

TRASTORNO AFECTIVO COGNITIVO ORGÁNICO (PRESENTACIÓN DE UN CASO)

ORGANIC COGNITIVE AFFECTIVE DISORDER (PRESENTATION OF A CASE)

Ticona-Ledezma RC¹, Revollo-Tapia D², Fernández-Quiroz AJ³, Campohermoso-Rodríguez O F⁴ Ávila-G. M⁵

1. Psicólogo Clínico, Hospital de Clínicas.
2. Médico Residente de Psiquiatra, Hospital de Clínicas.
3. Psicóloga Clínica, Hospital de Clínicas.
4. Médico Cirujano, Docente Emérito UMSA. Egresado de Psicología, UDABOL
5. Egresada de Psicología, UDABOL

Autor para correspondencia: Dr. Omar F. Campohermoso Rodríguez, Facultad de Medicina, UMSA, Av. Saavedra Nro. 2246 – Miraflores, La Paz – Bolivia, campohermoso20@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El trastorno afectivo cognitivo orgánico (TACO) es un conjunto de perturbaciones mentales que pueden ser agrupadas en primera instancia dentro los trastornos afectivos, también en el grupo de los trastornos cognitivos que tiene una base orgánica de preferencia funcional.

Dentro las Enfermedades Mentales (EM) pueden aparecer trastornos cognitivos y afectivos, relacionados tanto con factores orgánicos como psicológicos. En muchos casos, estos trastornos son los que crean más ansiedad y malestar en los individuos con perturbaciones mentales. Se entienden por funciones cognitivas las funciones cerebrales de orden superior (memoria, razonamiento, aprendizaje, etc.). Los aspectos afectivos son los procesos del ser humano implicados en la relación del individuo consigo mismo y con los demás (emotividad, personalidad, relaciones y habilidades sociales, etc.).¹

A medida que avanza el conocimiento de las bases cerebrales de diferentes afecciones mentales, pierde sentido la denominación de un grupo de ellos “*trastornos orgánicos*”, lo que da a entender una separación de factores causales tan clara que dista mucho de ser verdad. Por lo tanto, el DSM-IV ya prescinde de la distinción clásica entre trastornos psiquiátricos orgánicos

y funcionales. De hecho, en el DSM-III se constituían en una sección aparte de “*trastornos mentales orgánicos*”. El término *trastorno mental orgánico* no es usado en el DSM-IV, ya que implica incorrectamente que los trastornos mentales «no orgánicos» carecen de una base biológica, por lo tanto, en el DSM-IV aparecen como “Delirium”, demencias, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos, y el DSM-5 aparecen como trastornos neurocognitivos, el término *trastorno neurocognitivo* se utiliza ampliamente y a menudo se prefiere para los trastornos que afectan a sujetos más jóvenes, como la disfunción secundaria a un traumatismo cerebral o a la infección por VIH.. Por otra parte, el CIE-10 mantiene la denominación clásica, en la categoría “*Trastornos mentales orgánicos*, incluidos los sintomáticos”.^{2, 5, 11, 12}

El trastorno afectivo orgánico consiste básicamente en una alteración de ánimo similar a un episodio depresivo mayor y que es atribuible a un factor orgánico específico.³ También se aplica este término para trastornos psiquiátricos que proceden de una disfunción cerebral secundaria a enfermedades sistémicas o extracerebrales, tales como el síndrome de Cushing o el mixedema.⁴ La prevalencia de este trastorno depende también de la enfermedad médica a la que se asocie, refiriendo el DSM-IV el 25-40% con ciertas enfermedades neurológicas (Parkinson,

enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, ACV, etc.).⁵

Los trastornos afectivos son una serie de entidades clínicas que tienen en común la alteración del estado del ánimo. Por estado del ánimo se entiende un estado emocional que influye en todas las esferas del individuo, se instala progresivamente, es persistente en el tiempo y se refleja en el pensamiento, la conducta, la actividad psicomotora, las manifestaciones somáticas y en la manera como el individuo se relaciona y percibe el medio ambiente. Los síndromes afectivos oscilan entre dos polos: la manía y la melancolía.⁶

