

TRASTORNO CONVERSIVO EN EL ANCIANO PERSPECTIVA COGNITIVA- PSICOBIOLOGICA

Felipe Quiroga, Psiquiatra, Victoria Eugenia Arango, Geriatra Clínica,
Margarita Benito, Neuropsicóloga, Saúl Palomino Neurólogo
Clínica de Memoria Hospital Central de la Policía, Bogotá

Resumen

Paciente de 88 años, sexo femenino, con un desorden conversivo, de aparición en la vejez, en quien se resaltan las cogniciones distorsionadas que alimentan el trastorno e inducen una disregulación psicofisiológica, con un estado de hiperexcitabilidad que lleva a una interpretación magnificada de las señales corporales (catastrofización) y una gran atención selectiva a la información somato-sensorial que facilita una conducta de evitación, astasia-abasia. También se resaltan otras distorsiones cognoscitivas presentes en el trastorno y se dan recomendaciones para su tratamiento teniendo en cuenta que esta patología no es frecuente en el anciano (Figura 1).



Presentación del caso

Mujer de 88 años, quien consulta porque “da volantes para caminar; no tiene estabilidad y las piernas no le sirven, son torpes, y se van de un lado a otro”.

Los síntomas tienen 10 años de evolución y han presentado variaciones en el tiempo, generalmente relacionadas a situaciones ambientales. Por ejemplo, en momentos de dificultad, o conflicto, como al morir sus familiares, aumenta el trastorno descrito y aparecen ansiedad, tristeza y temblor. La mayoría de las veces la situación que empeora el problema es la sensación de no sentirse suficientemente atendida, cuidada, o tomada en cuenta. Refiere la acompañante, una amiga, que su estado de ánimo es muy dependiente de lo que ocurre en el medio externo y fácilmente se torna ansiosa, empeora la marcha y no logra salir de su casa. La paciente se culpabiliza por su soledad, por no tener pareja y por la muerte de sus seres queridos.

Durante los últimos dos años ha recibido varios tratamientos farmacológicos entre los que están Amitriptilina, Sertralina y luego Fluoxetina, mejorando su estado anímico pero para nada la alteración de la marcha.

A la revisión por sistemas habla de 2 años de evolución de dificultades mnésicas que se han acentuado en los últimos 6 meses. Sus quejas se centran en las fallas para manejar la “información reciente”; básicamente compromiso de memoria episódica. Su acompañante niega esta pérdida. Además manifiesta sueño superficial asociado a pesadillas (amenazante y de agresión por personas que fueron significativas para ella) y múltiples despertares. Se va a la cama a las 9 pm y no se levanta hasta después de las 11 a.m.

Paraclínicos: EEG y RMN cerebral normales.

Antecedentes personales: EAP, HTA, CREST (?), Migraña, TCE leve sin pérdida de conciencia, catarata

tas bilaterales, Herpes Zoster, tinnitus, hipoacusia, depresión, artritis reumatoide, enfermedad coronaria (?), síndrome vertiginoso (algunos no pudieron ser corroborados).

Antecedentes quirúrgicos: Apendicectomía.

Antecedentes farmacológicos: Fluoxetina, Celecoxib, Nifedipino 30 mg/día, Hidroclorotiazida 50 mg/día, Omeprazol 20 mg/día y AINES tópicos.

Antecedentes familiares: Sin importancia.

Valoración social: Vive sola, en un cuarto arrendado en una casa de familia, después de la muerte de su madre, con quien compartió desde niña. Cabe anotar datos fundamentales sobre su familia: es la mayor de 4 hijas; el papá inició estudios de sacerdocio pero renunció a su vocación religiosa para casarse. El matrimonio se disolvió cuando ella tenía 10 años y permaneció con la mamá. A pesar de lo anterior mantuvo una estrecha y amorosa relación con su padre, quien estableció un nuevo hogar y tuvo otras 2 hijas. Al morir éste, reclamó la pensión. Con estos ingresos, y la ayuda de sus hermanas, ha vivido dignamente. Estudió hasta segundo de primaria pues se dedicó a los oficios de la casa. Posteriormente trabajó por periodos en almacenes de ropa. Nunca tuvo relación de pareja, ni vida sexual. Su principal meta en la vida ha sido, según ella misma, vivir tranquila sin que nadie la critique.

En la valoración funcional: La acompañante refiere que dentro de sus actividades instrumentales, sólo depende para salir a la calle. Sin alteraciones en las actividades básicas. Su rutina diaria consiste en levantarse después de las 11 de la mañana, preparar su desayuno, organizar el cuarto y se va, caminando sola, a la casa de la amiga, quien la acompaña a la valoración, donde permanece hasta el anochecer. Nuevamente retorna a casa sin ayuda. Varias veces a la semana, dependiendo de la facilidad de acompañante, acude a terapia física (Figura 2).

