

PSIQUIATRÍA

María Eugenia López Paravicini

Gabriela Serrudo Loayza



PSIQUIATRÍA

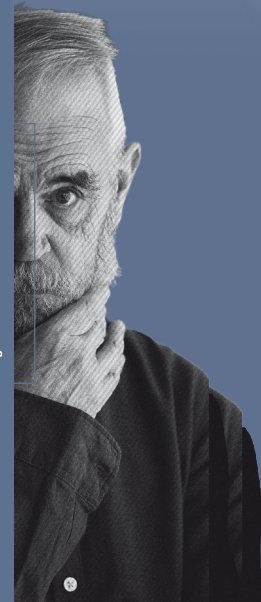
Sucre - Bolivia



Edición
Especial
Cuatro Siglos



Primera Edición
2024



Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca

Facultad de Medicina

PSIQUIATRÍA

Deposito Legal: 3-1-819-2024

ISBN:

Autoras: María Eugenia López Paravicini, Gabriela

Serrudo Loayza

Gestión 2024

ÍNDICE GENERAL

TEMA N° 1: Fundamentos de la Psicopatología.....	7
TEMA N° 2: Semiología Psiquiátrica.....	9
TEMA N° 3: Introducción a la Psiquiatría	43
TEMA N° 4: Trastornos mentales Orgánicos.....	51
TEMA N° 5: Trastornos mentales y del comportamiento por Alcohol y Drogas	65
TEMA N° 6: Trastornos Psicóticos	89
TEMA N° 7: Trastornos del Humor	107
TEMA N° 8: Trastornos de la Personalidad	125
TEMA N° 9: Trastornos Neuróticos	129
TEMA N° 10: Trastornos de la Sexualidad	147
TEMA N° 11: Trastornos de la Alimentación.....	159
TEMA N° 12: Trastornos Psiquiátricos Infantiles.....	173
TEMA N° 13: Trastornos del Sueño.....	197
TEMA N° 14: Terapéutica Psiquiátrica.....	203
TEMA N° 15: Psiquiatría Social y Comunitaria.....	215
TEMA N° 16: Urgencias Psiquiátricas	231

PRÓLOGO

La asignatura de Psiquiatría presenta grandes retos para su estudio, por ser una rama de la medicina, que se encarga de estudiar los trastornos mentales y de conducta, que afectan las funciones psíquicas del individuo, y que reflejan con gran precisión y constancia las repercusiones de la patología mental; por esto su estudio y comprensión requiere el conocimiento de las asignaturas básicas, ya que su principal objetivo es sistematizar un diagnóstico presuntivo con la lógica del conocimiento, de la psicopatología, de las características clínicas, como sus diagnósticos diferenciales.

La psiquiatría, al igual que otras ciencias de la salud, se encuentra en continuo cambio y mejoramiento de acuerdo al avance de la ciencia y la tecnología. La investigación en la asignatura de Psiquiatría, permite el ejercicio de un aprendizaje significativo como eje o centro de una opción metodológica que pretende estimular al educando en la búsqueda consciente, crítica, creativa e ilimitada de respuestas a sus necesidades cognoscitivas de la clínica psiquiátrica.

Mi intención, ha sido al escribir este manual de Psiquiatría, presentar un texto sencillo, con un lenguaje fácilmente comprensible, en el que se encontrará toda la información importante para la práctica clínica cotidiana, más allá de las teorizaciones y de las hipótesis de las que desafortunadamente la Psiquiatría es aún muy rica. El objetivo es dar al estudiante una base informativa: enseñando, categorizando, dando nociones, pudiendo servir de consulta para quien desea conocer o profundizar un tema especial.

María Eugenia López Paravicini

TEMA 01

FUNDAMENTOS DE LA PSICOPATOLOGÍA PSICOPATOLOGÍA DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS

Los trastornos psiquiátricos, como ocurre, en toda patología se expresan, en alteraciones características que pueden evaluarse a través de la Historia clínica y la exploración física del paciente.

La exploración psiquiátrica es un ejercicio de valoración del estado mental y del comportamiento verbal y no verbal de un paciente. La exploración psiquiátrica requiere conocimientos, una relación interpersonal y unas técnicas que hagan posible llegar al diagnóstico y plantear el tratamiento y la asistencia más convenientes.

Desde este punto de vista práctico la **Psicopatología** descriptiva recoge y ordena las manifestaciones clínicas y las agrupa en unidades de análisis.

Los signos son las observaciones y hallazgos objetivos realizados por el médico.

Los síntomas son las experiencias subjetivas descritas por el paciente.

Un síndrome es una agrupación de signos y síntomas que aparecen juntos y forman un patrón reconocible.

En relación con el análisis de los síntomas, hay que tener en cuenta el modo y el grado de conciencia en que el enfermo vive sus alteraciones psíquicas, y comprender la afectación que cualquier alteración del estado mental puede producir en el paciente.

Los factores sociales y culturales tienen una clara influencia sobre las manifestaciones, o expresión de los síntomas, y el diagnóstico psiquiátrico.

En el análisis de los síntomas, y en relación con sus factores causales, debe distinguirse entre:

Síntomas Primarios, son causados directamente por el trastorno patológico (forma inmediata, como lo instintivo: formas de delirar, las alucinaciones, directamente causado por el proceso morboso).

Síntomas Secundarios, que surgen por elaboración posterior (se relacionan causalmente con acontecimientos, conductas o con otros síntomas que han aparecido previamente: ansiedad secundaria a un hecho traumático o la angustia que aparece en un delirio de persecución).

Síntomas Orgánicos, aquellos originados por un proceso que afecta el cerebro (lesión o alteración).

Síntomas Funcionales, aquellos que no tienen ese origen.

Una misma causa puede producir cuadros psíquicos diferentes, y un mismo cuadro puede estar causado por diferentes causas. Ejm. Una situación estresante puede ser la causa de trastornos mentales muy dispares como crisis de angustia, depresión. Un cuadro febril puede ocasionar un cuadro confusional de similares características.

┆ A. ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN

La percepción hace referencia al proceso que se realiza en el SNC, por el cual la información procedente de los diversos canales sensoriales, llega a hacerse consciente como una parte de la realidad para la persona. En este sentido, los objetos externos o elementos de la propia persona constituyen percepciones y representaciones.

En las **percepciones**, el objeto aparece en el espacio exterior objetivo, con corporeidad, completo, con carácter sensorial e independiente de la propia voluntad.

En las **representaciones**, el objeto aparece en la imaginación, en el espacio subjetivo, le falta el carácter de corporeidad y sensorialidad, y es dependiente de la voluntad modificable.

La **percepción normal**, requiere que el individuo pueda recibir información sensorial y que los datos se organicen de manera comprensible y significativa. La **intensidad de la percepción**, está condicionada por el grado de atención y de vigilia.

Una **atención y concentración muy focalizadas** pueden producir sensaciones aumentadas (Hiperestesia, hiperacusia), y percepciones agudas e inusuales.

La **estimulación excesiva**, puede desencadenar percepciones distorsionadas en muchas personas.

Así mismo, la **deprivación sensorial** puede producir ilusiones y fenómenos alucinatorios auditivos y visuales.

La percepción también depende de la memoria, el estado de ánimo, las emociones y los sentimientos, el nivel de ansiedad, y de factores como el uso de tóxicos, entre otros.

La intensidad de las percepciones, puede estar aumentada o disminuida en algunos trastornos mentales.

En los **estados depresivos** es frecuente la reducción perceptiva, con cierto embotamiento y pobreza de sensaciones.

Por el contrario, en los estados de exaltación afectiva (**manía**), existe una percepción acentuada.

Alteraciones de este tipo pueden estar presentes en síndromes tóxicos y de abstinencia relacionadas con sustancias (alucinógenas, estimulante, otras), e incluso en enfermedades cerebrales (epilepsia).

La calidad de la percepción se altera, frecuentemente en los psicóticos, en la que determinadas sensaciones (olores, gustos, ruidos) son percibidos con un matiz o carácter diferente del habitual.

ALTERACIONES CUANTITATIVAS

Aceleración de la percepción: Es el aumento de las unidades de percepción por segundo, se ve en los casos de aceleración del ritmo psíquico: excitación psicomotriz.

Retardo de la percepción: Disminución del número de percepciones por segundo, se ve en los casos de retardo del ritmo psíquico: depresión psicomotriz, confusión mental.

Abolición de la percepción: Normalmente es en el sueño y en casos de lesiones del sistema nervioso central en zona sensorial determinada (oído, vista, etc.).

Apercepción psíquica: Son lesiones periféricas de los aparatos perceptivos, agnosia o falta de conocimiento.

ALTERACIONES CUALITATIVAS

Ilusión: Es la percepción falseada de un objeto real, percepciones de estímulos corporales (dolores) vividos como amenazadores por pacientes angustiados.

Causas: debilitación de la atención por fatiga o en la transición el sueño y la vigilia. En la excitación psicomotriz por inestabilidad de la atención. En la depresión psicomotriz por introversión de la atención. En la confusión mental

por la torpeza del sensorio. En las demencias por debilitación de la psique. Exaltación emocional, más frecuente que la anterior (ojo se ve en la emoción violenta).

Como en las ilusiones, algún aspecto de una realidad existente, es percibido de manera equivocada. Pueden estar facilitadas por un nivel bajo de estimulación (oscuridad), y son frecuentes cuando el nivel de conciencia esta descendido y, asimismo, cuando existen factores emocionales como el miedo. Ejm. Las sombras en la oscuridad pueden parecer figuras amenazadoras y el viento puede percibirse como gritos o susurros.

Las ilusiones aparecen en trastornos patológicos como: Delirium y la ansiedad y varían el nivel de conciencia alterado o el estado de miedo.

DISTORSIONES PERCEPTIVAS

Anomalías en la percepción de la intensidad de los estímulos:

- **Hiperestесias** (por exceso) vs. hipoestесias (por defecto).
- **Anestесias** (ausencia absoluta de percepción de la intensidad estimular).

Anomalías en la percepción del dolor:

- **Hiperalgesias vs. hipoalgesias.**
- **Analgesias** (ausencia total de percepción de dolor).

