

INDICE**PSICOLOGÍA CLÍNICA I**

PRESENTACIÓN.....	3
INDICE.....	4
TEMA 1. DELIRIUM Y DEMENCIA	8
1. DELIRIUM.....	8
A) INTRODUCCIÓN HISTÓRICA	8
B) DESCRIPCIÓN.....	10
C) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (DSM-IV-TR)	12
D) CLASIFICACIÓN	12
E) EPIDEMIOLOGÍA	13
F) ETIOLOGÍA Y CURSO	14
G) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	15
H) TRATAMIENTO.....	16
2. DEMENCIA.....	17
A) INTRODUCCIÓN HISTÓRICA	17
B) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	19
C) DEMENCIA Y VEJEZ	19
D) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS GENERALES Y COMUNES A TODAS LAS DEMENCIAS	22
E) CLASIFICACIONES	25
F) EPIDEMIOLOGÍA	46
G) ETIOLOGÍA Y CURSO	47
H) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	48
I) EVALUACIÓN.....	51
J) TRATAMIENTO.....	54
PREGUNTAS:	58
TEMA 2. TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS MENTALES CON ETIOLOGÍA ORGÁNICA IDENTIFICADA	65
1. TRASTORNOS AMNÉSICOS	65
A) INTRODUCCIÓN HISTÓRICA	65
B) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	65
C) CLASIFICACIÓN	67
D) EPIDEMIOLOGÍA	72
E) ETIOLOGÍA Y CURSO	72
F) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	73
G) EVALUACIÓN.....	74
H) TRATAMIENTO.....	75
2. TRASTORNOS MENTALES CON ETIOLOGÍA ORGÁNICA IDENTIFICADA	75
A) INTRODUCCIÓN HISTÓRICA	75
B) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	76
C) CLASIFICACIÓN	76
D) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	76
E) EPIDEMIOLOGÍA	82
F) ETIOLOGÍA Y CURSO	82
G) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	83
PREGUNTAS:	84
TEMA 3. TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS	90
1. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	90
A) DEFINICIÓN	90
A) CONCEPTOS BÁSICOS	90
2. CLASIFICACIONES DE LAS DROGAS.....	92
3. CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS.....	92

A) CLASIFICACIONES EN DSM-IV-R Y CIE-10	93
B) TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	94
C) TRASTORNOS INDUCIDOS POR UNA SUSTANCIA	96
4. TRASTORNOS MENTALES INDUCIDOS POR EL ABUSO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	96
A) DESCRIPCIÓN	96
B) CLASIFICACIONES	97
C) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO	98
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	99
E) EVALUACIÓN	99
F) TRASTORNOS MENTALES RELACIONADOS CON EL ALCOHOL	99
5. TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALUCINÓGENOS	101
A) EFECTOS	101
B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO	103
C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	103
D) TRASTORNOS RELACIONADOS CON LOS ALUCINÓGENOS	103
6. TRASTORNOS RELACIONADOS CON ANFETAMINAS O SUSTANCIAS DE EFECTOS SIMILARES	104
A) CARACTERÍSTICAS Y EFECTOS	104
B) CLASIFICACIÓN	106
C) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO	106
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	106
E) TRASTORNOS RELACIONADOS CON ANFETAMINAS	106
7. TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA CAFEÍNA	107
A) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO	107
B) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	107
C) TRASTORNOS INDUCIDOS POR CAFEÍNA	108
8. TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA NICOTINA	109
A) PREVALENCIA Y CURSO	109
B) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	110
C) EVALUACIÓN	110
D) TRASTORNOS ASOCIADOS CON LA NICOTINA	111
9. TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CANNABIS	112
A) CARACTERÍSTICAS	112
B) PREVALENCIA Y PATRÓN DE CONSUMO	113
C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	113
D) TRASTORNOS POR CONSUMO DE CANNABIS	113
10. TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA FENCICLIDINA	114
A) EFECTOS	114
B) EPIDEMIOLOGÍA	114
C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	115
D) TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA FENCICLIDINA	115
11. TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA COCAÍNA	116
A) CARACTERÍSTICAS Y CLASIFICACIÓN	116
B) EFECTOS	116
C) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO	117
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	117
E) TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA COCAÍNA	118
12. TRASTORNOS RELACIONADOS CON LOS INHALANTES O DISOLVENTES VOLÁTILES	119
A) CARACTERÍSTICAS	119
B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO	120
C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	120
D) TRASTORNOS RELACIONADOS CON INHALANTES	120
13. TRASTORNOS RELACIONADOS CON LOS OPIÁCEOS	121
A) CARACTERÍSTICAS	121
B) EFECTOS	122
C) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO	122