Al examen de su estructura cognoscitiva se ve cómo descalifica su capacidad para caminar con normalidad. Utiliza un filtro mental para focalizarse en su alteración de la marcha que se normaliza cuando camina sola (evidenciado por los examinadores y manifestado por quien la trae), y empeora ante la observación de otras personas. Magnífica su alteración del equilibrio sobre



todo cuando está preocupada o triste. Minimiza sus habilidades de comunicación y su destreza para colaborar en terapia física aunque asiste con regularidad. Se encoleriza cuando no obtiene toda la ayuda que juzga merecer, alejando a sus acompañantes.

La escala de depresión de Yesavage está en 8, la cual apoya la evidencia de un trastorno afectivo; la prueba de Hamilton, también para depresión, es de 7, y una escala de trastornos de conducta de la universidad de Columbia de 2; la escala de Hachinsky (ayuda a diagnosticar la presencia de deterioro cognoscitivo de origen vascular) es de 2.

Al examen físico se encuentra una paciente conciente, orientada, alerta, con presión arterial de 140/70, acostada y sentada. Sin alteraciones cardiopulmonares. Al examen osteomuscular hay deformidad de las interfalángicas distales, sin limitación funcional. Durante toda la evaluación hay ideas de incapacidad y minusvalía, por momentos acompañadas de llanto. Se etiqueta como invalida; son evidentes los sentimientos depresivos y de ansiedad. Se encuentra temblor alternante, inconsistente e incongruente, el cual se exagera por momentos durante el examen. No hay alteraciones de la sensibilidad, ni evidencia de focalización neurológica. La marcha es irregular, inestable, con movimientos erráticos, sin patrón definido (astasia abasia) Usa bastón y se agarra de las paredes o del examinador, a quien abraza y besa incesantemente. En ocasiones parece que está aprendiendo a caminar. Es común que ante ciertas preguntas, como las referentes a su marcha, no haya respuesta (Figura 3).

A nivel cognoscitivo, refiere de dos años de evolución, alteración en sus funciones mnésicas, que se han acentuado severamente en los últimos 6 meses. En el interrogatorio, anota tener dificultades para todos los

procesos que involucren registro o evocación de información remota o reciente; sin embargo, en una escala de quejas subjetivas, que evalúa el impacto de las fa-



llas de memoria en la vida diaria, puntúa 19/45, puntuación que se encuentra exactamente en el punto de corte, siendo muy baja su percepción de interferencia en su cotidianidad.

Por otra parte, la acompañante no refiere dificultades a nivel de sus funciones mentales superiores, es autónoma y funcional, con buen manejo incluso del dinero y de actividades complejas. A nivel emocional, las quejas ya descritas por psiquiatría.

Tests / Escalas

Mini Mental Scale, Test de fluidez verbal en categoría semántica y fonológica, prueba de denominación completa, prueba de memoria de hechos recientes y antiguos, curva de memoria simple, copia de dibujos simples, prueba de refranes y semejanzas. Escala de quejas subjetivas de memoria.

Exploración neuropsicológica

A la exploración se encuentra una paciente alerta, con dificultades para centrar la atención y parcialmente colaboradora. Orientada en las tres esferas.

Su actitud es inadecuada ante la evaluación, negándose constantemente a realizar las pruebas acusando numerosas quejas de contenido somático.

En la prueba del examen mental mínimo MMSE, obtiene una puntuación de 23/30, con dificultades para la evocación de los elementos presentados y para la realización de las restas sucesivas.

Su lenguaje espontáneo es fluido, construido formalmente correcto y prosódico. Buen contenido informativo. En una prueba de denominación completa, logra evocar el nombre correcto de 44 de los 64 estímulos visuales presentados, evidenciándose elementos motivacionales que interfirieron con la prueba.

En la evaluación de sus funciones mnésicas verbales a nivel explícito, se observa una curva de aprendizaje ligeramente productiva, que no alcanza el volumen esperado y que se mantiene a largo plazo; no hay producción de fenómenos patológicos. En su perfil no existe un esfuerzo sistemático de aprendizaje (ver Figura 4).

Del mismo modo, en tareas prácticas-construccionales, logra copiar los modelos simples propuestos, pero su ejecución es deficiente, por la dificultad en el manejo de las dimensiones y en la organización espacial.

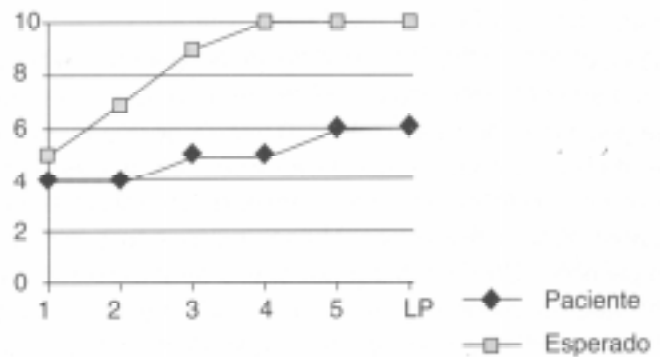


Figura 4. Perfil de Memoria

Las funciones de pensamiento se encuentran conservadas, logra realizar abstracciones y generalizaciones conceptuales de la información verbal presentada.