La intensidad con la que podemos percibir un determinado estímulo en un momento dado, depende de una multiplicidad de factores externos al individuo (características del estímulo) y en su propio interior (características del propio organismo receptor). La dimensión de percepción de la intensidad de estímulos, varía como consecuencia de:

- Las características del estímulo a percibir.
- El contexto o el momento en que se produce la percepción.
- El sujeto que percibe (el receptor).

Anomalías en la percepción de la cualidad

En muchas ocasiones van asociadas a las anomalías de percepción de la intensidad de estímulos y hacen referencia sobre todo a las visiones coloreadas,

cambios en la percepción del color de los objetos y a la mayor y menor nitidez y detalle de las imágenes.

Estas anomalías suelen ser provocadas por el uso involuntario o inducido de ciertas drogas y/o medicamentos o lesiones de naturaleza neurológica. Pueden aparecer en trastornos mentales como esquizofrenias o depresiones.

En este tipo de casos, existe un correcto funcionamiento de los órganos sensoriales, es la percepción del mundo la que está alterada en este paciente:

Metamorfopsias: Anomalías en la percepción del tamaño y/o la forma.

- **Dismegalopsias:** Anomalías en la percepción del tamaño: micropsias (los objetos reales se perciben a escala reducida o muy lejanos) y macropsias (los objetos reales se perciben a escala aumentada o muy cercana).
- **Dismorfopsias:** Anomalías en la percepción de la forma.
- **Autometamorfopsias:** Referidas al propio cuerpo.

La persona suele ser consciente de las anomalías que está experimentando, y sus reacciones emocionales ante la experiencia varían enormemente. Comúnmente las metamorfopsias se asocian a distorsiones en la percepción de la distancia.

Estas anomalías se presentan en una amplia gama de situaciones: trastornos neurológicos, consecuencia de los efectos de determinadas drogas, etc.

Anomalías en la integración perceptiva:

- **Aglutinación:** Las distintas cualidades sensoriales se funden en una única experiencia perceptiva.
- **Sinestesia:** Asociación anormal de las sensaciones en la que una sensación se asocia a una imagen que pertenece a un órgano sensorial diferente.
- **Escisión:** El objeto percibido se desintegra en fragmentos o elementos.

Anomalías poco frecuentes, que pueden aparecer en estados orgánicos y esquizofrenia. La persona es incapaz de establecer nexos que habitualmente

existen entre dos o más percepciones procedentes de modalidades sensoriales diferentes.

Las conexiones entre ambas modalidades sensoriales (auditiva y visual) han fracasado o no se han establecido correctamente, así la persona tiene la sensación de que proceden de fuentes diferentes y de que atraen el mismo tiempo sus recursos atencionales.

Anomalías es la estructuración de estímulos ambiguos:

- **Ilusiones:** Distorsiones perceptivas en la medida en que se definen como una “percepción equivocada de un objeto concreto”. Perceptos que no se corresponden con las características físicas “objetivas” de un estímulo concreto. Resultado de una tendencia a organizar en un todo significativo, elementos más o menos aislados entre sí o con respecto a un fondo.
- **Sentido de presencia:** La persona tiene la sensación de que no está sola, es frecuente que también pueda aparecer asociado a estados de ansiedad y miedo patológico, esquizofrenia, histeria y trastornos mentales de origen orgánico.
- **Pareidolias:** El individuo proporciona una organización y significado a un estímulo ambiguo o poco estructurado, no son patologías.

Las ilusiones son el producto de una combinación entre predisposiciones internas o subjetivas y externas.

ENGAÑOS PERCEPTIVOS

En los engaños perceptivos se produce una experiencia perceptiva nueva que:

- a). Suele convivir con el resto de las percepciones “normales”.
- b). No se fundamenta en estímulos realmente existentes fuera del individuo.
- c). Se mantiene y/o se activa a pesar de que el estímulo que produjo la percepción inicial ya no se halla físicamente presente.

La experiencia perceptiva que tiene el individuo puede estar fundamentada o no en estímulos reales accesibles a los sentidos; así, la experiencia perceptible persiste independientemente de que se halle presente el supuesto estímulo que la produjo, por esto es que también se les llama: “percepciones falsas”, “aberraciones perceptivas” o “errores perceptivos”.

En los engaños perceptivos, el estímulo es sólo un supuesto.

Alucinaciones: Percepciones sin objeto, es decir, sin que ningún órgano sensitivo o sensorial, haya recibido estímulo alguno de la realidad.

La alucinación es una alteración perceptiva producto de la elaboración de un juicio interferido y desviado, que crea una viva representación originada en una imagen del recuerdo o de la fantasía; proyectada al exterior y aceptada como real, como producto de una captación sensorial (percepción sin objeto).

Las alucinaciones son experimentadas, como algo real no imaginario, situado en el exterior, en el espacio objetivo del individuo, y no pueden diferenciarse de las percepciones reales.

Pueden afectar cualquier sistema sensorial, y a menudo son simultáneas.

Representación mental que comparte características de la percepción e imaginación, se produce en ausencia de un estímulo apropiado a la experiencia que la persona tiene, tiene toda la fuerza e impacto de la correspondiente percepción real y no es susceptible de ser dirigida ni controlada voluntariamente por quien al experimenta.

Clasificación de las alucinaciones:

- **Según su complejidad**
 - Elementales
 - Complejas
- **Según sus contenidos**
 - Miedos, deseos, recuerdos, experiencias anteriores, etc.
 - Contenidos culturales y/o religiosos.
 - Situaciones vitales especiales: reclusión, conflictos, etc.
 - Relacionadas con los contenidos de los delirios o de otras psicopatologías.

- **Según la modalidad sensorial**
 - Auditivas
 - Visuales
 - Táctiles
 - Olfativas
 - Gustativas
 - Somáticas o viscerales (cenestésicas)
 - Cenestésicas o de movimiento
 - Multimodales o mixtas

Las alucinaciones sensoriales: Se producen en los cinco aparatos sensoriales externos:

- **Alucinaciones auditivas:** Pueden ser más o menos elementales, indiferenciadas desde simples sonidos y ruidos, a palabras o conversaciones incluso muy complejas, a veces de varias personas que dialogan y comentan actividades del paciente, o le insultan. (ruidos, zumbidos, silbidos). En un grado más diferenciado, forma verbal: repetición de una o más palabras. En un grado de diferenciación perfecto se distinguen diferentes voces con gran nitidez. Se observan en: Psicosis de base orgánica cerebral conocida, como: El delirium, Encefalopatías tóxicas y metabólicas, Crisis epilépticas, Trastornos esquizofrénicos.
- **Alucinaciones visuales:** Generalmente en estados tóxicos o infecciosos. Elementales: llamas, colores y sombras indefinidas. Más individualizadas: animales, objetos o personas.
- **Alucinaciones olfatorias y gustativas:** Generalmente se presentan asociadas y son desagradables, en relación con los alimentos. En algunos casos son agradables.
- **Alucinaciones táctiles y de la sensibilidad general:** De contacto, térmicas y dolorosas. De tacto activo: sensación de tocar; de tacto pasivo: sensación de ser tocado.
- **Alucinaciones cenestésicas:** Se refieren a los sentidos internos, se ven en los hipocóndricos, melancólicos y neuróticos.
- **Alucinaciones cinéticas o kinestésicas:** Sensación de movimiento parcial o total del cuerpo. Se ve en esquizofrénicos.

Variantes de experiencia alucinatoria:

- **Pseudoalucinaciones:** Cuando no existe el carácter de sensorialidad y corporeidad real, y lo percibido no se sitúa en el exterior sino en el interior de la mente. Eji., en el trastorno esquizofrénico, el paciente oye “voces que no son como las otras, dentro la cabeza, en el pensamiento”. Alucinación que se produce preferentemente en las modalidades visual y/o auditiva, en las que no existe convicción clara acerca de la realidad perceptiva de la experiencia, por lo que la persona las califica como imágenes o experiencias producidas por su propia mente.
- **Alucinaciones funcionales:** Alucinaciones activadas y/o desencadenadas por un estímulo, el cual es percibido al mismo tiempo que la alucinación y en la misma modalidad sensorial.
- **Alucinaciones reflejas:** Alucinaciones producidas en una determinada modalidad sensorial que es desencadenada por la percepción (correcta) de un estímulo perteneciente a un campo sensorial diferente a aquel en que se produce la alucinación.
- **Alucinaciones extracampinas:** Alucinaciones que se experimentan fuera del campo sensorial plausible. Ocurren cuando se captan estímulos que escapan al campo sensorial. Son visuales.

Pseudopercepciones o Imágenes anómalas:

- **Imágenes mnémicas:** Imágenes de los recuerdos que suelen presentarse de modo deformado.
- **Imágenes eidéticas:** Esta es una variedad de imagen mnémica, que consiste en la representación mental de una experiencia sensorial previa (de un percepto), que conserva todas o la mayor parte de las propiedades de ese percepto, y que la persona puede evocar a voluntad.
- **Imágenes consecutivas:** Por la persistencia de la imagen (percepto) sensorial después de desaparecido el estímulo, habitualmente cuando éste ha sido muy intenso.
- **Imágenes parásitas:** Son consecuentes a un estímulo que ya ha desaparecido. Se denominan parásitas porque “aparecen” cuando el individuo no fija su atención en ellas y desaparecen cuando se concentra en

la experiencia. Suelen aparecer en estados de cansancio o fatiga extremos.

- **Imágenes alucinoides:** Imágenes autónomas y similares a las alucinaciones, excepto por el momento de su aparición, ya que están ligadas exclusivamente a estados carenciales, hipertermia, etc., y por el hecho de que la persona mantiene los ojos cerrados y sabe que lo que experimenta son imágenes.

Alucinosis: Es un estado alucinatorio persistente, que no despierta ninguna interpretación delirante, hay conciencia de que se produce a consecuencia de una perturbación determinada.

Alucinaciones verbomotoras: Más que alucinaciones son un trastorno del pensamiento, es la sensación de que otras personas hablan por intermedio del sujeto.

Alucinaciones hipnagógicas: Ocurren cuando disminuye la lucidez de la conciencia; por ejemplo en el paso de la vigilia al sueño, fatiga, etc.

Alucinaciones extracampinas: Ocurren cuando se captan estímulos que escapan al campo sensorial. Son visuales.

Percepción delirante: Es una falsa interpretación de una percepción real, siempre es precedida por una alteración del juicio.