Dentro de estos trastornos orgánicos podemos tener tres grupos:⁷

- **GRUPO UNO.** Que cursa con sintomatología predominante en la esfera cognitiva (memoria, atención o lenguaje), como son la demencia, el delirium y los trastornos amnésicos.
- **GRUPO DOS.** Son los trastornos psiquiátricos provocados por consumo de alcohol o sustancias psicótropas (intoxicación o abstinencia).
- **GRUPO TRES.** Este grupo con predominio de síntomas psicóticos (alucinosis orgánica, trastorno catatónico orgánico, trastorno de ideas delirantes orgánicos), afectivos (trastorno del humor orgánico), neuróticos (trastorno de ansiedad orgánico, trastorno disociativo orgánico, trastorno de labilidad emocional orgánico), y trastornos de la personalidad (trastorno orgánico de la personalidad, síndrome postencefálico, síndrome postconmocional).

La clasificación utilizada por la CIE-10, de los trastornos mentales orgánicos, se mantiene a pesar de tener sus ventajas e inconvenientes con respecto a la DSM-IV. Los criterios diagnósticos del DSM-IV requieren:⁵

- a. Un estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades.
- b. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio hay evidencias que la alteración es consecuencia

fisiológica directa de una enfermedad médica y no se explica por un trastorno adaptativo ni por un *delirium*.

- c. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas son similares a los observados en un estado depresivo y varían en intensidad desde leves a graves o con síntomas psicóticos.

En estos trastornos pueden presentarse alucinaciones (predominantemente visuales) y alteraciones cognoscitivas. El trastorno depresivo debido a enfermedad médica aumenta el riesgo autolítico de una forma variable, dependiendo de la enfermedad médica en particular, teniendo mayor riesgo las enfermedades crónicas, incurables y dolorosas.⁸

La etiología viene dada por una gran cantidad de trastornos somáticos, a los que podemos dividir en trastornos neurológicos, sistémicos, endocrinos y deficiencias o excesos vitamínicos. Dentro de los trastornos neurológicos, la depresión es el trastorno mental que más frecuentemente se asocia al accidente cerebrovascular (ACV),⁹ siendo su incidencia máxima en la fase inicial de la enfermedad y entre los 6 meses y 2 años de su inicio.

Del 25 al 50% de los pacientes presentan una depresión *postictus* y la mitad cumple criterios de depresión mayor, prevalencia que se ha visto incrementada con el aumento de la esperanza de vida de estos pacientes y el desarrollo de los programas de rehabilitación, así como en presencia de antecedentes de patología psiquiátrica (particularmente de enfermedad depresiva) y de ACV anterior.¹⁰

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Nota de Ingreso a Emergencias

Paciente AAJ, masculino de 26 años, ingresa al servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas, el 20 de marzo de 2019, acompañado de sus familiares y efectivos policiales, se solicita interconsulta con el servicio de psiquiatría con el diagnóstico de:

- Síndrome de Agitación Psicomotriz

- Autismo antecedente
- Trastorno afectivo cognitivo conductual orgánico.

Valorado por Médico Residente de psiquiatría:

Paciente con “ataque psicótico”, con irritabilidad, agresividad contenida, tendencia a la autolesión con una cuerda. Entre los antecedentes paciente que lleva tratamiento médico con el Dr. R. de San Juan de Dios con el diagnóstico de autismo y síndrome de Asperger, que lleva tratamiento con Fluoxetina 60 mg/día; Risperidona 1.5 mg HS; Clonazepam 4 mg/día.

Paciente que al minuto se torna irritable, mutista, negativista, poco colaborador, además de presentar agitación psicomotriz. Se comunica a los familiares sobre su internación, los cuales quedaron en consenso una vez realizada los exámenes de laboratorio y valoración por medicina interna. Se explica a los familiares el manejo y características de nuestra Unidad.