D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	123
E) TRASTORNOS ASOCIADOS CON OPIÁCEROS.....	123
14. TRASTORNOS RELACIONADOS CON LOS SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS.....	124
15. ADICCIÓN AL CIBERSEXO.....	125
A) INTRODUCCIÓN.....	125
B) ASPECTOS CLÍNICOS.....	125
C) ETIOLOGÍA.....	125
D) EPIDEMIOLOGÍA.....	126
E) EVALUACIÓN.....	126
F) TRATAMIENTO.....	127
16. MODELOS EXPLICATIVOS.....	127
17. TRATAMIENTO.....	131
A) TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.....	131
B) TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS.....	143
PREGUNTAS:.....	145
TEMA 4. ESQUIZOFRENIA.....	159
1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA.....	159
A) ANTIGÜEDAD.....	159
B) SIGLOS XIX Y XX.....	159
2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN.....	162
A) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....	162
B) SÍNTOMAS POSITIVOS.....	163
C) SÍNTOMAS NEGATIVOS.....	167
3. CLASIFICACIÓN.....	168
4. EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	172
A) EPIDEMIOLOGÍA.....	172
B) CURSO.....	173
5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	174
6. ETIOLOGÍA Y MODELOS EXPLICATIVOS.....	175
A) TEORÍAS BIOLÓGICAS.....	175
B) TEORÍAS PSICODINÁMICAS.....	183
C) TEORÍAS SISTÉMICAS.....	183
D) MODELO DE VULNERABILIDAD-ESTRÉS.....	184
E) DATOS NEUROPSICOLÓGICOS Y NEUROFISIOLÓGICOS.....	185
7. EVALUACIÓN.....	186
8. TRATAMIENTO.....	186
A) AVANCES EN EL TRATAMIENTO.....	187
B) TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	188
C) TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.....	189
PREGUNTAS:.....	198
TEMA 5. OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.....	220
1. TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME.....	220
2. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO.....	221
3. TRASTORNO DELIRANTE.....	223
4. TRASTORNO PSICÓTICO BREVE.....	226

5. TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO	228
6. TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO	229
PREGUNTAS:	232
TEMA 6. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	234
1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA	234
A) BREVE REPASO POR LA HISTORIA	234
B) DICOTOMÍAS DESCRIPTIVAS	234
C) EVOLUCIÓN DE LAS CLASIFICACIONES BÁSICAS	235
2. TRASTORNOS DEPRESIVOS	237
A) EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	238
B) TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM).....	239
C) DISTIMIA	243
D) TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO.....	244
3. TRASTORNOS BIPOLARES	244
A) EPISODIO MANIACO	245
B) EPISODIO MIXTO	246
C) EPISODIO HIPOMANIACO.....	246
D) BIPOLAR I	246
E) BIPOLAR II	247
F) CICLOTIMIA	248
G) TRASTORNO BIPOLAR NO ESPECIFICADO	248
4. MODELOS EXPLICATIVOS.....	249
A) MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.....	249
B) MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES	266
5. SUICIDIO	269
6. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	269
A) EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN	269
B) EVALUACIÓN DE LA MANÍA.....	271
7. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	271
A) TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS	271
B) TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES	288
PREGUNTAS:	291
TEMA 7. TRASTORNOS DE ANSIEDAD: FOBIAS, PÁNICO Y ANSIEDAD GENERALIZADA	327
1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA	327
A) ANTECEDENTES HISTÓRICOS	327
B) CONCEPTOS.....	328
C) CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	332
2. TRASTORNO DE PÁNICO	336
A) ATAQUE DE PÁNICO	336
B) AGORAFOBIA.....	338
C) DEFINICIÓN DE TRASTORNO DE PÁNICO O DE ANGUSTIA (DSM).....	339
D) TRASTORNO DE PÁNICO CON AGORAFOBIA (DSM-IV)	339
E) MODELOS EXPLICATIVOS DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y DE LA AGORAFOBIA	340
F) EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y DE LA AGORAFOBIA	343
G) TRATAMIENTOS PARA EL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA	344
H) AGORAFOBIA SIN TRASTORNO DE PÁNICO	347
3. TRASTORNOS FÓBICOS	349
A) FOBIAS ESPECÍFICAS.....	349
B) FOBIA SOCIAL.....	355

4. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG).....	364
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	364
B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	365
C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	365
E) EVALUACIÓN.....	368
F) TRATAMIENTO.....	368
5. MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	371
A) MODELOS BIOLÓGICOS	371
B) MODELOS PSICOLÓGICOS	373
PREGUNTAS:	385
TEMA 8. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)	417
1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA	417
A) ANTECEDENTES HISTÓRICOS	417
B) CONCEPTOS.....	417
C) CLASIFICACIONES	418
2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	420
3. EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	422
A) EPIDEMIOLOGÍA	422
B) CURSO.....	423
4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	423
5. MODELOS EXPLICATIVOS.....	424
A) MODELOS BIOLÓGICOS	424
B) MODELOS PSICOLÓGICOS	426
6. EVALUACIÓN.....	431
7. TRATAMIENTO.....	432
A) TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.....	432
B) FARMACOTERAPIA	438
PREGUNTAS:	440
TEMA 9. TRASTORNOS POR ESTRÉS	448
1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA	448
2. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEP).....	448
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	448
B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	450
C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	452
3. TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO (TEA).....	453
4. MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS POR ESTRÉS	454
A) FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DEL TEP	454
B) MODELOS BIOLÓGICOS	457
C) MODELOS PSICOLÓGICOS	457
5. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS POR ESTRÉS.....	462
6. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR ESTRÉS	462
A) TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.....	463
B) FARMACOTERAPIA	470
PREGUNTAS:	472
BIBLIOGRAFIA:.....	478

TEMA 1. DELIRIUM Y DEMENCIA

1. DELIRIUM

A) INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

1) Época antigua

a) Hipócrates

Hipócrates ya describió esta manifestación en la antigüedad, dándole un reconocimiento a lo que actualmente se conoce como delirium.

b) Celso

Ya en el siglo I d.C., este término aparece por primera vez en algunos documentos escritos por Celso.

2) Siglo XIX

PRINCIPALES AUTORES	
Thomas Sutton (1813)	Fue el primero en describir el síndrome clínico específico del delirium tremens y lo relacionó con el consumo habitual de alcohol.
Emil Kraepelin	Propuso la existencia de síndromes mentales específicos para cada trastorno somático.
Bonhoeffer (1910)	Este autor identificó y describió 5 agrupaciones sindrómicas o variedades clínicas en sus estudios sobre las alteraciones psicopatológicas que aparecen de forma aguda en el curso de diferentes enfermedades globales: <ul style="list-style-type: none">• Delirium.• Excitación epiléptica.• Estado crepuscular.• Alucinosis.• Debilidad mental. También descartó la existencia de una relación entre el síndrome clínico y la etiología. Diversas enfermedades podían producir la misma sintomatología psíquica, de manera parecida a que una misma enfermedad es capaz de producir diversos síndromes mentales. Bonhoeffer llamó reacciones exógenas a estos cuadros que aparecen como reacción o respuesta inespecífica del organismo ante diversas agresiones, por ejemplo, intoxicaciones, infecciones, endocrinopatías, etc.
Eugen Bleuler	Clasificó los síndromes psicológicos relacionados con una base orgánica en 2 grandes unidades: <ul style="list-style-type: none">• Cuadros agudos.• Cuadros crónicos.
Zbigniew Lipowski	Influyó en la concepción unitaria del concepto y la descripción de una variedad de síndromes conductuales.