Eco o sonorización del pensamiento: Es un trastorno del pensamiento, un anormal fenómeno perceptivo del mismo. Es la sensación de oír los propios pensamientos.

┆ B. PSICOPATOLOGÍA DE LA ATENCIÓN Y DE LA CONCENTRACIÓN

La atención es el mecanismo y trabajo mental mediante el cual se hace el aporte de las ideas al campo de la conciencia para la elaboración del pensamiento. Las ideas acuden a la conciencia de acuerdo con un orden y con una finalidad determinados por el tema o contenido del pensamiento.

El concepto de atención puede aludir a distintas características y/o propiedades, y es definible tanto por sus modalidades como por los efectos que produce en el procesamiento de la información.

Las propiedades de la atención son la selectividad, capacidad, concentración o alerta.

Scharfetter, define:

Atención. Orientación (activa o pasiva) de la conciencia hacia algo que se experimenta. Es decir, es la capacidad de centrar la conciencia en una parte de la experiencia, o en determinada cuestión.

Concentración. Persistencia concentrada de la atención. Es decir, es la capacidad para mantener la atención centrada durante más o menos tiempo en determinada actividad. Ambas experimentan constantes oscilaciones a lo largo del día, y se modifican en situaciones como la fatiga, las emociones y con las condiciones ambientales (monotonía, ruidos).

La **Hipoprosexia** es una disminución de la atención. Se observa con frecuencia en los trastornos afectivos, por la pérdida de interés y apatía. En la ansiedad existe una labilidad de la atención. La distraibilidad, es la incapacidad para mantener la atención en un punto determinado.

Las personas con lesión cerebral pueden presentar hipoprosexia por fatigabilidad.

La **Aprosexia** consiste en la abolición total de la atención que puede observarse en alteraciones graves de la conciencia, agitaciones y también en el autismo, donde existe inversión de la atención hacia el mundo interno.

Las **Seudoaprosexias**, la atención aparece como ausente, pero sigue funcionando, como ocurre por ejm: en los trastornos disociativos.

Las hiperprosexias existe un aumento de la circunspección con atención selectiva a estímulos externos e internos. Se puede observar en estados delirantes, paranoides, y en general en estados de ansiedad. Además, Scharfetter ofrece la siguiente clasificación de los trastornos atencionales:

1. **Falta de atención y trastorno de la concentración.** Incapacidad o capacidad disminuida para enfocar, concentrarse y orientarse hacia un objeto. Trastorno de la capacidad de prestar atención persistentemente a una determinada actividad, objeto o vivencia. Intensa distraibilidad y falta de concentración.

2. **Estrechamiento de la atención.** Concentración sobre unas pocas cosas.
3. **Oscilaciones de la atención y de la concentración.** Alteraciones en cuanto a la duración de la atención. Oscila con arreglo al interés, a la participación personal de un sujeto en un objeto, etc.

Según Higuera, Jiménez y López, la atención estaría tan relacionada con la conciencia que no sería posible separarla de ella. También hacen una clasificación de las psicopatologías atencionales distinguiendo entre anormalidades cuantitativas y anormalidades cualitativas. Entre las anormalidades cuantitativas, distinguen:

1. **Elevación del umbral de la atención.** La atención no se despierta si no es con estímulos intensos.
2. **Indiferencia.** Considerable falta de atención para interesarse por los acontecimientos, siendo ineficaces los estímulos que despiertan interés en situaciones normales.
3. **Inestabilidad de la atención (distraibilidad o hiperprosexia).** La atención se halla dirigida superficialmente a los estímulos de cada momento, siendo difícil concentrarla y mantenerla en un objeto.
4. **Fatigabilidad de la atención.** Modificación causada por el efecto de mantener la atención, que se acompaña de escasos rendimientos y abundancia de errores.

Dentro de las alteraciones cualitativas, se ubica la **perplejidad**, en la que el sujeto no logra la síntesis del contenido de la atención, careciendo de la significación concreta de los fenómenos y sus relaciones efectivas, de suerte que no acierta a comprender sus actos y las circunstancias que le rodean.

┆ C. PSICOPATOLOGÍA DE LA MEMORIA

La memoria, es la capacidad de registrar, retener y evocar las experiencias, requiere un nivel de atención adecuado, el registro de información a través de los canales sensitivos, y su organización a través de procesos diencefálicos y corticales integrados complejamente.

La memoria es una función compleja por la cual, la información almacenada en el cerebro es después recordada. Intervienen varios componentes:

- Fijación. Entrada y Registro de la información.
- Conservación. Almacenamiento de la información.
- Evocación. Posibilidad de recuperar información almacenada.
- Reconocimiento. Es la sensación de familiaridad que acompaña a la información almacenada, cuando ésta es recuperada o presentada de nuevo ante nosotros.

La función de la memoria además de recordar los acontecimientos, sucesos, habilidades (que una vez aprendidas no se olvidan aunque dejen de practicarse durante largos períodos de tiempo) etc., parece ser la de ahorrar tiempo al tratar de solucionar por segunda vez algún problema.

Memoria a corto plazo (MCP). Almacén de memoria, de duración y capacidad limitadas (como mucho, 7 elementos o ítems durante 20 segundos).

Memoria a largo plazo (MLP). El almacén permanente de capacidad prácticamente ilimitada. Contiene nuestros recuerdos autobiográficos, el conocimiento del mundo, así como el lenguaje, sus reglas y los significados de los conceptos.

Memoria declarativa. Parte de la memoria cuyos contenidos corresponden a conocimientos del tipo “saber qué”. Incluye:

- a). Memoria episódica:** Parte de la memoria permanente, se ocupa de almacenar, retener y recuperar información relativa a episodios con una referencia autobiográfica, esto es, contextualizados en tiempo y lugar para su poseedor.
- b). Memoria semántica:** Trata con información de carácter general, con “conocimientos”, con independencia del contexto temporal y espacial en que se adquirieron.

Memoria operativa. Concepto que sustituye al de MCP; alude a un sistema más complejo en el que se resalta sobre todo su carácter operativo por encima de las funciones de almacenamiento de la información, compuesta de un ejecutivo central que es un sistema de control atencional que se encarga de seleccionar las estrategias para tratar con la información de entrada y también de decidir qué pasos y en qué orden aplicarlos. Baddeley (1990) concibe la memoria operativa como compuesta de un ejecutivo central y de varios subsistemas:

- a). Bucle fonológico:** Se ocupa de la información basada en el habla.

b). Agenda viso-espacial: Responsable de la creación y manipulación de imágenes visuales.

El sistema de memoria operativa permite explicar el déficit suponiendo que la lesión cerebral ha afectado a alguno de los componentes del sistema.

Memoria de procedimientos. Incluye el conocimiento subyacente a habilidades cognitivas, motoras, etc., y al aprendizaje por condicionamiento, es decir, el “saber cómo”.

COMO EVALUAR LA MEMORIA MEDIANTE TAREAS

Tareas directas (deliberadas, explícitas, intencionales)

Pruebas como las de recuerdo libre, recuerdo con indicios y reconocimiento, en las que las instrucciones siempre se hacen referencia al episodio en que se adquirió la información.

Tareas indirectas (no deliberadas, implícitas, incidentales)

Tareas que permiten observar los efectos de la experiencia previa sin hacer referencia a un episodio previo concreto.

1. Pruebas de conocimiento factual, conceptual, léxico y perceptivo
2. Pruebas de conocimiento de procedimientos
3. Pruebas de respuesta evaluativa
4. Otras pruebas de cambio conductual

ETIOLOGÍA GENERAL

Se han distinguido clásicamente las amnesias orgánicas de las psicógenas.

En las **orgánicas** existen factores causales que actúan directamente sobre el cerebro (traumatismos, tumores, intoxicaciones, enfermedades generales y sistémicas).

En las **psicógenas** aparece la alteración amnésica tras determinadas experiencias biográficas de fuerte significado emocional y afectivo. A veces estas amnesias tienen un carácter selectivo para determinados recuerdos.

DISTORSIONES DE LA MEMORIA

En las **hipermnesias** se produce un aumento de la capacidad de codificar, retener o evocar determinados aspectos, como ocurre a veces en estados obsesivos o ansiosos.

Algunas personas, a veces con nivel intelectual bajo, adquieren una especialización en codificar y evocar sucesos, listas, calendarios, composiciones musicales, etc.

Las **paramnesias** son distorsiones de la memoria. Término introducido por Kraepelin para hacer referencia a las distorsiones de memoria en grado patológico, debido a la inclusión de detalles falsos o por una referencia temporal incorrecta.

Pueden consistir en falsos recuerdos, confabulaciones, con las cuales, como ocurre en el Síndrome de Korsakoff, se rellena la falta de experiencias recientes, o las alteraciones de la novedad o familiaridad de lo vivido, como ocurre en las vivencias de “nunca visto o vivido” y “ya visto o vivido”.

Parapraxias. Freud denominó así a aquellos errores, aparentemente sin importancia, como la punta de la lengua o el olvido de nombres y fechas.

Anomalías en el recuerdo

1. El fenómeno de “no puedo ubicarte” o “tu cara me suena”
2. “Conozco la cara, pero no el nombre”
3. Sensación de conocer
4. Punta de la lengua
5. Laguna temporal
6. Verificación de tareas
7. Pseudomemorias y falsificación de la memoria

Anomalías del reconocimiento

1. **Déja vu:** Se experimenta la sensación de que lo que se está viviendo ya se había vivido o por lo menos se había soñado, sin ser cierta siquiera.
2. **Jamais vu:** Aunque se conoce y se está consciente de ya haber vivido cierta situación, no se experimenta ninguna sensación de familiaridad con esta.

- 3. Criptomnesia:** Experiencia en la que un recuerdo no es experimentado como tal, sino que se cree que es una producción original, vivida por primera vez.

AMNESIA RETRÓGRADA

Es la incapacidad para recordar el pasado. En ocasiones alcanza sólo minutos anteriores a la conmoción, y si esta es muy fuerte la pérdida se extiende hasta los recuerdos de meses e incluso de años antes. Se pierde además lo más reciente antes que los recuerdos antiguos, y llegan a perderse cuanto más grave haya sido la lesión.

La recuperación de la memoria sigue ese eje autobiográfico (en sentido inverso), así se recuperan antes los recuerdos más antiguos que los más recientes. La recuperación de los minutos anteriores al trauma no suele producirse nunca.