En conclusión, se trata de una paciente con francas ideas de minusvalía e incapacidad, con constantes quejas y referencias a trastornos somáticos, de disminución importante de su capacidad visual y auditiva que le impiden realizar las pruebas propuestas; exagera notoriamente sus fallas y necesita de estimulación para ejecutar las tareas. Además dependiendo de esta estimulación su ejecución puede fluctuar durante el tiempo de evaluación. Su queja de deterioro cognoscitivo es tal, que si este fuera real, la paciente no estaría en capacidad de vivir sola, lo que no daría validez ecológica.

Dadas estas manifestaciones, es pertinente hacer un seguimiento longitudinal, ya que una vez manejado su trastorno emocional, se debe valorar el real compromiso cognoscitivo.

Revisión de la literatura

En psiquiatría del adulto la catatonía es el más tradicional de los movimientos anormales, pero además hay una serie de movimientos vinculados a otras patologías psiquiátricas, a su vez vinculadas a la neurología clínica. La utilización de antipsicóticos ha generado también una gama de movimientos extrapiramidales de todo tipo, por lo cual para estos trastornos se acuña el término de clínica neuro-psiquiátrica, para así compartir el abordaje de dichos trastornos los cuales requieren manejo interdisciplinario. Existe una gran gama de trastornos de la psicomotricidad, que han tornado a este capítulo muy complejo por las dificultades propias de su diagnóstico y tratamiento.

Clasificaciones y descripción

Existen movimientos normales (aunque tanto los movimientos reactivos como los expresivos están aumentados o disminuidos en los trastornos psicomotrices), (ver Tabla No. 1) y por otra parte, y básicamente en la psiquiatría hay dos grandes grupos de trastornos de la motricidad: la agitación o excitación psicomotriz y la inhibición.

La hipocinesia se traduce como pobreza de movimientos que puede llegar hasta la inmovilidad (acinesia) como en el estupor acinético, siendo este último un trastorno máximo de inhibición psicomotriz. Paralelamente aparecen hipomimia y amimia, y finalmente el mutismo. Respecto del estupor el paciente puede parecer indiferente (catatónico), sufriente (melancólico), o perplejo. Puede pasar súbitamente a la acción, ataque o huida. Hay rechazo de alimentos y líquidos. Retención o incontinencia de esfínteres. En la mirada y en la musculatura casi siempre tensa se advierte que el enfermo permanece vigil. Cuando éste ha cesado, a veces es posible hablar con el individuo acerca de sus vivencias durante el período de estupor. Puede además aparecer frente a temores súbitos, con gran angustia y pánico (semejante al reflejo de hacerse el muerto de algunos animales). Dura de horas a días.

Clasificación de los movimientos normales (Leonard)
1 Movimientos espontáneos: originados por un impulso voluntario. Por ejemplo, extender el brazo para levantar un objeto, cambiar de posición y levantarse y deambular para ir a un lugar determinado.
2 Movimientos reactivos: surgen como respuesta a una causa externa. Son espontáneos y automatizados por el uso, por ejemplo abrir la puerta cuando suena el timbre, contestar el teléfono, etc. Si el movimiento reactivo aparece súbitamente y sin causa externa, es el movimiento en cortocircuito de Kleist.
3) Movimientos reflejos: son de naturaleza innata frente a estímulos del mundo. Por ejemplo huir ante el dolor o la amenaza.
4 Movimientos expresivos: producidos por motivos anímicos, o sea de la vida afectiva. Tienen su máxima expresión en la musculatura del rostro. Lo volitivo solo puede excitarlos o inhibirlos. Tanto los movimientos reactivos como los expresivos están aumentados o disminuidos en los trastornos psicomotrices.
<i>Tabla No. 1</i>

Respecto de la *agitación catatónica*, los pacientes gritan, golpean, quieren huir, corren ciegamente contra las puertas y paredes, atacan a otros, van de un lado a otro, saltan, revuelven la ropa de la cama, hurgan con los dedos, etc. Refieren sentir que todo su cuerpo se encuentra preso de una agitación e inquietud no controlables. Es improductiva, indeterminada e incomprendible, agresiva de hecho y de palabra. Una vez pasa el episodio el paciente está perfectamente bien.

En la *catalepsia*, o rigidez de actitud, el enfermo permanece largo tiempo en la posición que se le asigna pasivamente: posición estatuaria. Se llama flexibilidad cérica a la ligera y uniforme resistencia muscular como si fuera de cera o más exactamente un caño de plomo. En el síntoma de la colaboración motriz los músculos participan y facilitan el movimiento pasivo que luego queda fijado catalépticamente, no registrándose tono muscular anormal.

En el *negativismo* la motilidad general no está alterada y se caracteriza por la tendencia oposicionista, por la cual el enfermo no obedece los mandatos que se le

dan, incluso puede hacer lo contrario (negativismo activo: hace lo contrario de lo que se le pide, negativismo pasivo: no hace lo que se le manda). Por otra parte el negativismo debe separarse de la contraposición, en la cual todo es ya reflejo. Al intentar el enfermo doblar o extender el antebrazo, sobreviene una acción contraria. Una contraposición típica es el síntoma de la cabeza levantada sobre la almohada. El paciente puede negarse a hablar, a comer, a vestirse, a salir, etcétera. Cuando sale del negativismo puede decir que no lo dejaban (influenza), o porque no sabe y no comprende, o porque le dolía el estómago, etc. Por lo tanto estos síntomas son incomprensibles psicológicamente, no tienen finalidad alguna y pueden desaparecer espontáneamente.