3) Definición y descripción

Hay algunos términos que tienen relación con estos trastornos que repercuten al nivel de conciencia:

- Estados confusionales.
- Delirio agudo.
- Confusión alucinatoria aguda.

- Delirio onírico.
- Confusión mental primitiva.
- Reacción exógena aguda.
- Síndrome orgánico cerebral agudo.

En la clasificación americana **se conserva el término delirium** que tiene con una extensa tradición en el mundo angloamericano.

- El delirium se relaciona con los **cuadros confusionales**, ya que es un síntoma predominante en esta alteración en el nivel de conciencia.
- El delirium se relaciona también con el **onirismo** debido a que el paciente verbaliza contenidos imaginarios parecidos a los del sueño. Unido a su cualidad de inicio súbito y curso agudo.
- El término delirium precisa su clara **relación con el delirio**. Precisamente este cuadro tiene su terminología latina para no confundirlo con el delirio, aun siendo trastornos muy diferentes.

4) Clasificaciones

a) CIE-9

Dentro de la CIE-9, el delirium estaba dentro del grupo de las **psicosis orgánicas transitorias**, debido a su condición de **cuadro psicótico** porque:

- Tenía una etiología orgánica que le podía diferenciar de otros cuadros psicóticos.
- Ofrecía un curso agudo frente a otros cuadros como la demencia que se consideraban crónicos.

Tenía varios nombres:

- Estado confusional agudo.
- Estado confusional subagudo.
- Delirium tremens en relación con el alcohol.
- Síndrome de abstinencia de droga.

b) CIE-10

La CIE-10 vuelve a tomar la denominación de **delirium** y lo mete dentro de:

- Los trastornos mentales orgánicos.
- Los trastornos debidos a consumo de sustancias, relacionándolo con el síndrome de abstinencia con delirium.

c) DSM-III-R

El DSM-III-R lo incluye en los **trastornos mentales orgánicos asociados a estados o trastornos somáticos**.

d) DSM-IV

En el DSM-IV **desaparece la denominación de trastornos orgánicos**. Se estructura por las **alteraciones psicopatológicas básicas** relegando el factor etiológico a un segundo lugar como base de la clasificación.

TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A UNA CAUSA ORGÁNICA	
DSM-IV-TR Delirium, demencia, amnesia y otros trastornos cognitivos	CIE-10 Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos
<ul style="list-style-type: none"> • Delirium – Debido a problemas médicos generales – Inducido por sustancias – Debido a múltiples etiologías • Demencia – Tipo Alzheimer: <ul style="list-style-type: none"> ➢ De inicio temprano (antes de los 65 años) ➢ De inicio tardío (después de los 65 años) – Vascular – Debida a problemas médicos – Inducida por consumo de sustancias – Debida a múltiples etiologías • Trastornos amnésicos • Trastornos amnésicos debidos a problemas médicos • Trastornos amnésico inducido por sustancias 	<ul style="list-style-type: none"> • Demencia en fa enfermedad de Alzheimer – En la EA de inicio temprano – En la EA de inicio tardío – En la EA atípica o mixta – En la EA sin especificación • Demencia vascular • Demencia en las enfermedades clasificadas en otro lugar. • Demencia sin especificación • Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas • Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas • Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática – Alucinosis orgánica • Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral • Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación

B) DESCRIPCIÓN

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS RECOGIDOS EN DSM-IV-TR Y CIE10	
DSM-IV-TR	CIE-10
Alteración de la conciencia con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención	Deterioro de la conciencia y de la atención
Cambios en las funciones cognoscitivas o presencia de una alteración perceptiva	Trastorno cognoscitivo global
La alteración se presenta en un breve espacio de tiempo y tiende a fluctuar a lo largo del día	Trastornos psicomotores (hipo o hiperractividad, cambios imprevistos de un estado a otro...)
Etiológicamente relacionada con una enfermedad médica, con los efectos persistentes del consumo de sustancias o con ambos factores	Trastornos en el ciclo de sueño-vigilia (insomnio, somnolencia diurna...)
	Trastornos emocionales

Características comunes de estos cuadros:

- Identidad patogénica. El cuadro es muy similar independientemente de la etiología subyacente.
- Inicio súbito (en horas o días).
- Repercusión más o menos intensa del estado general.
- Duración relativamente escasa.
- Posibilidad de recuperación completa.
- Se dan cambios en la sintomatología a lo largo del día.

