8. Lipsitt DR. Psyche and soma: struggles to close the gap. *Am psychiatric press* 2003; (31): 2-86.
9. Katon W, Gonzalez J. A review of randomized trials of psychiatric consultation-liaison studies in primary care. *Psychosomatics* 2002; 35: 268-78.
10. Saravay SM, Lavin M. Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. *Psychosomatics* 2003; 35(4): 233-52.
11. World Health Organization. Global Status Report: alcohol policy. Geneva: World Health Organization; 2004.
12. World Health Organization. The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva , Italia: World Health Organization; 2002.
13. Vaillant GE. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Arch gen psychiatry* 2000; 24: 107-7.
14. White RW. Strategies of adaptation: An attempt at systematic description. In: *Coping and Adaptation*. Coelho GV , Hamburg DA, Adams JE (eds.). Basic Books, New York ;2002. p 47-8.
15. Kiely WF. Coping with severe illness. *Adv psychosom med* 1999; 18(4): 105-8.
16. Lloyd GG. Psychological reactions in physically ill patients. In: *Handbook of studies on General Hospital Psychiatry*. Judd, Burrows, Lipsitt (eds.). London: Elsevier Science; 2001.p. 29-41.
17. Lipowsky ZJ. Physical illness, the individual, and the coping process. *Psychiat med* 1970; 1: 91-102.
18. Bonfils S, Hachette SC, Danne O. L'Abord Psychosomatique en Gastroentérologie. Paris: Masson; 2001.
19. Adami HO. Is Duodenal Ulcer Really a Psychosomatic Disease?. A Population Based Case-Control Study. *Scand j gastroenterol* 1987; 22(4): 889-96.

20. Congard PF, Bonfils S. Le Comportement du Colopathe Fonctionnel: Richesse, Modes D'Analyse et Intérêt Thérapeutique. *Ann gastroentérol Hépatol* 2000; 22: 1-3.
21. Svedlung J, Sjøding L. A Psychosomatic Approach to Treatment in the Irritable Bowel Syndrome and Peptic Ulcer Disease with Aspects of the Design of Clinical Trials. *Scand j gastroenterol* 2000; 20(Suppl109): 147-51.
22. Drossmann DA. Psychosocial Treatment of the Refractory Patient with Irritable Bowel Syndrome. *J clin gastroenterol* 1987; 9(4): 253-55.
23. Martínez-Piña A, Fuste Valverdú R, Menchón-Magriñá JM. Psychosomatic Aspects of the Digestive Apparatus in the European Handbook of Psychiatry and Mental Health. Barcelona, España: Anthropos y Pressas Universitarias de Zaragoza; 1991. p. 1371-80.
24. Bonfils S, Miuzan M. Irritable Bowel Syndrome vs Ulcerative Colitis: Psychofunctional Disturbance vs Psychosomatic Disease?. *J psychosom res* 1974; 18(4): 291-6.
25. Karush A, Daniel DE, Flood C. *Psychotherapy in Chronic Ulcerative Colitis*. Philadelphia WB: Saunders; 1999.

SUMMARY

The no psychiatrist doctors have different motives to consult the psychiatry specialty, their knowledge of this science as well as their attitudes in front of the sick mental patient influence in this aspect. Moreover, there exist other pretensions like the evaluation of a patient capacity, the recommendations for the treatment and their transfers to a psychiatric hospital. Between 30 and 60% of the patients in a general hospital have a psycho disorder, for this reason it is of great importance to know the pathologies that are more frequent in this type of service. This knowledge let us to reduce the mortality, mobility and the duration of the patient in the hospital. About these and other aspects, a review was done making a valuation of interests in no psychiatrist doctors in this type of pathology.