Opuesta al negativismo es la tendencia afirmativa o *proscinesia*, en la cual todo estímulo externo conduce automáticamente a su correspondiente movimiento. El enfermo toca y manosea los objetos que tiene a su alcance; esta propensión a tocar y dejar, no debe confundirse con el reflejo de prensión, en el cual lo esencial es el cierre de la mano (*grasping*). Vinculadas a la *proscinesia* tenemos: la *ecomotilidad* o *ecopraxia*, la *ecolalia* y el automatismo al mandato (*Ecopraxia*: imitación de actos realizados por otros. *Ecolalia*: repetición de la última palabra o frase que haya oído. *Ecomimia*: imitación de gestos). En la obediencia automática los enfermos ejecutan las órdenes más absurdas y molestas que reciben.

La *iteración* es el movimiento de un pequeño bloque muscular, oscilante, a veces constante y sin sentido. Puede ser del aparato muscular fonador, a veces hablada y otras, con simple emisión de sonidos inarticulados, y recibe el nombre de *verbigeración*, en donde se repiten fluctuantemente determinadas sílabas, frases, palabras. La *iteración* es un movimiento hacia el eje del cuerpo, no influible externamente.

La *Paracinesia*, alteración de cualquier movimiento (espontáneo, reactivo, expresivo) que se ha hecho extravagante patológicamente. Es la aparición de un movimiento paralelo al esperado, carente de finalidad. Por ejemplo, para saludar formalmente se extiende la mano, para estrechar la del otro y soltar y, además, se hace algún ademán del cuerpo y del rostro, de tipo expresivo, con articulación de palabras acordes. En este trastorno el paciente cumple el esquema motriz aprendido, pero le agrega movimientos paralelos innecesarios

en cualquiera de sus etapas. Por ejemplo, girar la muñeca antes de estrecharla, son movimientos que resultan exagerados, descontextuados y extraños. Pueden ser desde leves a graves, llegando a semejar una corea. Cuando son leves semejan, a veces, a la hiper-geciculación reactiva y expresiva de individuos mentalmente normales, que llaman la atención por la cantidad de movimientos innecesarios que despliegan cuando hablan coloquialmente.

Se habla de *discinesia* cuando el enfermo intenta realizar el movimiento requerido, pero queda atascado al inicio de la acción. En la estereotipia no se sucede ininterrumpidamente un acto motor (como en la iteración), sino que se repite de cuando en cuando un movimiento sin sentido. Es de actitud cuando se toman reiteradas actitudes determinadas y se conservan largo tiempo, incluyendo el lenguaje. Vinculadas a las estereotipias tenemos los *amaneramientos*, que serían una costumbre motriz fija y sin sentido. La estereotipia es hacia el mundo y sí influenciada externamente.

En términos generales siempre es de mejor pronóstico lo agudo y la excitación más que la inhibición. La agitación siempre es muy sensible a los *neurolepticos* y la inhibición a las *benzodiazepinas*. Cuando no cede, el *TEC* es la indicación más adecuada.

Los *Síndromes Extrapiramidales por Neurolepticos* pueden presentarse en cualquier paciente que los esté consumiendo. Se caracterizan por efectos adversos motores agudos, y eventualmente crónicos, en una secuencia de gravedad creciente (ver Tabla No. 2).

Síndromes extrapiramidales por neurolepticos
1º) Inhibición motora
2º) Reacción extrapiramidal aguda (REA):
3º) Temblores
4º) Acatisias agudas
5º) Síndrome Neuroleptico Maligno (SNM)
6º) Discinesias tardías (DT)
<i>Tabla No. 2</i>

Inhibición motora, semejante a un síndrome parkinsoniano: 1. leve: predominante en el rostro (mirada extraña, fija con escaso parpadeo e hipomimia). 2. moderada: en el cuerpo, caminan inclinados hacia adelante, a pequeños pasos y sin balanceo de brazos. 3. grave: es una catatonía aguda acinética y rígida, no hipertérmica. El paciente no camina y se queda en cama. El sensorio está despejado y se debe controlar la temperatura y la frecuencia del pulso. Se requiere la suspensión inmediata de los neurolépticos ya que hay peligro de un SNM.

Reacción extrapiramidal aguda (REA): complicación distónica aguda, que sobreviene en los primeros días de tratamiento, y que consiste en una rotación espasmódica de la musculatura del cuello con desviación conjugada de la mirada hacia arriba y protrusión de la lengua, semejante a una tortícolis espasmódica. Rara vez compromete la musculatura de la faringe, produciendo desde un ronquido hasta severas dificultades respiratorias agudas. Se sugiere no discontinuar la medicación, sino reducir las dosis.

Temblores: desde fino y distal en ambas manos, hasta el postural generalizado.