Al examen mental, paciente con aseo y arreglo en regulares condiciones, con lenguaje mutista, actitud no colaboradora. Paciente que se encuentra en un estado de agitación, por lo cual se procede a contención con efectivos policiales y personal de salud de la unidad de emergencias.

Diagnóstico:

1. Síndrome de Agitación.
2. Autismo por antecedentes.
3. Trastorno afectivo cognitivo conductual orgánico.

Tratamiento:

1. Diazepan 10 mg, más Haloperidol 5 mg EV. Diluido lento, STAT y PRN
2. Carbamazepina 200 mg Administrar 1-1-2 VO/ día
3. Risperidona 3 mg. Administrar ½ - o - ½ VO/ día.
4. Clonazepam 2 mg. Administrar ½ - o - 1/1 VO/ día.
5. Valoración por Medicina Interna
6. Valoración por Psiquiatría

Valoración Unidad de Salud Mental. 20-abril-2019, 10.50 horas

Se acude a revalorar a paciente de 26 años de edad, con los diagnósticos de sala ya conocidos.

Motivo de Consulta. Paciente con cuadro minusvalía, animo deprimido, apático, abulia, anhedonia. Alta letalidad por intentar ahorcarse, llegando a perder la conciencia.

Examen Mental. Paciente con aseo e higiene en buenas condiciones, lenguaje claro comprensible con tono y volumen de voz adecuada, actitud distante y colabora con la entrevista.

Sensorio. Conciencia vigil, orientado en las tres esferas, atención voluntaria y sostenida,

Pensamiento. Con ideas delirantes de preocupación sobre su salud y familiares, con planes a futuro poco especificado. Afecto apropiado, animo “eutimico” con adecuación ideoaffectivas.

SP: Sin alteraciones, CPM: Sin alteraciones

Diagnóstico:

1. Síndrome de asperger por antecedente en estudio
2. Intento de suicidio
3. Autismo en estudio

Tratamiento:

1. Internación en la USM previa valoración por neurología
2. Dieta corriente
3. Control de Signos Vitales por turno
4. Carbamazepina 200 mg, 1-1-2
5. Risperidona 3 mg, ½- o - ½
6. Clonazepam 2 mg, lef ½ - o - ½
7. EEG. En vigilia con privación del sueño en sala
8. Sedación con Haloperidol 5 mg + Diazepan 10 mg EV, lento diluido PRN.

HISTORIA CLÍNICA

Nombre: J. A. Á. A. **Sexo:** Masculino. **Edad:** 24 años. **Fecha y lugar de nacimiento:** 4/02/1995, Tarija. **Residencia:** Zona de Sopocachi, Calle

Vincenti Edificio Vincenti departamento 6 A.

Instrucción educativa alcanzada: Bachiller a los 18 años, actualmente estudia matemáticas en la UMSA. **Idioma:** Español e Inglés, Supuestamente Alemán, Francés, Portugués. **Ocupación actual:** Estudiante. **Religión que practica:** Ateo (Agnóstico)

Internaciones anteriores por desorden mental: Hermana del paciente refiere 7 internaciones previas a lo largo de los últimos 5 años, en el Hospital San Juan de Dios, con última internación hace 5 meses aproximadamente, último control por consulta externa 12/04/2019. Fecha y hora de internación: 20/04/2019 Hrs. 15:00

Fecha y hora de historia Clínica: 20/04/2019 Hrs. 15:20 Fuentes de información: Hermana y paciente.

Forma de información: Poco confiable por existir contradicción en el relato de los hechos, además que los familiares y el paciente no recuerdan los hechos de forma cronológica y adecuada. Paciente que no colabora con la entrevista debido a que le es difícil poder interactuar con las personas.