La amnesia retrógrada es la pérdida de la memoria de hechos sucedidos antes de la acción etiológica. Así, tras un traumatismo cerebral, puede borrarse no solo lo sucedido con posterioridad, sino también sucesos vividos minutos o incluso horas antes del traumatismo.

EL SÍNDROME AMNÉSICO

El síndrome amnésico es la denominación general que se da a todos los casos “puros” de amnesia, en que una lesión cerebral produce un déficit global y permanente de memoria sin que haya otros deterioros intelectuales. Se caracteriza por una gran dificultad para retener información nueva (recibida después del comienzo de la amnesia), esto es, amnesia anterógrada, y que puede ir acompañada o no de amnesia retrógrada.

AMNESIA ANTERÓGRADA

Incapacidad para adquirir la nueva información. Aparece después de alguna acción etiológica (traumatismo cerebral, etc.) y de la alteración de la consciencia consiguientemente. Es la incapacidad para aprender nueva información, después del trastorno que dio lugar a la amnesia. Según la causa actuante, esta incapacidad de fijar y recordar podrá ser más o menos duradera o hacerse permanente (demencias).

¿CÓMO SE PUEDE EXPLICAR LA AMNESIA?

El amnésico mantiene intactas las funciones del lenguaje y muestra un buen rendimiento en pruebas semánticas que requieren conocimientos adquiridos tiempo atrás, también todos los conceptos y reglas que se precisan para resolver estas pruebas con éxito son adquisiciones muy tempranas en la vida de cualquiera.

El deterioro amnésico se puede explicar mejor en términos de procesos, ya que es el resultado de un déficit en la codificación o almacenamiento del material presentado, en la retención o en la recuperación.

AMNESIA Y DEMENCIAS

Demencia. Una clase de trastornos degenerativos del cerebro que produce un declive gradual en la función intelectual y de la que los problemas de memoria son el primer síntoma. A medida que avanza la enfermedad, el deterioro intelectual y emocional se hace más general y grave hasta llegar a un estado de demencia profunda.

Eje: La enfermedad de Alzheimer, es una de las demencias más populares actualmente. Su diagnóstico se puede alcanzar solo mediante la autopsia. También se le conoce como “demencia senil o presenil”.

Las primeras etapas de la enfermedad se caracterizan por una aparición insidiosa de anomalías en la memoria, desorientación, pérdida de iniciativa y de espontaneidad y sintomatología depresiva.

MEMORIA Y EMOCIÓN

Congruencia con el estado de ánimo: El material acorde en valencia afectiva con el propio estado de ánimo se aprende y recuerda mejor que el material con una valencia afectiva diferente.

Memoria dependiente del estado: Lo que se experimente en un determinado estado de ánimo tenderá a ser recordado más fácilmente cuando se reinstaure ese estado de ánimo, independientemente de si el material es agradable, desagradable o neutro.

┆ D. PSICOPATOLOGÍA DE LA CONCIENCIA

La conciencia es la capacidad de la persona de darse cuenta de sí misma y del entorno.

La valoración de los trastornos del nivel de conciencia es un aspecto clave, ya que sus alteraciones influyen en el resto de la exploración, y se asocian con alteraciones de la orientación, atención, percepción, del pensamiento, memoria.

La integridad de la conciencia se demuestra cuando una persona es capaz de reaccionar apropiadamente, y de forma psicológicamente comprensible, a estímulos externos e internos.

La naturaleza de la conciencia era considerada como una realidad ontológica separada del cerebro o bien un epifenómeno de cada una de las funciones mentales. Más tarde es cuando se identifica a la conciencia y sus productos con la actividad cerebral. Se reconocen principalmente cuatro grandes períodos en la historia de la Psicopatología de la conciencia:

Período anatomoclínico. Abarca desde Pinel y los grandes clínicos de principios de siglo XIX, Bayle, Laennec, Chomel y Louis.

La etapa dinámica y la hipótesis de la tensión psíquica. Adquiere máxima preponderancia el concepto de “nivel” e “inconsciente”, sus representantes son Jackson, Freud, Janet, etc.

La teoría del campo de conciencia. Es el período fenomenológico existencial, que utiliza el concepto de campo de conciencia para explicar determinados fenómenos psicopatológicos.

Período cibernético o computacional. Considera la conciencia como un complejo de unidades de información (sintácticas, semánticas, pragmáticas, etc.) cuyo soporte material es el cerebro.

INTEGRIDAD Y CONSTANCIA DE LA CONCIENCIA

Conciencia. Capacidad (del cerebro) para autorrepresentar el conocimiento y el pensamiento propios.

Posner y colaboradores, observaron que las operaciones mentales elementales,

que forman la base del análisis cognitivo de las acciones humanas, están estrictamente localizadas en áreas corticales específicas.

Nuestros códigos internos, se basan en información que recibimos de nuestros sentidos, de nuestro mundo “fenoménico”, de nuestro “campo de conciencia”. La estabilidad o invariancia de nuestros códigos internos deriva de la integridad de las estructuras cerebrales en las que sientan.

La pérdida de la integridad y constancia de la conciencia podría deberse a varios mecanismos:

1. Por una alteración en las unidades del funcionamiento (Luria).
2. Por un fenómeno de desconexión entre ambos hemisferios.
3. Por pérdida del número disponible de células nerviosas y conexiones pertinentes entre ellas.

EXPLORACIÓN DE LA CONCIENCIA

Observación y descripción de la conducta

Desde el punto de vista cuantitativo, el nivel de conciencia o vigilancia varía entre los estados de coma y estados de alerta.

Se debe comprobar si el paciente está totalmente despejado, o si existe una disminución del nivel de alerta o vigilancia, la cual aunque puede estar causada por el cansancio o por algunos trastornos psiquiátricos es muy sugestiva de enfermedad orgánica subyacente.

Las formas clínicas de presentación de la patología de la conciencia, se presentan en determinados comportamientos verbales y motores. Así es que deben resaltarse los aspectos:

1. Capacidad atencional
2. Conducta motora
3. Humor y reactividad afectiva
4. Cambio de hábitos personales
5. Presencia o ausencia de elementos delirantes y/o alucinatorios

El análisis de la conducta permite una aproximación sindrómica de la patología.

Examen físico y datos de laboratorio

Se deben resaltar los siguientes puntos:

- 1) Signos vitales anormales
- 2) Incontinencia de esfínteres reciente
- 3) La señalización de signos neurológicos
- 4) Convulsiones, temblor, afasia y 51 valores metabólicos anormales.

Los signos y síntomas de la alteración orgánica de la conciencia son:

- a) Fluctuación de la reactividad sensorial
- b) Agitación y conducta no cooperativa
- c) Labilidad del humor

ALTERACIONES DEL SENSORIO

Sensorio: Nivel de alerta y atención normal junto a la capacidad para reaccionar apropiadamente y de forma psicológicamente comprensible a estímulos internos y externos. Un sensorio normal ocupa la vigilia y el sueño.

Sueño: Estado fisiológico de la conciencia o del cerebro, cualitativamente distinto a los estados de sopor y coma.

La somnolencia: Es un estado de disminución de la conciencia asociado al deseo de dormir. La persona está despierta, aunque enlentecida, a veces con habla disártrica y puede quedarse dormida en seguida si se libra de la estimulación sensorial (Ejm: intoxicaciones por sustancias depresoras del sistema nervioso, trastornos metabólicos).

Hipervigilia: Resulta de la exaltación de los sistemas neurobiológicos que controlan la atención y la alerta. “Ampliación de la conciencia”, es la exaltación de los sentimientos o vivencia. La hipervigilia es una mezcla de síntomas provenientes de la esfera sensorial, motórica, cognitiva y afectiva.

El sopor: El individuo está prácticamente inconsciente aunque puede responder a estímulos de gran intensidad. Los reflejos están disminuidos y la respiración es lenta y profunda.

El coma: Es un grado profundo de inconsciencia en el cual el individuo no

responde a estímulos y existen las alteraciones vegetativas características. La conciencia está alterada no solo en su nivel sino también en su calidad.

Obnubilación: Estado de claridad mental incompleta, con somnolencia y también con alteraciones de la percepción, disminución de la atención y concentración, con confusión e ideación enlentecida. La alteración del sensorio es más profunda. Se alternan síntomas de excitación e irritabilidad con somnolencia. La distraibilidad es permanente, con distorsión de las percepciones auditivas y visuales. La confusión y desorientación temporoespaciales suelen ser constantes. El síntoma patológico preponderante: confusión. El síntoma neurológico: retardo en el despertar y mantener la vigilia y atención.

Estupor: Falta de reacción o desconexión con el medio, ausencia de funciones de relación con el entorno (movimiento y habla). La persona puede estar con los ojos abiertos, pero permanece muda e inmóvil y no reacciona al medio (esquizofrenia, lesiones cerebrales).

Pacientes que sólo son capaces de alcanzar un ligero estado de alerta mediante estímulos potentes. Son incapaces de emitir alguna conducta intencional y las ocasionales respuestas verbales son incoherentes o ininteligibles. El estupor es la disminución de la actividad de las funciones intelectuales, acompañada de un aire de asombro o indiferencia.

La conciencia del cuerpo se vive alteradamente en la **anosognosia** (falta de conciencia sobre la alteración de una parte del cuerpo).

- **El miembro fantasma:** Falsa percepción de una parte corporal amputada.
- **Asomatognosia:** Las vivencias de falta de percepción de partes corporales.
- **Desrealización:** La realidad puede vivirse con extrañeza.

Coma y muerte cerebral: Si el cerebro deja de responder a la estimulación (coma profundo) y ya no aparecen los reflejos pupilo-corneal, audioocular y oculoencefálico.

ALTERACIONES GLOBALES, CONFUSIÓN Y DELIRIUM

El delirio o estado confusional: Es una alteración de la conciencia importante y frecuente, además de un descenso del nivel de conciencia, el paciente está

confuso, desorientado, con pensamiento desorganizado, distraído, y presenta alteraciones perceptivas, con ilusiones y alucinaciones, desconfianza.

El paciente presenta ansiedad, miedo, labilidad emocional, inquietud e incluso agitación motora (trastornos orgánicos).

El delirium tremens (delirio con temblor y con alucinaciones pequeñas, con frecuencia animales) por abstinencia alcohólica.