Acatias agudas: este problema se trata por un lado de una queja subjetiva de intranquilidad en las piernas o como un temblor variable en ambos miembros inferiores hasta la imposibilidad, para el paciente, de permanecer sentado en su silla.

Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM): es la complicación más grave. Es una catatonía acinética rígida aguda hipertérmica. Hay que suspender los neurolépticos e implementar tratamiento específico (lorazepam, bromocriptina, etc.).

Discinesias tardías (DT): es la complicación crónica por el uso prolongado de los denominados antipsicóticos típicos, crónicamente administrados (al menos 2 años), cuya posibilidad de producir síntomas disquinéticos tardíos es del 20 al 30%. Es una secuela motora coreica predominantemente buco-lingual. Por ello todo paciente así tratado debe ser examinado mensualmente y: 1) pedirle que abra la boca sin sacar la lengua y tratar de ver el signo de la vermiculación o temblor lingual (como si hubiese lombrices dentro de la misma) y 2) que protruya la lengua y la deje quieta, si tiembla manifiestamente es otro signo sospechoso. A veces cuando

se suspende la medicación neuroléptica puede suceder que empeore el síntoma, lo cual, por una parte, corrobora el diagnóstico. Una vez instalada la DT, que también puede ser producida por el consumo crónico de AD tricíclicos, es potenciada a veces por una prótesis dental mal adaptada y por sequedad bucal crónica. Cuando no ha habido consumo alguno de psicofármacos deben evaluarse otras coreas bucolinguales.

Un *tic* es una vocalización o un movimiento motor súbito, rápido, recurrente, no rítmico, estereotipado. Se experimenta como irresistible, pero puede suprimirse durante períodos de tiempo variables. Puede exacerbarse por estrés y atenuarse por actividades absorbentes (leer, jugar). Ceden durante el sueño. Los más frecuentes son parpadear, sacudir el cuello, levantar los hombros, hacer muecas faciales y toser. Los tics vocales más simples son aclarar la garganta, gruñir, inspirar, resoplar y los tics vocales más complejos incluyen: repetir palabras, o frases fuera de contexto, coprolalia, palilalia y ecolalia. Tienen carácter más involuntario. En el trastorno de la Tourette los síntomas más frecuentemente asociados son obsesiones y compulsiones. También son relativamente comunes la hiperactividad, la distractibilidad y la impulsividad. A veces conlleva complicaciones raras como desprendimiento de retina por cabezazos o autogolpes, problemas en la piel por pellizcos, etc. Los estimulantes los exacerban. Su inicio se da con mayor frecuencia antes de los 18 años de edad y muchos casos se resuelven en la vida adulta

Las *compulsiones* suelen ser bastante más complejas y se llevan a cabo en respuesta a una obsesión, a diferencia de los tics que no se dirigen a neutralizar la angustia resultante de una obsesión. Un paciente obsesivo puede golpear la mesa tres veces, para atenuar su angustia, antes de iniciar su trabajo habitual y luego al retirarse, repetir lo mismo. Es plenamente consciente de la anormalidad de lo que hace, pero siempre tiene la duda detrás, que de no hacerlo, algo malo puede suceder.

El *Trastorno conversivo* es la presencia de síntomas que afectan las funciones motoras o sensoriales y que sugieren un trastorno neurológico o médico, en donde no se pueden encontrar fundamentos clínicos luego de sucesivos exámenes y estudios. El desorden tiene este nombre debido a que el individuo que lo padece "convierte" un conflicto psicológico, o problema, en incapacidad para mover ciertas partes del cuerpo o para percibir

correctamente las sensaciones. Simultáneamente se acompaña de ansiedad. Los factores psicológicos están asociados a los síntomas ya sea en su inicio o por exacerbación debido a la vinculación con una situación claramente estresante o desencadenante. Los síntomas no se producen intencionalmente y no son simulados, y, además, no pueden ser explicados por la neurología. El problema es clínicamente significativo con el consiguiente deterioro personal, social y laboral. Se los ha denominado pseudoneurológicos. Obviamente se llega a este diagnóstico luego de un exhaustivo examen médico. Los trastornos más comunes son: parálisis, parestias, incoordinación motora, pérdida de equilibrio, dificultad para deglutir, afonía, nudo en la garganta, retención urinaria, así como pseudocrisis o pseudoepilepsia.

Generalmente se presenta en personas jóvenes, especialmente mujeres. La mayoría de las veces se identifica la aparición de los síntomas ante un conflicto o ante la sugestión; el sujeto no es consciente de producir los síntomas, intencionalmente y éstos no responden al tratamiento. La mayoría de los familiares son tolerantes a los síntomas, los cuales son una caricatura de la realidad, y no corresponden, ni clínica, ni paraclínicamente a una zona topográfica definida. A medida que se envejece desaparecen. Generalmente quien lo padece es muy dependiente afectivamente de quienes los rodean, y tiene la tendencia a “erotizar” las relaciones interpersonales; en consulta, por ejemplo, intentan seducir al médico para lograr una atención especial (Figura 4). Una vez descartada la organicidad del cuadro es fundamental negarse a continuar repitiendo exámenes paraclínicos (ver Anexo No. 1).