MOTIVO DE INTERNACIÓN

Paciente es conducido al servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas en compañía efectivos de radiopatrulla y familiares, por presentar aislamiento social desde hace 5 días, ideas delirantes de control, ideas de minusvalía, alucinaciones auditivas complejas de tipo imperativa refiriendo “escucho voces que me ordenan que me mate”, con periodos de ansiedad, agitación psicomotriz, con heteroagresión verbal y física a terceras personas, con intento de suicidio de alta intencionalidad y alta letalidad por querer ahorcarse con una soga el cuello, por tal motivo es traído a emergencias del Hospital de Clínicas donde es valorado por médico de guardia quien decide su internación.

Familiares piensan que el paciente es autista que tiene periodos psicóticos. El paciente piensa que es autista con brotes psicóticos.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con inicio de cuadro clínico lento progresivo, que inicia a la edad de 16 años, por

presentar aislamiento social, con dificultad para interactuar con sus compañeros por el bullying que recibía,

Paciente se encontraba viviendo en Tarija, dedicándose al estudio, su hermana refiere “*mi hermano se metía tanto en el estudio que se perdía*”, por tal motivo a la edad de 18 años, le sale una beca para poder ir a estudiar a EEUU, por problemas económicos familiares no lograron efectivizar la beca.

Paciente decide irse a vivir a La Paz y empezar a estudiar física en la UMSA, viviendo con su hermana por el lapso de 6 meses durante el tiempo que vivió con ella, presentó ideas de minusvalía, labilidad emocional con tendencia al llanto, apatía, abulia, anhedonia.

Posteriormente decide irse a vivir a Irapavi solo, durante ese año se incrementó el aislamiento social, con leve incremento en los síntomas depresivos, posteriormente se fugó de su domicilio viviendo en condición calle aparentemente durante dos semanas, apareciendo de manera repentina en la puerta de la casa de su hermana a la edad de 20 años empezando a vivir con ella. La hermana indica que al momento de encontrarlo hablaba incoherencia, ideas de minusvalía, ideas de muerte, labilidad emocional con tendencia al llanto, con conductas desorganizadas por quemar su colchón sin causa aparente, con periodos de agresividad a terceras personas, soliloquios, cambios muy bruscos del ánimo, con autolaceraciones, siendo internado por primera vez en el Hospital San Juan de Dios en octubre del 2014 por el lapso de 3 meses.

La hermana del paciente refiere “*mi hermano según comentaron en el hospital entró catatónico*”, diagnosticado de síndrome de Asperger, Depresión mayor, recibiendo tratamiento con Risperidona, Clonazepam y Fluoxetina, el familiar no refiere la dosis de tratamiento. Fue externado en buenas condiciones, la hermana refiere que se encontraba bien, acudió con una psicóloga con buena respuesta y por decisión propia decide cambiar su carrera a Matemáticas a la edad de 22 años, paciente se encontró estable, con buen desempeño académico, no presentando ninguna complicación.

A la edad de 23 años el año 2018, el paciente se

fue a vivir a Brasil durante un mes para realizar un curso de matemáticas, con dificultad para interactuar con sus compañeros, aislamiento social, mala comunicación con los familiares, retornando al mes, antes de tomar el vuelo para La Paz, la hermana de la paciente refiere *“mi hermano me dijo que se desmayó en el aeropuerto y los policías me llevaron a un motel”*, con síntomas psicóticos, aparente síntomas de despersonalización, una vez dentro del avión presentó ideas delirantes referenciales e ideas delirantes de daño y perjuicio refiriendo *“siento que todos los que están en el avión quieren hacerme daño”*,

Una vez retornado a la Ciudad de La Paz - Bolivia, a los 7 días empezó a presentar nuevamente aislamiento social, inmovilidad motriz, con síntomas depresivos por presentar apatía, abulia, anhedonia, ideas de minusvalía, intento de suicidio tomando pastillas las mismas que no indica cuales, paciente refiere *“soy un inútil no puedo ni matarme”*, por tal motivo es internado nuevamente en el Hospital San Juan de Dios por segunda oportunidad en abril del 2019 por el lapso de un mes siendo diagnosticado de depresión mayor, Síndrome de Asperger, Brote psicótico Agudo, recibiendo la misma medicación, con buena adherencia al tratamiento y buena respuesta debido a que se logró remitir parcialmente los síntomas de ingreso, retornando a sus estudios universitarios, durante un mes.