Alteración principal del delirium:

Es una alteración del **estado de conciencia** y por consiguiente de la **atención**. Presenta **fluctuaciones de nivel de conciencia a lo largo del día**.

Va acompañada por **otras alteraciones en las funciones cognoscitivas** (memoria, pensamiento, lenguaje, orientación, percepción...).

La **alteración del nivel de conciencia** puede **variar desde la obnubilación al coma**.

Se manifiesta una **disminución de la capacidad de atención al entorno**:

- En el deterioro de la capacidad para dirigir, focalizar, mantener o desplazar la atención.
- En una gran distraibilidad ante estímulos irrelevantes.

La **alteración de la conciencia** (con reducción de la capacidad para centrar, mantener y dirigir la atención), es **uno de los criterios esenciales para el diagnóstico del delirium**.

A la alteración de la conciencia la acompañan otros síntomas cognoscitivos:

- **Alteración del campo de la conciencia (estado confusional):** La confusión consiste en la dificultad para distinguir entre la realidad externa y el sueño o las alteraciones perceptivas (fruto de su imaginación). En ocasiones dichas alteraciones parecen intromisiones en la vida de vigilia de productos propios del ensueño.
- **Deterioro de la memoria:** Suele afectar más frecuentemente a la memoria reciente (sucesos ocurridos minutos u horas antes), también afecta a la memoria inmediata (sucesos que han ocurrido pocos segundos antes). Mientras que la memoria remota (los hechos ocurridos en el pasado) permanece relativamente intacta.
- **Desorientación (principalmente referida al tiempo y al espacio):** En el delirium leve es primer síntoma que suele aparecer es la desorientación temporal. Menos frecuente es la desorientación autopsíquica y en el reconocimiento de personas.
- **Alteraciones del lenguaje:** La alteración del lenguaje se hace evidente con la disnomia (deterioro de la capacidad para nombrar objetos) o la disgrafía (deterioro de la capacidad para escribir) y la dificultad de comprensión. En algunos casos el lenguaje es vago e irrelevante y en otros, caudaloso e incoherente, con saltos imprevisibles de unos temas a otros. Pudiendo llegar a ser disgregado o incoherente.
- **Alteraciones del pensamiento:** Tanto en el curso (que puede ser fragmentario, ilógico y desorganizado) como en el contenido (presentando ocasionalmente delirios).
- **Alteraciones de la percepción:** Las alteraciones perceptivas pueden incluir interpretaciones erróneas, ilusiones o alucinaciones. Las alucinaciones y falsas percepciones sensoriales son sobre todo de tipo visual, pero también pueden pertenecer a otras modalidades sensoriales, incluyendo la alteración en la percepción del paso del tiempo. Las percepciones erróneas pueden ser simples y uniformes o altamente complejas. A menudo hay una convicción delirante de la realidad de las alucinaciones y una respuesta emocional y comportamental congruente con sus contenidos.
- **Alteraciones del comportamiento psicomotor:** Muchos sujetos están inquietos e hiperactivos, mostrando agitación psicomotriz. Por otro lado, puede haber una disminución de la actividad psicomotora, con inactividad y letargia cercanas al estupor. La actividad psicomotora puede oscilar de un extremo a otro a lo largo del día, incluso con cambios imprevistos de un estado a otro.
- **Síntomas emocionales:** El sujeto puede manifestar ansiedad, miedo, depresión, irritabilidad, ira, euforia y apatía. Algunos individuos mantienen el mismo tono emocional a lo largo de todo el delirium y otros pasan de un estado emocional a otro de manera rápida e imprevisible. El miedo es frecuente y algunas veces es el resultado de alucinaciones amenazadoras o de ideas

delirantes pobremente sistematizadas. La alteración del estado emocional predomina por la noche y cuando falta una estimulación ambiental adecuada.