Estados confusionales, es la forma genérica de nombrar tanto a la confusión, como al delirium. Las características comunes de estos, son:

1. Identidad patógena.
2. Inicio súbito.
3. Falta de sistematización delirante.
4. Repercusión más o menos intensa del estado general.
5. Duración relativamente escasa.
6. Posibilidad de restitutio ad integrum o al estado premórbido.

La confusión: Es la incapacidad para distinguir lo real de lo imaginario. Es una pérdida del control voluntario sobre las facultades intelectuales (Chaslin).

- **Estadio asténico-apático.** La sintomatología característica consiste en: fatigabilidad-astenia-apatía; labilidad afectiva-irritabilidad; fluctuaciones de la atención, concentración y memoria; sensibilidad a la luz y al sonido; insomnio.
- **Estadio confusional.** Este es un cuadro de transición entre el estadio asténico-apático y la eclosión del delirium con claudicación del nivel de conciencia. Se presentan los siguientes síntomas: pérdida de coherencia; paramnesia; propagación del error; jerga ocupacional; inatención a estímulos ambientales; disgrafía; desinhibición de la conducta.
- **Delirium.** Es de duración breve (1-2 semanas), y el compromiso vital es importante. Su sintomatología consiste en: actividad alucinatoria, trama dramática, fuerte descarga emocional, delirio de los actos (delirio ocupacional), alteración de la conciencia, amnesia consecutiva.

El estado crepuscular: Consiste en un estrechamiento o reducción del campo de la conciencia que se centra sobre un solo objeto o grupos de objetos, permaneciendo sin relieve todo lo que queda fuera. El paciente parece no estar

despierto del todo, y con frecuencia presenta conductas automáticas, sin la ideación correspondiente, e incluso conductas impulsivas, que a veces pueden ser peligrosas para el mismo o para otros (relación con enfermedades cerebrales o etiología psicógena).

ALTERACIONES CIRCUNSCRITAS

Alteraciones de algunas de las propiedades de la conciencia, son relativamente inusuales, rara vez acontecen aisladas, con frecuencia son síntomas de enfermedades específicas psiquiátricas, neurológicas o sistémicas.

Despersonalización. Desrealización. Pérdida del sentido de la realidad externa e interna junto a la sensación de vivir en un sueño relacionado con las “neurosis cerebro-cardíacas”.

Alteraciones de la conciencia temporal. Alteraciones de la conciencia circunscritas al reconocimiento de las partes del cuerpo, como: anosognia, asteriognosia, agnosia digital, miembro fantasma, asimbolia al dolor, etc., además de la incapacidad para reconocer las caras familiares, prosopagnosia. Estos trastornos derivan (generalmente), de alteraciones localizadas unilateralmente en los hemisferios cerebrales.

┆ E. ALTERACIONES DE LA ORIENTACIÓN

La orientación es la capacidad de la persona de situarse en el tiempo y en el espacio (orientación alopsíquica) y respecto de sí misma (orientación autopsíquica).

Se encuentra alterada en enfermedades cerebrales, tóxicas, metabólicas y otras causas médicas.

La **desorientación en el tiempo** es frecuente, a veces incluso común y sin significado patológico.

La **desorientación patológica en el tiempo** puede ser leve o grave, con imprecisiones en la estimación que varía de días a años.

La **desorientación espacial** significa un grado más que la temporal, ya que las pistas de orientación espacial son más numerosas y evidentes.

La **desorientación en la persona**, como falta de conciencia de la propia identidad o de otros aspectos personales incluso esenciales, se presenta en deterioros cognitivos avanzados (demencias) y a veces en estados disociativos.

También puede producirse de forma más o menos duradera en alteraciones amnésicas y en estados de delirium.

┆ F. PSICOPATOLOGÍA DEL PENSAMIENTO

LOS TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO

Trastorno formal del pensamiento. Sinónimo de habla desorganizada.

Auditor fantástico. Según esta hipótesis, todo discurso implica para el hablante la puesta a prueba de la utilidad informativa potencial de sus mensajes a través del contraste de los mensajes planificados con un interlocutor imaginario.

Control de la realidad. Tarea que consiste en reconocer la autoría (propia o ajena) de un discurso (Harvey).

Desviación comunicacional. Construcción del discurso que provoca el fracaso del oyente cuando intenta construir una imagen visual coherente o de dar vida a un constructo coherente partiendo de lo que el hablante dice.

En el proceso del pensamiento, la persona selecciona y asocia sus conocimientos e ideas alrededor de un tema, y llega a conclusiones.

En el pensamiento pueden considerarse:

- El flujo en que se produce o procesa
- Su estructura
- Su contenido

ALTERACIONES DEL FLUJO

Las alteraciones del flujo del pensamiento hacen referencia a su velocidad, apreciable en el discurso del paciente.

Taquipsiquia: Aceleración del pensamiento, aparece en estados de excitación maníaca, en intoxicaciones y a veces en el trastorno esquizofrénico, pero también pueden aparecer en alteraciones cerebrales y endocrinas (hipertiroidismo).

Bradipsiquia: Enlentecimiento del pensamiento, se observa en estados depresivos y en trastornos orgánicos cerebrales, Síndrome de Parkinson y extracerebrales (hipotiroidismo).

En el **bloqueo del pensamiento**, este se interrumpe súbitamente y se produce una falta de conocimiento más o menos duradera.

Aunque se observa en personas en estado de ebriedad (bloqueo de los exámenes), también aparece en los pacientes esquizofrénicos.

LA ESTRUCTURA FORMAL DEL PENSAMIENTO

Se altera cuando se hace perseverante. En la **perserveración** las ideas se repite, redundan, a veces de manera continua y monótona.

La **fuga de ideas**, se caracteriza porque sobre la existencia de una alta aceleración del pensamiento, las asociaciones entre las ideas cambian con tanta rapidez que ni el paciente ni su interlocutor captan los eslabones intermedios entre unas y otras.

A veces se asocian palabras con fenómenos semejantes o con palabras que tienen otro sentido, originando rimas y juegos de palabras.

En un grado menor, cuando se trata de una derivación del pensamiento a temas sucesivamente enlazados y se termina por volver al inicial, se denomina **flujo del pensamiento**.

En estas alteraciones suele producirse distraibilidad ante cualquier estímulo, y se presentan en trastornos maníacos y esquizofrénicos y a veces en intoxicaciones y otros trastornos de base corporal (endocrinos).

En otras alteraciones de la estructura formal del pensamiento se produce un discurso indirecto, prolijo, una falta de relación directa entre lo que se pregunta y lo que se contesta, un descarrilamiento con desviación brusca del pensamiento a otros temas o simplemente una laxitud de asociación de ideas que cambian con facilidad de un tema a otro, sin mucha conexión.

En la **disgregación** se pierde la idea directriz, y los pensamientos se suceden sin conexión lógica entre ellos, haciendo el discurso incomprensible.

La **incoherencia** es el nivel máximo de esta alteración.

Estas alteraciones como otras se observan en trastornos esquizofrénicos

La **pobreza del pensamiento**, en la que la cantidad y riqueza de ideas y temas están muy disminuidas. Son propias de deficiencias intelectuales y de estados de deterioro (demencias), estados esquizofrénicos.

Existen situaciones clínicas en las que se producen alteraciones del contenido del pensamiento, que están relacionadas con alteraciones en la estructura formal de este.

Se denominan **ideas sobrevaloradas**, a aquellas ideas y creencias de gran significado personal que se convierten en el centro de la vida de la persona hasta determinar prioritariamente su conducta, y que se mantienen tenazmente en detrimento de otros aspectos esenciales de la vida. La persona las vive como lógicas y razonables, lo que las diferencia de las ideas obsesivas.

DEFINICIÓN Y EVALUACIÓN

Categorías para evaluar el discurso individual:

Pobreza del habla, b) Pobreza del contenido del habla, c) Presión del habla, d) Habla distraída, e) Descarrilamiento, f) Incoherencia, g) Ilogicidad, h) Pérdida de meta y bloqueo, i) Tangencialidad, j) Neologismos, k) Aproximaciones a palabras, l) Resonancias, m) Circunstancialidad, n) Perseveración, o) Ecolalia, p) Habla afectada, q) Autorreferencia.

Categorías para evaluar la desviación comunicacional:

- a). Problemas de compromiso.
- b). Problemas de referencias.
- c). Anomalías del lenguaje.
- d). Disrupciones.
- e). Contradicciones, secuencias arbitrarias.

EL DELIRIO

Es una idea o sistema de ideas falsas, en las que se cree con convicción absoluta, irrefutable a toda argumentación lógica, y a las que se ha llegado por medio de una forma inadecuada, patológica, de pensar.

Estas ideas o creencias falsas, aunque puedan pertenecer en su temática al entorno familiar y cultural del paciente, no se explican totalmente por ello ni por su nivel intelectual ni cultural.

El delirio no se basa en criterios de extrañeza o rareza ni tampoco en criterios de veracidad de lo delirado.

Creencias anómalas en el sentido de que su contenido es extraño, improbable o absurdo y no compartido por los otros miembros del grupo social de referencia, a pesar de lo cual se mantienen con una grave convicción. Tienen referencias personales y son fuente de malestar subjetivo o interfieren negativamente con el normal desarrollo social y personal del individuo.

Creencias muy raras pueden no ser delirantes.

En su evolución existen delirios que aparecen bruscamente en toda su extensión y complejidad.

Otros se desarrollan de manera progresiva incluso a lo largo de la vida y llegan a formar auténticos sistemas en los que las ideas están encadenadas más o menos lógicamente (sistemas delirantes)

Características de los delirios:

- a). Convicción,
- b). Preocupación,
- c). Falta de evidencias,
- d). Malestar que provocan,
- e). No resistencia por parte del sujeto,
- f). Contenido personal,
- g). No son creencias compartidas por otros.

Delirios primarios: Los que aparecen de entrada con convicción completa de realidad, bruscamente sin que puedan comprenderse por ningún dato antecedente biográfico.

En la **intuición delirante** una percepción habitual cambia su significado y a partir de ello emerge una idea delirante, también como una ocurrencia.

En las **interpretaciones delirantes**, la persona da un significado especial a percepciones reales.