Debido a los exámenes que tenía que rendir en la universidad y un factor psicoestresante por la muerte de su familiar (Abuela), paciente presenta nuevamente los síntomas depresivos, conductas desorganizadas, ideas de suicidio, siendo internado nuevamente en el Hospital San Juan de Dios por tercera oportunidad en marzo del 2018 durante 15 días, recibiendo la misma medicación, con buena adherencia al tratamiento, con remisión parcial de los síntomas depresivos, encontrándose bien durante el lapso de 2 meses.

Posteriormente por problemas académicos vuelve a presentar los síntomas depresivos siendo internado nuevamente en el Hospital San Juan de Dios por cuarta vez en octubre del 2018, recibiendo la misma medicación, con remisión parcial de los síntomas de ingreso,

encontrándose bien con su hermana, se fue a vivir con su hermana, permaneció bien durante el lapso de 5 meses, presentando nuevamente los síntomas depresivos con intento de suicidio de alta letalidad e intencionalidad, acudiendo al servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas en compañía de radiopatrullas, familiares, donde es valorado por médico de guardia quien decide su internación en la USM.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre: E. R. A. G, de 62 años, es docente universitario, con buena relación con el paciente.

Madre: R. V. A. E. de 58 años de edad, con antecedente de ACV, con dificultad para movilizarse, con buena relación con el paciente.

Hermanos: son 2 hermanos.

- R del C. de 34 años de edad, abogada, con buena relación con el paciente.
- S. Á, A. de 30 años de edad, artista plástica, con buena relación con el paciente. Con antecedente de haber sido diagnosticada de depresión mayor con síntomas psicóticos hace 4 años y síndrome de asperger el año pasado.

Antecedentes de enfermedades mentales en la familia: Con antecedente de depresión mayor con rasgos psicóticos y síndrome de asperger a la hermana

Estructura Familiar: Nuclear, disfuncional por no respetar los roles de cada uno y los límites.

Antecedentes de enfermedades importantes de la familia: ACV a la madre a la edad de 35 años.

HISTORIA PERSONAL

Embarazo: Paciente, producto del 3° embarazo, planificado, atendido por cesárea iterativa debido a que presenta pelvis estrecha, con edad gestacional de 9 meses, con llanto inmediato, sin aparentes complicaciones neonatológicas

Drogas o medicamentos durante el embarazo: No refiere.

Traumatismos: No refiere

Desarrollo psicomotor: Sonrisa social a los 6 meses se sienta sin apoyo a los 7 meses, habla

al año, con mejor rendimiento académico en comparación a sus compañeros, con facilidad para poder memorizar las cosas, camina a los 2 años, control de esfínteres a los 3 años de edad.

Escolaridad:

- **Colegio:** Ingresó al colegio a los 5 años, con aislamiento social debido al bullying que recibía, con rendimiento académico superior al de sus compañeros según refiere la hermana, con buena interacción con los profesores, mejor que sus compañeros, sin dificultad para el aprendizaje.
- **Universidad:** Ingresó a la universidad a los 19 años de edad, presentando dificultad para poder socializar, con regular rendimiento académico, y por los problemas de salud que presenta se cambia a matemáticas.