- **Hiperactividad del sistema simpático:** Pudiendo presentar una serie de síntomas como taquicardia, sudoración (vasoconstricción e hipersudoración), sensación de frío, una elevación de la tensión arterial, hiperventilación...
- **EEG anormal:** Mostrando tanto un enlentecimiento generalizado como una actividad rápida.

C) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (DSM-IV-TR)

- A. **Alteración de la conciencia** (p. ej., disminución de la capacidad de atención al entorno), con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B. **Cambio en las funciones cognitivas** (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.
- C. La **alteración se presenta en un corto período de tiempo** (habitualmente en horas o días), y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D. Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un **efecto fisiológico directo de una enfermedad médica**.

Nota de codificación: si el delirium está sobreañadido a una demencia preexistente, incluir el nombre de la enfermedad médico en el Eje I, por ejemplo, Delirium debido a encefalopatía hepática y codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

D) CLASIFICACIÓN

Clasificación en DSM-IV-TR y CIE-10:

CLASIFICACIÓN EN DSM-IV-TR Y CIE-10	
DSM-IV-TR	CIE-10
DELIRIUM <ul style="list-style-type: none">• Debido a problemas médicos generales.• Inducido por sustancias.• Debido a múltiples etiologías.	DELIRIUM <ul style="list-style-type: none">• Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

Clasificaciones en función de la etiología que subyace al cuadro clínico:

1) Delirium debido a enfermedad médica

Prácticamente todas las enfermedades de medicina interna pueden causar un cuadro de delirium.

2) Delirium inducido por sustancias

Puede ser causado por:

- Intoxicación.
- Abstinencia de sustancias.
- Efectos secundarios de la medicación.
- Exposición a tóxicos.

Las sustancias que pueden causar un delirium por intoxicación son:

- alcohol.
- alucinógenos.
- anfetaminas y sustancias afines.
- cannabis.
- cocaína.
- fenciclidina y sustancias de acción similar.
- inhalantes.
- opioides.
- sedantes.
- hipnóticos y ansiolíticos.
- otras sustancias.

El delirium por abstinencia de sustancias se puede dar con los siguientes tipos de sustancias:

- alcohol (denominado "delirium tremens").
- sedantes.
- hipnóticos.
- ansiolíticos.
- otras sustancias.

Entre los medicamentos que pueden causar delirium se incluyen:

- anestésicos.
- analgésicos.
- agentes antiasmáticos, anticonvulsivantes, antihistamínicos.
- medicación cardiovascular y antihipertensiva. Antimicrobianos.
- fármacos antiparkinsonianos.
- corticosteroides.
- medicación gastrointestinal.
- relajantes musculares.
- medicaciones psicotrópicas con efectos secundarios anticolinérgicos.

Los tóxicos señalados como causa de delirium incluyen:

- anticolinesterasas.
- insecticidas organofosfatados.
- monóxido de carbono.
- dióxido de carbono.
- sustancias volátiles como la gasolina o la pintura.

3) Delirium debido a múltiples etiologías

Cuando existe más de una etiología responsable del delirium.

4) Delirium no especificado

- Delirium donde se sospecha que pueda ser debido a una enfermedad médica o al consumo de una sustancia, pero no hay pruebas suficientes para establecer su etiología específica.
- Delirium debido a causas no enumeradas previamente como por ejemplo por privación sensorial.

E) EPIDEMIOLOGÍA

Es probablemente el trastorno mental orgánico con más alta incidencia. Dada su alta incidencia en trastornos médicos, especialmente en los que afectan a personas mayores.

La prevalencia en la comunidad es baja, pero es alta en hospitales. Así, la prevalencia del delirium en la población general es del 0,4% en adultos mayores de 18 años, y del 1,1% en individuos de edad igual o superior a 55 años. Mientras que en sujetos hospitalizados oscila entre el 10 y el 30%.

Puede presentarse a cualquier edad, pero es más frecuente en niños y en personas mayores de 60 años. Otras personas con riesgo son pacientes con patología cerebral preexistente, adictos al consumo de drogas, personas que han sufrido un traumatismo craneal.