Delirios secundarios: La significación delirante está condicionada, bien por situaciones patológicas antecedentes, ejm. Delirios secundarios a alteraciones patológicas del estado de ánimo en los trastornos afectivos, delirios secundarios a alucinaciones en diversos procesos.

Atmósfera delirante. Idea delirante primaria que consiste en la experiencia subjetiva de que el mundo ha cambiado de un modo sutil pero siniestro, inquietante y difícil o imposible de definir. Se suele acompañar de un estado de humor alterado, ya que el paciente se siente incómodo, desasosegado e incluso perplejo.

Idea obsesiva. Idea recurrente, persistente o absurda, de naturaleza egodistónica (no vivida como voluntaria, sino como idea que invade la conciencia).

Idea sobrevalorada. Ideas o creencias con distintos grados de plausibilidad que están afectivamente sobrecargadas y que tienden a preocupar y a dominar al individuo a través de amplios períodos de su desarrollo vital. Pueden ser compartidos por otros miembros del grupo social o, en esencia, ser admisibles y comprensibles socialmente.

Intuición delirante. Idea delirante primaria, que es fenomenológicamente indistinguible de cualquier idea que nos asalte repentinamente, que nos “venga a la cabeza”. El contenido de estas ideas delirantes suele ser autorreferencial y, por lo general, de gran importancia para el paciente.

Percepción delirante. Idea delirante primaria que consiste en la interpretación delirante de una percepción normal.

Recuerdo delirante. Idea delirante primaria que consiste en la reconstrucción delirante de un recuerdo real, o que de pronto el paciente “recuerda” algo que es claramente delirante.

Tema delirante. Contenido de la idea delirante, que puede ser de control, persecutorio, de grandeza, de pobreza, nihilista, de culpa, extravagante, corporal, de referencia, de amor, etc.

Las dimensiones de los delirios

- **La inmodificabilidad, incorregibilidad o fijeza.** Los delirios se mantienen a pesar de las evidencias en contra.
- **La intensidad o convicción.** Parece ser máxima o absoluta.
- **La ausencia de apoyos culturales.** Los delirios no son creencias compartidas por otros miembros del grupo al que pertenece el individuo.
- **La implausibilidad.** Cualidad extravagante del delirio.

Clasificación de los delirios por su contenido

1. Delirios de referencia
2. Delirios de persecución
3. Delirio de control
4. Delirio de culpa
5. Delirio de ruina
6. Delirio hipocondriaco
7. Delirio nihilista
8. Delirio de grandeza
9. Delirio religioso o místico
10. Delirio de celos
11. Delirio erótico
12. Delirios fantástico o extravagantes

Las obsesiones se caracterizan por la persistencia no deseada de pensamientos simples o complejos (a veces también, impulsos sentimientos o actos motores) contra los que lucha la persona, porque los vive de manera muy molesta y desagradable, como absurdos.

Las compulsiones son impulsos que se viven como incoercibles que llevan a la realización de acciones y conductas que la persona en principio no desea, y que a veces se refieren a actos relativamente inocuos, molestos sobre todo por su repetición interminable (rituales de limpieza, lavarse las manos, comprobaciones y aseguramientos) y otras veces pueden ser conductas muy peligrosas para el propio paciente o terceras personas.

┆ G. PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE

El lenguaje es la forma de comunicación interpersonal más importante.

Su importancia en psiquiatría está determinada no solo por sus alteraciones específicas y propias, sino también porque a través de él se expresan otros síntomas, y porque la comunicación a través del lenguaje se utiliza como terapéutica.

El enlentecimiento en el hablar y **el mutismo**, con ausencia de lenguaje, pueden aparecer en trastornos psiquiátricos como:

- Esquizofrenias
- Trastornos de ansiedad y conversión
- Trastornos orgánicos cerebrales

En las **estereotipias verbales** se repiten palabras.

En la **ecolalia** se repiten palabras o frases pronunciadas por otros.

Neologismos, palabras nuevas inventadas.

Las **afasias** y las **disartrias** son alteraciones neuropsicológicas de base orgánica cerebral cortical o subcortical.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Es el deterioro o desarrollo deficiente de la comprensión y/o utilización de un sistema de símbolos hablados, escritos y otros, incluyendo la morfología, sintaxis, semántica y pragmática.

Disartria. Dificultad del habla debida a trastornos del tono y del movimiento de los músculos que controlan la articulación y que son secundarios a lesiones del sistema nervioso.

Disfonía. Trastorno de la voz. Abarca tanto las alteraciones cualitativas como cuantitativas de la voz. Puede ser orgánica o funcional.

Mutismo. Ausencia permanente del lenguaje expresivo o desaparición temporal o permanente de éste en un sujeto que lo ha adquirido previamente. Puede

relacionarse con causas psicológicas, funcionales, estructurales o mixtas. Se encuentran casos de mutismo permanente en cuadros de autismo infantil, psicosis regresivas y deficiencia mental profunda.

AFASIAS EN ADULTOS

Afasia. Trastorno del lenguaje que sobreviene como consecuencia de una lesión cerebral. Existe acuerdo en cuanto al carácter focal, y no generalizado o difuso, de las lesiones cerebrales que la originan. Por el contrario, hay desacuerdo sobre la descripción de la naturaleza de la afasia y qué trastornos lingüísticos deben incluirse bajo dicho término. Los síndromes afásicos pueden ser corticales y subcorticales

Los principales términos que han orientado las clasificaciones de los síndromes afásicos son:

1. **Articulación.** Producción de sonidos articulados, vocálicos y consonánticos, característica de la cadena hablada.
2. **Fluidez verbal.** Afasias fluidas (no presentan reducción en la tasa normal de emisión verbal) y afasias no fluidas (fluidez verbal baja).
3. **Encontrar palabras.** Todos los pacientes afásicos tienen alguna dificultad para encontrar palabras de que disponen en su repertorio.
4. **Agramatismo.** Alteración del lenguaje que se da en cuadros afásicos que se caracteriza por una dificultad para utilizar correctamente las relaciones gramaticales y sus reglas. Los pacientes agramáticos no pueden unir las palabras para formar secuencias sintácticamente correctas.
5. **Parafasia.** Producción no intencional de sílabas, palabras o frases durante el habla. Se diferencia del defecto articulatorio en que en las parafasias algunos sonidos se sustituyen por otros cuya articulación es correcta. Si se sustituyen sílabas se trata de una parafasia literal o fonémica, que puede devenir en neológica en los casos en que las nuevas expresiones resultantes de los cambios constituyan verdaderos neologismos en el idioma afásico. Si el paciente cambia una palabra por otras nos hallamos ante una parafasia verbal.
6. **Repetición.** Defectos en la comprensión o en la articulación, o además

puede ser una disociación entre los sistemas de repetición auditiva y los sistemas de emisión del habla.

- 7. Comprensión auditiva.** Un oyente puede presentar “sordera para las palabras”, siendo lo más frecuente que dicho paciente ignore el significado de las palabras en la cadena hablada, como si le hablasen en un idioma desconocido para él.

Cummings (1985) clasifica las afasias de la siguiente manera:

Afasia de Brocca: Afasia que presenta trastorno en la fluidez, preservando la capacidad de comprensión pero con compromiso en la capacidad de repetición.

Afasia Motora Trascortical: Compromete solamente la fluidez del discurso, preservando la comprensión y repetición.

Afasia Global: Afasia que compromete las tres funciones, de fluidez, comprensión y repetición.

Afasia Aislada: En estos pacientes sólo se conserva la capacidad de repetición.

Afasia de Wernicke: Corresponde al tipo de afasia fluida con trastorno en la comprensión y en la repetición.

Afasia Sensorial Trascortical: Compromete sólo la capacidad de comprensión, preservándose la fluidez del discurso y la repetición.

Afasia de Conducción: Es una afasia fluida, en la cual la comprensión está relativamente conservada y la repetición groseramente comprometida.

Afasia Nominal: Este tipo de afasia se presenta en todo trastorno afásico, y es un indicador inespecífico de disfunción cerebral. Consiste en un discurso fluido, pero con varios circunloquios, con frecuentes pausas tratando de buscar una palabra de connotación muy genérica (“esto”, “cosas”, etc.) y pequeñas parafasias. La comprensión y repetición están relativamente conservadas.

DISFASIAS INFANTILES

Disfasia evolutiva. Trastorno específico del desarrollo del lenguaje, tanto a nivel de expresión como de comprensión, que se da en niños que poseen una inteligencia normal y que no presentan ningún tipo de alteración sensorial, neurológica, emocional ni privación ambiental. Se distinguen dos tipos:

- Disfasia evolutiva receptiva
- Disfasia evolutiva expresiva

Disfasia infantil adquirida. Pérdida del lenguaje ya adquirido debido a una lesión del sistema nervioso central. No debe confundirse con el mutismo selectivo.

DISLALIAS INFANTILES Y RETRASO SIMPLE DEL HABLA

Dislalia. Dificultad para articular fonemas, sílabas o palabras. Puede ser debida a alteraciones orgánicas (labio leporino, macroglosia, fisura palatina, rinolalia, déficit auditivos) o funcionales. Estas últimas son las más frecuentes.

En el niño pueden ocurrir errores de:

- **Sustitución.** Error de articulación que implica reemplazar un sonido consonante correcto por otro incorrecto. Puede darse al principio, en medio o al final de la palabra.
- **Omisión.** Un sonido puede omitirse o desaparecer por completo de una palabra. Pueden producirse en cualquier parte de la palabra.
- **Inserción.** Un sonido que no corresponde a una palabra puede insertarse o agregarse prácticamente en cualquier parte de la palabra.
- **Distorsión.** Puede definirse a los sonidos distorsionados, aproximados o indefinidos, como aquellos que no derivan de una sustitución definida.

TARTAMUDEZ

Trastorno del habla que se caracteriza por una alteración de la fluidez y del ritmo de la expresión oral. Comporta un patrón de respuestas complejo (cognitivo, lingüístico, emocional, comunicativo) que puede tener una grave variabilidad interindividual.

- a). Consiste en un patrón de habla alterado en el que predomina la falta de ritmo y fluidez. Se acompaña de extrañas formas de acentuación y entonación, de una duración excesiva del momento de tensión silábica, de una distribución anormal de las pausas que tiene como consecuencia una velocidad de producción del habla más lenta.
- b). No se debe a alteraciones sensoriales o neurológicas.
- c). Interfiere la comunicación con otras personas.
- d). Repercute negativamente sobre el propio sujeto, sobre su adaptación personal social, dando lugar a un variado cortejo de respuestas anómalas (cognitivas, conductuales, fisiológicas).