Actividad General:

- **Actividad Laboral:** No refiere
- **Vida Conyugal;** No refiere
- **Vida Social:** Primera relación a la edad de 23 años, hermana refiere “se emocionó mucho por su primera chica por ese motivo se deprimió en esta oportunidad”
- **Pasatiempo:** Jugar video juegos, leer libros, realizar rompecabezas, gimnasio.
- **Religión:** Ateo.
- **Vida Sexual:** No refiere.
- **Personalidad Premórbida:** Paciente muy ordenado, con tendencia a la limpieza, hermana refiere que tenía su cronograma y era muy ritualista en realizar actividades.

ANTECEDENTES PERSONALES

- **Enfermedades:** No refiere
- **Hábitos:** Hermana de la paciente refiere que no consume bebidas alcohólicas, ni drogas, paciente con antecedente de consumo de mucho café.
- **Alergia:** Al agua de sal marina, no refiere otros datos.

PATOLÓGICOS

EXAMEN FÍSICO:

Signos vitales: PA: 100/ 70 mm Hg. FC: 80 lpm, FR: 12 rpm. Paciente con signos vitales estables

Examen general. Con piel y mucosas hidratadas normocoloreadas.

Cavidad oral: Mucosas normocoloreada, piezas dentarias en regular estado de conservación,

Tórax: Cardiopulmonar clínicamente estable.

Abdomen: Blando, plano, depresible, RHA (+).

Extremidades: Con tono y trefismo conservados.

EXAMEN DE LA ACTIVIDAD MENTAL

Aspecto y conducta: Atlético, edad aparente coincide con la cronológica, sin alteraciones de la marcha, en posición de decúbito dorsal activo, con aseo e higiene adecuados para la entrevista, con vestimenta en buen estado, sin malformaciones físicas, con facies ansiosa, con lenguaje claro, comprensible con volumen y tono de voz adecuado, colabora con la entrevista y actitud cooperadora.

Sensorio: Conciencia Vigil. Atención voluntaria y sostenida. *Orientado* autopsíquicamente y alopsíquicamente.

Memoria. Con hipomnesias para hechos pasados.

Juicio: Alterado por no tener planes a futuro bien estructurado y con poca conciencia de enfermedad por no saber la causa por la cual fue internado.

Pensamiento: Ilógico, incongruente con la realidad, concreto, con ideas de minusvalía, con ideas de preocupación sobre su salud y situación refiriendo “estoy muy tenso y nervioso porque nunca habló con las personas y hablar con usted me pone tenso”

Expresión emocional: Afecto indiferente. Animo refiere estoy bien, sin adecuación ideoaffectiva

Sensopercepción: Sin alteración.

Conducta psicomotora: Limitada al momento por encontrarse con fijación en 2 extremidades al momento:

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

- **Eje I.-** Trastorno Afectivo Cognitivo Orgánico. Trastorno depresivo mayor recurrente

- episodio actual grave, o Síndrome de Asperger en estudio.
- **Eje II.-** Rasgos obsesivos de la personalidad. Trastorno Esquizotípico
 - **Eje III.-** Sin alteración
 - **Eje IV.-** Problemas relacionados a grupo social.
 - **Eje V.-** 50% Síntomas graves (por ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
- ELECTROENCEFALOGRAMA (24-04-2019)**
- EEG Anormal, Irritación cortical difusa

INFORME PSICOLÓGICO, CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IP MÓDULO DSM IV

INFORME PSICOLÓGICO, CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IP MÓDULO DSM IV			
Nombre: AAJ.	Edad: 24 años.	Sexo: Masculino,	Estado civil: Soltero
Evaluación IP. Resultado			

TABLA IP DE MÓDULO DSM-IV	
Puntaje Total	Trastorno
5	Paranoide
4	Esquizoide
7	Esquizotípico
4	Histriónico
1	Antisocial
6	Narcisista
5	Límite
5	Obsesivo- Compulsivo
6	Dependiente
6	Evitativo
4	Pasivo-Agresivo