Criterios diagnósticos del trastorno de conversión

- A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.
- B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.
- C. El síntoma o déficit no está producido intencionalmente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).
- D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.
- E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.
- F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Código basado en el tipo de síntoma o déficit:

- Con síntoma o déficit motor (Ej. alteración de la coordinación psicomotora y del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía y retención urinaria)
- Con síntoma o déficit sensorial (Ej. sensación de pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera y alucinaciones).
- Con crisis y convulsiones: incluye crisis o convulsiones con presencia de componente motor voluntario o sensorial.
- De presentación mixta: si hay síntomas de más de una categoría.

El *simulador* es un paciente que generalmente es un gran problema para la medicina legal. Dado que a veces se trata de personalidades psicopáticas, estos son capaces de llegar hasta hacerse los cuadripléjicos con tal de torcer una decisión judicial. Además de tenerlo en observación directa e indirecta, el hecho es que no siguen sus parálisis el patrón clínico habitual, pero hay muchos que aprenden a la perfección la simulación. Por ello estos pacientes deben estar bien estudiados y tomarse un tiempo mayor de observación antes de emitir una opinión.

Todos conocemos que el síndrome *afaso-apraxo-ag-nósico* forma parte del cuadro clínico de las demencias. Todos los movimientos complejos adquiridos que conforman luego un patrón motor rutinario, una fórmu-

la cinética secuencial, se ven comprometidos en este síndrome. Por ello al examen el paciente no puede, por ejemplo, abrocharse o desabrocharse una camisa, afeitarse correctamente, vestirse/desvestirse, encender un cigarrillo, etc. El movimiento complejo lo cumplen con suma dificultad retardando algunas de sus etapas hasta llegar a la imposibilidad de su ejecución dando la impresión que el paciente no comprende la orden dada. Los aparatos periféricos ejecutores de la acción deben estar intactos, esto es, debe haber ausencia de parálisis, ataxias, movimientos coreoatetósicos. Hay diversas formas clínicas de apraxias (apraxia ideatoria, ideomotora, motora, etc.). Mejor llamarla apraxia o alteración del uso de objetos. También se las encuentra en otras patologías orgánicas del lóbulo parietal. Para la Psiquiatría el contexto de estos trastornos es el de la demencia.

En la Psiquiatría, la causa más común corresponde a los temblores medicamentosos, efecto adverso menor de los tratamientos psicofarmacológicos, pero también en los trastornos por ansiedad. Además, hay temblores psicogénicos puros, en pacientes sin antecedentes familiares de problemas semejantes, y en un contexto de estrés. También está el temblor esencial benigno que tiene mayor carga familiar y además compromete la voz. Por supuesto en todo adulto que tiembla, además hay que descartar el abuso de sustancias, incluyendo el alcohol.

Las *Mioclonías* consisten en contracturas de pequeños grupos fibrilares musculares de cualquier músculo estriado, sin que devenga en un movimiento. A veces es el mismo músculo el que queda involucrado y otras veces es completamente rotatorio, saltando de un músculo a otro. Duran escasos segundos, pudiendo repetirse en salvas durante unos minutos, para generalmente repetirse al día siguiente o a la semana. Se clasifican en fisiológicas, esenciales, epilépticas y sintomáticas. Obviamente, debe derivarse a este paciente para un estudio neurológico, ya que sabemos que alrededor del diagnóstico diferencial en el adulto, giran enfermedades graves como el Creutzfeld-Jakob, Wilson, Alzheimer, etc. A veces, aunque sospechemos que lo comicial puede estar detrás, no se encuentra patología EEG.

Con todo lo anterior a la paciente se le hizo diagnóstico de trastorno conversivo y se inició el siguiente plan de tratamiento:

Psicoterapia cognitiva buscando:

1. Modificar las distorsiones encontradas y reforzar sus vulnerabilidades emocionales: Tiene una gran necesidad de aprobación y se valora a través de los ojos de los demás lo cual aumenta su ansiedad y rabia cuando no recibe el afecto y reconocimiento que necesita y entonces comienza a buscarlo a través del síntoma.
2. Aumentar su gama de intereses para que la búsqueda de amor no se constituya en su necesidad fundamental (y no necesite "manipular" a los demás), sino en la capacidad para entender cómo piensan los demás, cómo valoran las situaciones, por qué leyes se rigen y cuál es su orden de importancia, para así llevar relaciones interpersonales basadas en el respeto y la comprensión
3. Estimular la tolerancia a los síntomas físicos pues en la actualidad cualquier mareo o desequilibrio es magnificado, probablemente buscando beneficios psicológicos.
4. Al fomentar su habilidad de negociación se pretenden modificar sus reacciones de ansiedad y cólera cuando no se siente tomada en cuenta o tratada de manera especial. Del mismo modo potenciar su autonomía le permitirá que sus estados de ánimo sean menos dependientes del medio externo y sean "hijos" de sus pensamientos corregidos y actitudes adaptativas.