F) ETIOLOGÍA Y CURSO

1) Etiología

Existe evidencia de que el delirium es **producido por:**

- Enfermedad.
- Consumo de sustancias.
- Intoxicación o abstinencia.
- Consumo de medicamentos.
- Exposición a tóxicos.
- Combinación de factores.

CAUSAS QUE PUEDEN DAR ORIGEN A UN DELIRIUM	
Degenerativas	<ul style="list-style-type: none"> • Demencias.
Lesiones invasivas	<ul style="list-style-type: none"> • Tumores cerebrales. • Hematoma extradural, subdural, intracerebral, absceso cerebral.
Traumatismos	
Infecciones Sistémicas	<ul style="list-style-type: none"> • Neumonía. • Septicemia. • Gripe. • Infección del tracto urinario en personas mayores. • Meningitis, encefalopatía.
Vascular	<ul style="list-style-type: none"> • Trombosis o embolias cerebrales. • Isquemia cerebral transitoria. • Hemorragia subaracnoidea. • Encefalopatía hipertensiva. • Lupus eritematoso sistémico.
Epilepsias	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis psicomotoras. • Estados de pequeño mal. • Estados postictales.
Metabólicas	<ul style="list-style-type: none"> • Encefalopatía hepática. • Uremia, desequilibrio de la diálisis renal. • Trastorno obstructivo crónico del pulmón, asma. • Lesión congestiva cardíaca, lesión ventricular izquierda, y edema pulmonar, shock y arritmia.
Enfermedad metabólica o endocrina	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoglucemia, hipoxia, hipercapnia. • Encefalopatía de Wernicke. • Déficit de tiamina. • Pelagra. • Déficit en ácido nicotínico. • Tirotoxicosis. • Trastorno de Cushing, trastorno de Addison. • Secreción inapropiada de hormona antidiurética. • Fallo en el balance electrolítico (nutricional, postquirúrgico).
Tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • Encefalopatías alcohólicas. • Intoxicaciones por otras drogas o por fármacos. • Intoxicaciones por plomo, arsénico, compuestos mercuriales, disulfuro carbónico.
Abstinencia	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol, barbitúricos, meprobamato, benzodiazepinas.
Causas ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Privación de sueño.

La alteración primaria se produce por una afectación del sistema activador reticular ascendente (SARA) situado en el tronco cerebral, y en regiones subcorticales. También parecen estar afectadas otras estructuras de la atención, como:

- Sistema límbico.
- Lóbulos frontales.

2) Curso

- Desarrollo rápido del cuadro, en el espacio de horas o días.
- El inicio puede ser brusco pero normalmente los síntomas evolucionan hasta aparecer el cuadro completo hacia el tercer día. A lo largo del día acontecen cambios en la sintomatología.
- Duración muy corta en el tiempo (especificando en la CIE-10 un tiempo inferior a 6 meses, en contraposición al diagnóstico de demencia que requiere al menos una duración de 6 meses).

A veces presenta unos síntomas prodrómicos como:

- fatigabilidad.
- labilidad afectiva.
- sensibilidad a la luz y al sonido.
- astenia.
- fluctuaciones en la atención y concentración.
- Apatía.
- Memoria.
- Insomnio.

Se presentan fluctuaciones de la sintomatología a lo largo del día:

- Empeoramientos nocturnos.
- Pudiendo tener intervalos de coherencia, especialmente por las mañanas.

Duración breve, difícilmente llega a un mes.

El cuadro se puede resolver en pocas horas o persistir durante semanas.

Si se corrige o autolimita pronto el factor etiológico subyacente, es más probable que la recuperación sea completa.

El cuadro también puede evolucionar hacia:

- Un deterioro crónico como el caso de la demencia.
- Al coma u otro trastorno de la conciencia, o a la muerte.

G) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1) Demencia

En general, debemos establecer si el sujeto padece una demencia en lugar de un delirium, es decir, si tiene sólo un delirium o si éste se sobreañade a una demencia preexistente. Veamos:

- En la demencia el sujeto no tiene la alteración del nivel de conciencia característica del delirium sino que se presenta vigil.