Conclusión Diagnóstica	
Esquizotípico	Anormalidades de la percepción, del pensamiento, del lenguaje y de la conducta, sin reunir los criterios de esquizofrenia
Narcisista	Sentimiento de grandiosidad, fantasía de existo. Necesidad exhibicionista de admiración, explotación de los demás
Dependiente	Dejación de los demás de las decisiones y responsabilidades. Pasividad y dependencia de los demás. Falta de Confianza
Observaciones:	El paciente se mostró colaborador en realizar la prueba, con estado de ánimo y efecto vigil, se encontraba bastante atento durante el desarrollo; no presento dudas durante la realización de la prueba, supo seguir las indicaciones establecidas al principio y durante el desarrollo del mismo.
Resultado:	Trastorno Esquizotípico
Conclusiones:	Anormalidades de la percepción, del pensamiento, del lenguaje y de la conducta, sin reunir los criterios de esquizofrenia Las relaciones interpersonales son tan difíciles para estos individuos que otros consideran peculiares o extraños. Carecen de amigos cercanos y se sienten incómodos en las situaciones sociales. Pueden mostrar suspicacia, y tener percepciones o pensamientos inusuales, lenguaje excéntrico y afecto inapropiado.

INFORME PSICOLÓGICO DEL CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE ASPERGER

<p>Nombre: AAJ. Edad: 24 años. Sexo: Masculino, Estado civil: Soltero</p>
<p>Prueba administrada: Cuestionario de diagnóstico de síndrome de asperger, consta de 35 preguntas las cuales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> · 13 preguntas de Interacción Social. · 07 preguntas de Intereses Restringidos. · 15 preguntas de Habilidades Cognitivas y de Comunicación · 12 preguntas de Coordinación Motora y otras características. <p>Finalmente asegurarnos si existe algún miembro de la familia que haya tenido o tenga algunos síntomas parecidos.</p>
<p>Observaciones: El paciente se mostró colaborador en realizar la prueba, con estado de ánimo y efecto vigil, se encontraba bastante atento durante el desarrollo; no presento dudas durante la realización de la prueba, supo seguir las indicaciones establecidas al principio y durante el desarrollo del mismo</p>
<p>Resultado Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Síndrome de Asperger
<p>Conclusiones del Estudio: El síndrome de Asperger es un trastorno de desarrollo caracterizado por interacción social moderada, conducta estereotipada, rutinas y movimientos corporales repetitivos. Su reconocimiento temprano, por los padres, los maestros o el personal de salud es necesario. No existe evidencia dentro de retraso cognitivo, en su gran mayoría tiene una capacidad por encima de lo normal.</p>

CONCLUSIÓN

Puede ser difícil determinar si los síntomas afectivos cognitivos de un paciente con una patología médica son secundarios a los efectos de esta enfermedad sobre el cerebro, a los efectos de los fármacos que se utilizan para tratar la enfermedad general, o consecuencia de un trastorno adaptativo o de un trastorno afectivo primario. Algunos rasgos, sin embargo, propios de las depresiones somatógenas, pueden ayudar para el diagnóstico: ausencia de episodios depresivos previos, personalidad previa normal, carencia de antecedentes familiares de depresión, ausencia de desencadenantes psicosociales, relación temporal entre el proceso orgánico y síntomas depresivos y capacidad de la enfermedad física para inducir depresión. Algunas de estas características diferenciales se cumplen en nuestro paciente.

Los Trastorno Afectivos Orgánicos se caracterizan por variaciones del estado de ánimo, ya sea con depresión o manía, motivado por factores orgánicos cerebrales. No hay demencia, delirio, alucinosis ni delusiones. De intensidad variable, puede llegar a tener manifestaciones psicóticas moderadas o severas. A veces, es difícil diferenciarlo de un episodio afectivo mayor. Pueden asociarse, ocasionalmente, alucinaciones y delusiones. Se suele presentar: En un número apreciable de enfermedades generales que actúan como agentes etiológicos de cuadros depresivos o maníacos: hipotiroidismo, Síndrome de Cushing, Síndrome de Addison, hepatitis, anemia, desnutrición, carcinoma, procesos infecciosos generales como tifoidea o tuberculosis; también en trastornos cerebrovasculares. Por uso de medicamentos: reserpina, clonidina, metildopa, cortisona, anfetamínicos, antidepresivos tricíclicos, IMAOS, ansiolíticos, fenotiazinas y otros antipsicóticos. Por uso de sustancias psicoactivas. En nuestro medio: pasta básica de cocaína, cannabis, clorhidrato de cocaína, inhalantes, alcohol, y alucinógenos.