El trabajo sobre sus pensamientos negativos, conjunto de creencias y proyecto de vida irrealista y sus metas a corto plazo son otra parte del manejo.

Ha iniciado un programa de rehabilitación física, y de terapia ocupacional, que busca aumentar seguridad en la marcha y evitar el desconcierto que presenta cuando siente inestabilidad, ayudándola a concentrarse en sus propios recursos físicos para equilibrarse y así no tener que aferrarse a las personas cercanas, que por demás pueden malinterpretar sus necesidades de afecto y gratificación.

Conclusiones

Se han presentado la mayoría de trastornos de la motricidad que un clínico puede ver, tener que diagnosticar, derivar o tratar. Si bien no está agotada esta clasificación, que es más bien abierta, no se conoce

bien la fisiopatología que subyace detrás de cada trastorno, aunque hoy es mucho lo que se puede fundamentar. Además, se sabe que en general los tratamientos resultan difíciles y engorrosos. Por ello se insiste en su detección precoz para una acción preventiva. En aquellos casos en donde no se obtenga una respuesta terapéutica favorable deberán aplicarse medidas alternativas y sintomáticas.

Se quiere resaltar el artículo de Haug y cols., (1998), quienes en un estudio longitudinal en ancianos con trastorno de somatización destacan la tendencia hipocondríaca desarrollada a lo largo de la vida como el mejor predictor para que se presente el trastorno.

Barsky y col. puntualizan que estos enfermos tienen un concepto restringido de lo que es ser saludable y definen buena salud como la ausencia de percepciones físicas. Otras teorías enfatizan la importancia de la sensibilidad a la ansiedad. Los pacientes con dolor crónico tienen una respuesta al dolor relacionada directamente con el estrés psicosocial y la ansiedad. Conroy y col. (1999) encontraron una relación directa entre estos eventos y el uso de los servicios médicos.

Otro aspecto que puede contribuir es la Alexitimia: Stegen (1998) encontró que los pacientes con un afecto negativo reportan más quejas psicosomáticas que aquellos más expresivos.

Otras aproximaciones asociadas con la emoción y somatización son las investigaciones de comorbilidad con depresión que están directamente relacionadas con dolor crónico y trastorno de somatización. Epping - Jordan (1998) correlacionan la incapacidad de pacientes con dolor de espalda crónico y la severidad de la depresión. Las experiencias traumáticas y el trastorno de estrés post traumático también facilitan la presencia de somatización. Longstreth (1998) presentó un grupo de mujeres en terapia racional emotiva víctimas de abuso sexual que tenían trastorno de somatización.

Kroenke y Spitzer (1998) examinaron 1000 pacientes con trastorno de somatización y encontraron predominio en el sexo femenino y alta comorbilidad con depresión. Martin (1998) resalta que los síntomas físicos asociados a estrés son más comúnmente interpretados como enfermedad cardíaca en los hombres y como ansiedad en las mujeres.

Roelofs y cols. (2002), en un estudio realizado en 54 pacientes con trastorno conversivo, los cuales fueron comparados con un grupo control (con trastorno afectivo), encontraron como aquellos con diagnóstico de conversión reportaron una mayor incidencia de abuso físico, sexual o de otro tipo, de mayor duración, así como relaciones incestuosas más frecuentes. De la misma forma este grupo de pacientes reportó mayor disfunción familiar en sus padres, que el grupo control.

Lecturas recomendadas

1. Haug MR, Musil CM, Warner CD, Morris DL. Interpreting bodily changes as ill: A longitudinal study of older adults. *Soc. Sci. Med.* 1998; 46: 1553-1567.
2. Barsky AJ, Coeiaux RR, Sarnie MK, Cleary PD. Hypochondriacal patients beliefs about good health. *Am.J. of Psychiatry* 1998; 150: 1085-1089.
3. Conroy RM, Smyth O, Siriwardena R, Fernandes P. Heath Anxiety and characteristics of self initiated general practitioner consultations. *J Psychosom Res.* 1999; 46: 45-50.
4. Stegen K, Neugens A, Crombez G, Hermans D, Van de Woestijne KP, Vanden Berg O, Negative affect respiratory reactivity and somatic complaints in a co2 enriched air inhalation paradigm. *Biol Psychol* 1998; 49: 109-122.
5. Epping - Jordan JE, Williams RA, Pruitt SD, Patterson TL, Grant I, Wahlgren DR. Transition to chronic pain in men with low back pain: Predictive relationships among pain intensity, disability and depressive symptoms. *Health Psychol* 1998; 17: 421-427.
6. Longstreth GF, Mason C, Schreiber IG, Tsao -Wei D. Group Psychotherapy for women molested in childhood: Psychological and somatic symptoms and medical visits. *Int. J. Group Psychother* 1998; 48: 533-541.
7. Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med* 1998;60: 150-155.
8. Martin R, Gordon EEI, Lounsbury P. Gender disparities in the attribution of cardiac-related symptoms:

- Contribution of common sense models of illness. *Health Psychol* 1998; 17: 346-357.
9. Copeland J, Abou-Saleh J, Blazer D. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Chichester- New York- Brisbane- Toronto- Singapore. John Wiley & Sons 1995; 785-795.
 10. Corrigan P, Stuart CY. *Cognitive rehabilitation for neuropsychiatric disorders*. Washington- London. American Psychiatric press Inc. 1996; 349-395.
 11. Burns D. *Sentirse BIEN*. Barcelona-Buenos Aires -México. Paidós 1990; 255-281.
 12. Beck J. *Cognitive Therapy*. New York-London. The Guilford Press 1995; 166-193.
 13. Leonhard Karl: "Classification of endogenous psychoses and their Differentiated Etiology", traducción Charles Cahn, Springer-Verlag-Wien-New York, 1999.
 14. Leonhard Karl: "Clasificación de las psicosis endógenas y su etiología diferenciada", traducción de la 7 ed. alemana por D. Outes, V. Tabasso y L. Florean. Ed. Polemos, Buenos Aires 1999.
 15. Leonhard Karl: "Aufteilung der endogenen Psychoosen und ihre differenzierte Atiologie", Stuttgart-New York, Thieme, 7 Ed. 1995, traducción Alcmeon, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. N° 16 y sucesivos, Internet: www.alcmeon.com.ar
 16. Barbizet J, Duizabo Ph.: "Neuropsicología". Ed. Toray-Masson, Barcelona 1977.
 17. Beckmann H, Lanczik M: "Leonhard Classification of Endogenous Psychoses". *Psychopathology*, 23: N° 4-6, 1990.
 18. Beckmann H, Neumärker KJ: "Endogenous Psychoses. Leonhard's Impact on Modern Psychiatry". Ullstein Mosby, Berlin 1995.
 19. DSM-IV-TR (Text Revision) 4. Ed. American Psychiatric Association. Washington DC, 2000.
 20. Fogel B, Schiffer R, Rao S: "Neuropsychiatry", Ed. Williams&Wilkins, USA, 1996.
 21. Jaspers K: "Psicopatología General", pág. 213-230, Ed. Beta, Buenos Aires 1975.
 22. Goldar Juan Carlos: «El concepto de catatonía», Vertex, *Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol.V: 7-14.1994.
 23. Hales R, Yudofky S, Talbott J: "Tratado de Psiquiatría". American Psychiatric Press, 3ª Ed. Ed. Masson, Barcelona 2000.
 24. Hécaen H: "Afasia y Apraxias", Ed. Paidós, Buenos Aires, 1977.
 25. Kaplan H, Sadock B: "Tratado de Psiquiatría", 6ta. Ed. Ed. Intermédica, Buenos Aires 1997.
 26. Kotagal P, Lüders H: "The Epilepsies", Academic Press, USA 2000.
 27. Lishman WA: "Organic Psychiatry. The Psychological Consequences of cerebral Disorder". 3d.Ed. Ed. Blackwell Science, London 1999.
 28. Marietán H: "Curso de Semiología Psiquiátrica", 2º Ed., Editorial Ananké, Buenos Aires, 1998.
 29. Markham Brown Th, Stoudemire A: "Psychiatric side effects of prescription and over the counter medication". American Psychiatric Press, Washington, 1998.
 30. Monchablon A: "Catatonías por Neurolepticos (Síndrome Neuroleptico Maligno)", Ed. Ananké, Buenos Aires 1998.
 31. Monchablon A: "Trastornos de la Psicomotricidad". *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*. Vidal, Alarcón y Lolás. Tomo III, pág. 942-946. Ed. Panamericana. Buenos Aires, 1995.
 32. Scharfetter Ch: «Introducción a la Psicopatología General». Ed. Morata. Madrid, 1977.
 33. Schneider K: "Psicopatología Clínica". Fundación Archivos de Neurobiología. Madrid, 1997.
 34. Spillane JD: "Atlas de Neurología", Ed. Labor, Barcelona, 1974.
 35. Stöber H, Saar K, Rüschenhoff F, Meyer J et al.: "Splitting Schizophrenia: Periodic Catatonia-Sus-

- ceptibility Locus on Chromosome 15q15". American Journal Human Genetics, 67: 1201-1207, 2000.
36. Yaryura-Tobías, J.A, Neziroglu F: "Trastornos Obsesivo-Compulsivos", Ed. Harcourt-Brace, España, 1997.
 37. Yudofsky S, Hales R: "Neuropsychiatry", Am Psy Press, 2d.Ed, Washington, 1992.
 38. Roelofs K, Keijsers G, Hoogduin K et al. Childhood Abuse in patients with conversion disorder. Am J Psychiatry 159:1908-1913, 2002
 39. Tania Lioulios (tania.lioulios@anu.edu.au) 996 14:17:44
 40. De Gucht V and Fischler B. Ph.D. Somatization: A Critical Review of Conceptual and Methodological Issues Psychosomatics 43:1-9, February 2002
 41. Schneider G, Wachter M, Driesch G et al. Subjective Body Complaints as an Indicator of Somatization in Elderly Patients. Psychosomatics 44:91-99, April 2003.
 42. Frey J. Somatoform Disorders January 28, 2003. The Thomson Corporation.