Clínicamente se suelen identificar tres formas: tónica, clónica, mixta.

┆ H. ALTERACIONES DE LA PSICOMOTRICIDAD

La psicomotricidad comprende aspectos de la motricidad que tienen relación con aspectos psíquicos, sea desde el punto de vista de la expresión de estos, o sea como influidos o condicionados directamente por ellos.

Sus alteraciones se refieren a modificaciones de la **mímica**, los **gestos** y **posturas motoras** y también de algunos movimientos más o menos complejos.

Inquietud psicomotora: la persona, incapaz de estar quieta, se mueve constantemente, y experimenta sensación de estar nerviosa y a veces angustiada. Son estados muy frecuentes, incluso en la vida psíquica cotidiana (tensión emocional, trastornos de base orgánica).

La acatisia: Es una forma particular de inquietud, con necesidad imperiosa de moverse, levantarse y andar, que está relacionada con alteraciones extra piramidales. En la práctica psiquiátrica se observa con mucha frecuencia como efecto adverso de algunas medicaciones anti psicóticas y a veces de otro tipo.

La agitación psicomotora: Es el grado máximo de la inquietud, con actividad motora muy aumentada, en la que a veces se discierne alguna finalidad, y otras son verdaderas tempestades de movimientos que ya no pueden comprenderse como expresivos ni intencionales. Es una urgencia psiquiátrica. Se puede presentar en pacientes maníacos, esquizofrénicos y otros.

En la inhibición psicomotora y el estupor hay una reducción y enlentecimiento en la motricidad.

El negativismo se caracteriza por el rechazo y la oposición intencionada a colaborar con el explorador.

Existen alteraciones en los patrones de movimiento, más o menos complejos, como los tics, las distonías y las discinesias.

En los tics, existen contracciones de grupos musculares, que inicialmente pueden tener un valor expresivo, son espasmos involuntarios y repetidos de párpados, cara, laringe, cuello y hombros.

En las discinesias hay contracciones lentas, sostenidas que suelen afectar los miembros y el tronco.

Los temblores también tienen una importancia semiológica en psiquiatría (crisis de angustia, intoxicación y abstinencia de sustancias o por acción de diversos psicofármacos).

Existen alteraciones en la psicomotricidad que adquieren un carácter cualitativamente diferente, como las **alteraciones catatónicas**.

Entre ellas se encuentran:

La catalepsia: Mantenimiento de posturas, el paciente mantiene a menudo por largo tiempo las actitudes que le son impuestas por una intervención externa.

La flexibilidad cérea: Consiste en una plasticidad particular de las masas musculares por lo que las articulaciones siguen los movimientos impuestos con una curiosa superposición de actividad-pasividad, que se percibe al mover un segmento corporal.

En los manierismos: Exageraciones patológicas de la movilidad mímica normal, el paciente se comporta como si ejecutara una continua caricatura de sí mismo a través de los movimientos mímicos.

Estereotipias: Se producen movimientos y gestos repetidos, con un estilo extraño, a veces llamativo.

INTRODUCCIÓN A LA PSIQUIATRÍA

DEFINICIÓN DE LA PSIQUIATRÍA

Etimológicamente la palabra Psiquiatría deriva de Psique= alma y Iatros= médico.

“Especialidad médica que se ocupa de las enfermedades del alma”

La Psiquiatría es una rama de la Medicina que se ocupa del tratamiento de la conducta patológica. Posee algunas características en común con las demás ciencias médicas, pero al mismo tiempo difiere de ellas por múltiples rasgos esenciales que la colocan en una posición del todo particular.

La Psiquiatría es una rama de la Medicina que tiene por objeto la patología de la “vida de relación” a nivel de la integración que asegura la *autonomía* y la *adaptación* del hombre a las condiciones de su existencia.

La Psiquiatría postula una diferencia entre lo *normal* y lo *patológico* en el hombre considerado por el médico en el plano de su humanidad y no solamente en el plano de su vitalidad, es por lo que la “norma” no puede ser tomada absolutamente como una media, una mediocridad, o un conformismo mecánico.

BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA PSIQUIATRÍA



Chamanismo

La Psiquiatría, rama de la ciencia médica cuyo objeto es “la enfermedad mental”, ha podido constituirse solamente en la medida en que la noción de enfermedad mental se ha delimitado con suficiente claridad.

Durante largo tiempo “los trastornos del espíritu” han sido considerados- y lo son aun en ciertas formas de civilización, como enfermedades sobrenaturales. Por otra parte, la medicina para comprender este aspecto tan desconcertante de la patología, ha debido liberarse de la noción de enfermedad de los órganos y de las funciones antes de considerar la

*Pinel**Quema de brujas*

enfermedad mental como una especie bastante singular de enfermedad, capaz de alterar al hombre en su psiquismo, es decir en su “humanidad” o, si se quiere, en su coexistencia con los demás y en la construcción de su mundo.

En lo que concierne al desprendimiento de las explicaciones “sobrenaturales” de la enfermedad mental la medicina greco latina y árabe había considerado ya la manía, la melancolía, la epilepsia, la histeria, el delirio, como “vesanias” de origen natural, y, más tarde, en la edad media, muchos teólogos (Santo Tomás) defendieron esta tesis.

Pero, en su época y al comienzo del Renacimiento, la “demonología” inspiró los peores excesos y debieron ser vencidas grandes resistencias para hacer aceptar la idea de que las brujas y los poseídos podían sufrir una enfermedad natural.

Con la reforma y, más tarde, con la Revolución Francesa, el problema de una disminución patológica del libre albedrío ha adquirido, en efecto, una exigencia de la que nació ineluctablemente el hecho psiquiátrico.

Por ello, no es sorprendente el que la Psiquiatría naciera en Francia y en el momento de la Revolución.

En el libro *Historia de la locura* de Michel Foucault, se consideraba que la psiquiatría no nacía de los problemas planteados por la libertad, sino de las tensiones a las que la sociedad somete al individuo al que aliena, en todo caso, al que encierra, para desembarazarse de todos los desviados que ofenden la mo-



Pinel liberando a los alienados

Pinel en 1793, al romper “las cadenas de los alienados” en Bicetre realizó un gesto hermoso y correcto de médico liberando al enfermo mental de su condición de réprobo para consagrarle como enfermo. Aunque la liberación del *enfermo mental* solo sirviera para preparar su “encadenamiento legal”, tuvo al menos el mérito de prescribir los límites de “la represión social” mediante la definición médica (patología de la enfermedad mental).

La Psiquiatría, se instituyó pues al principio, como una búsqueda nosográfica de especies morbosas, y la tarea principal de todos los grandes clínicos fue el de describir cuadros clínicos y evoluciones típicas. De esta manera se constituyó la clínica psiquiátrica y aun en la actualidad, puede proporcionar en este sentido el esquema indispensable a la observación, diagnóstico y pronóstico de los trastornos mentales.

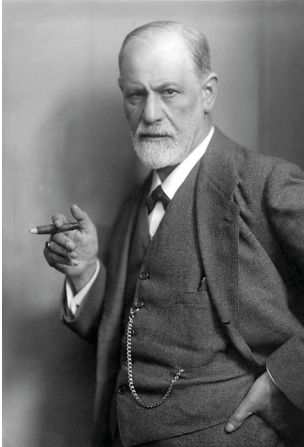
Posteriormente a este empeño de la Psiquiatría por la descripción de enfermedades (monomanías, delirio de persecución, psicosis periódicas o maniacodepresivas, demencia precoz, etc.) como enfermedades en cierto modo “esenciales” desde los comienzos del siglo XX, se ha venido asistiendo a una reacción (Bleuler, A. Meyer, Hoch, Claude, etc.) y, progresivamente, los psiquiatras han llegado a considerar las enfermedades mentales como formas (síndromes) semiológicas o evolutivas cuya tipicidad de estructura y evolución no puede ser asimilada a una especificidad absoluta de naturaleza, puesto que estos “síndromes” o “reacciones” derivan o parecen derivar de etiologías diversas.

ral y la razón. Semejante interpretación, históricamente falsa, del nacimiento de la psiquiatría, solo puede llevar a su negación, a la condena de su necia pretensión de ser una modalidad del saber clínico y de la acción terapéutica (véase *Discusión a la evolución Psiquiátrica 1971*).

Pinel en 1793, al romper “las cadenas de los alie-

CORRIENTES DEL PENSAMIENTO PSIQUIÁTRICO EN EL SIGLO XX

Psicoanálisis y desarrollos psicodinámicos: Medicina psicosomática



Freud



Melanie Klein

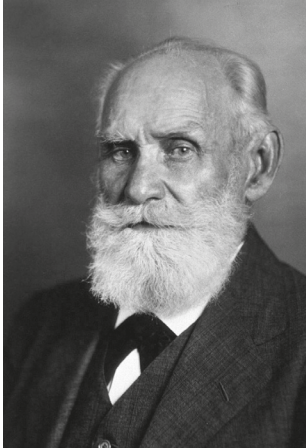
Tendencias de inspiración fenomenológica



Jaspers

Interpretaciones conductistas

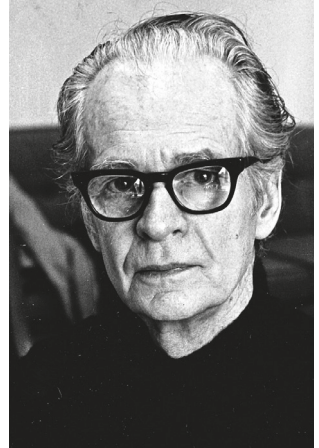
Teorías sociológicas



Pavlov



Watson



Skinner



Bateson

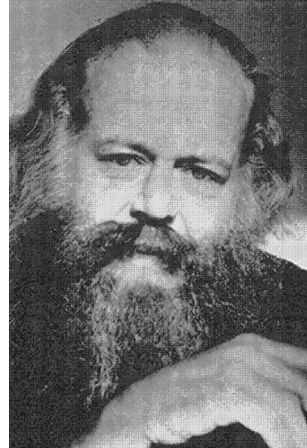


F. Fromm-Reichmann

Teorías sociopolíticas: Antipsiquiatría



Laing



Cooper

Teorías biológicas o biologicismo preponderan actualmente

IMPORTANCIA DE LA PSIQUIATRÍA PARA LA MEDICINA GENERAL

El primer elemento en común está constituido por el hecho de que tanto la psiquiatría como la medicina postulan la existencia de una normalidad y de una patología del hombre; en otras palabras parten de la consideración de que existen hombres sanos y hombres enfermos, y ambas establecen una serie de reglas para trazar un límite, lo más preciso posible, entre salud y patología.