Los síntomas afectivos se explican como una respuesta psicopatológica producida por la interferencia directa de los procesos bioquímicos y neurofisiológicos que regulan el estado de ánimo.

El **diagnóstico diferencial** se hace con los otros trastornos afectivos, en base a la historia clínica y a la evidencia del factor orgánico específico.

Otro diagnóstico del paciente fue el síndrome de Asperger, el cual fue determinado por un trastorno del desarrollo caracterizado por interacción social moderada, conducta estereotipada, rutinas y movimientos corporales repetitivos. El Asperger está incluido dentro Trastorno del Espectro Autista y se ha diferenciado muy recientemente del autismo típico. Es, una entidad clínica diferente del autismo, la principal diferencia que caracteriza radica en que disponen de un nivel de inteligencia y un repertorio lingüístico dentro de la normalidad. Cuentan con mayor probabilidad de convertirse en adultos independientes y llevar una vida absolutamente normal

Si bien los trastornos orgánicos no se encuentran como entidades específicas en los diagnósticos

de enfermedades mentales tanto en el DSM-IV y el DSM-5. Por lo tanto, es difícil encuadrar los síntomas de pacientes con trastornos mentales en los cuales se hallan afectadas la esfera afectiva y cognitiva a trastornos orgánicos específicos.

La presentación de este caso clínico solo tiene un afán eminentemente académico para mostrar la dificultad de encuadrar los síntomas y signos de un paciente con enfermedad mental con los manuales estadísticos de trastornos mentales.

Nota: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

REFERENCIAS

1. Nachar, R. Paz, C. Mena, C. González, A. *Aspectos Básicos del Examen Mental*. Ed. Finis Terrae; 2018, P. 5-11
2. Vallejo, J. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. 8ª ed. Barcelona: Ed. Elsevier; 2015, p. 346
3. Rojo JE y Cirera E *Interconsulta Psiquiátrica*. Barcelona: Ed. Elsevier-Masson, 1997.
4. Rico, RM. González, F. Pena, JM. Ruíz, M. *El paciente orgánico aparentemente psiquiátrico y viceversa*. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad de Málaga. s/a, p. 3.
5. Pichot, P. Lopez-Ibor JJ. Valdez, M. *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Ed. Masson; 1995, p.129
6. Uribe, JM. Gómez C. Alzate, M. *Trastornos afectivos; trastornos depresivos*. En: Gómez C. et al. *Clínica Psiquiátrica*. Bogotá. Ed. Médica Panamericana; 2008, p. 359
7. Moreno, P. Blanco, MC. *Trastornos mentales orgánicos*. En: Barcia, D. *Tratado de Psiquiatría*. Editorial: Aran Ediciones, S.A; 2000, p. 203
8. Ceverino, A. Lozano, M. Ocho, EA. *Trastorno afectivo orgánico en un consumidor de cocaína*. Rev. Elsevier. Vol. 5. Núm. 2. 2003: 130-134
9. Robinson RG, Morris PL, Federoff JP. *Depression in cerebrovascular disease*. *J Clin Psychiatry*, 51 (1990), pp. 26-31
10. Eastwood MR, Rifat SL, Ruderman J.. *Mood disorder following cerebrovascular accident*. *Br J Psychiatry*, 154 (1989), pp. 195-200
11. *Asociación Americana de Psiquiatría. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* E. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría; 2014, 591.
12. OMS. *C-10, Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2000.