El segundo elemento en común está representado por el hecho de que ambas realizan una serie de técnicas de intervención (terapia) para transformar de nuevo el estado de enfermedad en uno de normalidad, tratando de transformar al hombre en un hombre sano.

El tercer elemento en común es la aceptación de determinadas reglas y convenciones sociales que caracterizan los roles del hombre sano y del enfermo; pero al mismo tiempo debe someterse a algunas obligaciones.

RELACIÓN CON OTRAS DISCIPLINAS

La Psiquiatría se relaciona con todas las ciencias médicas, actuando según el caso lo requiera. Así mismo no debemos descartar su correspondencia con otras ciencias fuera del campo de la salud.

TEMA 04

TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

Se trata de un amplio, variado y complejo conjunto de desórdenes psicológicos y conductuales que se originan en una pérdida o anormalidad de la estructura y/o función del tejido cerebral. Fueron llamados anteriormente síndromes orgánicos cerebrales.

Esta disfunción puede ser calificada como **primaria**, en el caso de enfermedades, lesiones o daños que afectan el cerebro de un modo directo y selectivo, o **secundaria**, cuando otras enfermedades sistémicas o alteraciones orgánicas determinan el mal funcionamiento cerebral. Los trastornos cerebrales secundarios al consumo de sustancias (incluyendo alcohol), lógicamente, pertenecen a este grupo, pero por conveniencia taxonómica se les considera en una sección aparte.

┆ a. DELIRIUM

El delirium también es conocido como: síndrome confusional agudo, síndrome orgánico cerebral agudo, psicosis sintomática, síndrome confuso-onírico, estado confusional, reacción exógena (Bonhoeffer).

El delirium es un deterioro agudo y global de las funciones superiores. Sus datos más característicos son el deterioro del nivel de conciencia y las alteraciones de la atención/concentración. Su inicio es brusco (horas o días) y su curso, fluctuante y autolimitado, pudiendo en ocasiones persistir déficit cognitivos residuales. Su pronóstico depende de la causa subyacente. Existe una disfunción cerebral generalizada cuya causa más frecuente es extracerebral.

En el EEG, se aprecia un enlentecimiento difuso (ondas theta y delta), que se correlaciona con la severidad del cuadro. Es el trastorno mental más frecuente en las personas ingresadas en un hospital (afecta al 5-15% de los pacientes) sobre todo en unidades de alta complejidad médica (cuidados intensivos, reanimación anestésica, grandes quemados, cirugía cardíaca, etc.). Están predispuestos los niños, los ancianos, los pacientes con deterioro cerebral (Alzheimer, TCE, ACVA), los pacientes polimedicados, los que abusan de sustancias, etc.

ETIOLOGÍA

Suele ser multifactorial, aunque destaca la importancia de la polimedicación en el paciente anciano. Obliga a hacer un estudio somático exhaustivo para detectar y tratar anomalías somáticas graves.

CLÍNICA

Se inicia con descenso del nivel de conciencia e inatención, con respuestas exageradas ante estímulos bruscos. Al principio, sólo se detectan dificultades de atención, de concentración y desorientación (temporal al inicio, luego espacial). Conforme se agrava, se desestructura el pensamiento, se vuelve incoherente, enlentecido, de contenidos con frecuencia delirantes (persecutorios, influidos por la personalidad del paciente, transitorios y no sistematizados) y se modifica la percepción (ilusiones y alucinaciones visuales, escenográficas y fantásticas; en ocasiones, también son auditivas o táctiles).

Es típica la inversión del ciclo vigilia/sueño (somnia diurna, empeoramiento nocturno).

El estado de ánimo del paciente oscila entre lo ansioso (con despersonalización/desrealización) y lo depresivo, pudiendo parecer lábil, perplejo o asustado, por lo que no es raro que muchos casos se diagnostiquen inicialmente como “depresión” o “ansiedad”.

Es frecuente el déficit de memoria con distorsiones (paramnesias) y amnesia lacunar del episodio, siendo en general la conciencia de enfermedad escasa. Se diferencian tres patrones, según la alteración de la conducta (en cualquier caso, es repetitiva y sin finalidad):

- **Agitado:** Hiperactividad, irritabilidad, agitación, inquietud, hiperreactivo, síntomas psicóticos, con hiperactividad simpática (taquicardia, sudoración, taquipnea); se corresponde con el clásico delirium (p. ej.: delirium tremens por abstinencia del alcohol).
- **Estuporoso:** Letargo, inhibición, inactividad, lentitud, lenguaje escaso, perseveración, no psicosis, sin síntomas “vegetativos”; recibe también el nombre de síndrome confusional agudo.
- **Mixto:** Es el más frecuente, con estupor durante el día y agitación nocturna.

En todos los casos hay que hacer un diagnóstico diferencial con causas psiquiátricas de agitación o estupor (manía, depresión, trastornos psicóticos, ansiedad).

TRATAMIENTO

El abordaje del delirium debe ser etiológico, estudiando su posible causa y aplicando un tratamiento específico.

La contención de la conducta incluye la prevención de posibles lesiones (auto o hetera), la facilitación de la orientación temporoespacial y las modificaciones del entorno para convertirlo en familiar y evitar la sobreestimulación tanto como la infraestimulación.

La medicación sedante cumple un papel puramente sintomático. Se prefiere el haloperidol (parenteral), al tener un perfil “somático” muy favorable (puesto que no induce cambios cardiovasculares, no produce depresión respiratoria, etc.); los neurolépticos más sedantes (clorpromacina) poseen mayor riesgo de hipotensión y de convulsiones; se deben evitar en lo posible las benzodiazepinas (aumentan la confusión diurna), salvo para el delirium tremens, en el que son el tratamiento específico.

┆ b. DEMENCIA

La demencia es el síndrome caracterizado por el deterioro crónico y global de las funciones superiores. El dato típico es el deterioro intelectual, pero se suele acompañar de alteraciones de la conducta y del estado de ánimo. La causa de la disfunción cerebral generalizada suele ser intracerebral, siendo con frecuencia una enfermedad degenerativa.

Su prevalencia aumenta con la edad (de 65 a 70 años, 2%; en mayores de 80 años, 20%), siendo la principal razón de incapacidad a largo plazo en la tercera edad. Es adquirida (lo que la diferencia del retraso mental) y cursa con un buen nivel de conciencia (lo que supone una de las principales diferencias con el delirium).

CLÍNICA

Suele iniciarse con el deterioro de la memoria y los cambios de personalidad (exageración de los rasgos previos), sin que el paciente tenga conciencia de sus cambios, que con frecuencia niega o disimula (a diferencia del depresivo):

- La conducta se vuelve desorganizada, inapropiada, descuidada o inquieta. Aparecen comportamientos disociales con desinhibición sexual, robos, etc. (sobre todo en demencias que afectan en su inicio al lóbulo frontal).

Se asiste a una reducción de los intereses, muestran rutinas rígidas y estereotipadas, con manierismos. Se describe como típica la reacción catatónica, una explosión emocional que presenta el paciente al tomar conciencia de su déficit. En fases posteriores, hay una pérdida absoluta del autocuidado.

- El pensamiento se vuelve empobrecido, concreto, perseverante. Puede haber ideas delirantes paranoides (a veces secundarias a los problemas de memoria). Con la progresión se califica el comportamiento como incoherente, llegando al mutismo en fases avanzadas.

En las demencias “corticales”, aparecen de forma precoz la disfasia nominal y los errores sintácticos.

- En fases iniciales, el estado de ánimo es depresivo, ansioso o irritable. Más adelante, se vuelve aplanado o paradójico.
- Cognitivamente, lo primero que aparecen son los olvidos (memoria reciente), las dificultades en el pensamiento abstracto y para los nuevos aprendizajes. Posteriormente, empeora el deterioro de la memoria reciente, con posible confabulación y, finalmente, aparecen fallos en la memoria remota (siguiendo la ley de Ribot).
- El déficit de atención y de concentración (por déficit de memoria inmediata) y la desorientación son propios de fases avanzadas. El conjunto forma el llamado síndrome afasia-apraxia-agnósico.

PRINCIPALES ENTIDADES

Pseudodemencias: Es el deterioro intelectual, reversible en gran medida con el tratamiento específico. En la mayor parte de los casos, este término hace referencia a la pseudodemencia depresiva, que suele adoptar un patrón de demencia “subcortical” (con alteraciones emocionales, trastornos motores, entecimiento generalizado); otras causas más raras de pseudodemencia son la histeria (síndrome de Ganser), la simulación, la esquizofrenia, etc.

- **Degenerativas:**
 - Enfermedad de Alzheimer
 - Demencia de cuerpos de Lewy
 - Enfermedad de Pick
 - Demencia asociada a enfermedad de Parkinson
- **Vasculares:**
 - Multinfarto
 - Enfermedad de Binswanger
- **Infecciosas:**
 - Asociadas al SIDA
 - Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
 - Neurosífilis
- **Metabólicas o nutricionales:**
 - Hipo e hipertiroidismo
 - Insuficiencia hepática y renal
 - Déficit de vitamina B12
- **Tóxicas:**
 - Alcohol
 - Fármacos
 - Metales

- **Neoplásicas:**
 - Tumores cerebrales primarios o metastásicos
- **Otras:**
 - Hematoma subdural crónico
 - Hidrocefalia normotensa
 - Demencia postraumática

PRONÓSTICO

Apenas un 10% de las demencias es “reversible” si se actúa a tiempo; otro 10% de los casos se debe a causas psiquiátricas (pseudo-demencias), y en un 10% final puede detenerse su progresión, si se eliminan los factores de riesgo (irreversibles, pero no degenerativas).

El 70% restante es irreversible y degenerativo y no hay tratamiento más allá del sintomático (psicosis, insomnio, agitación, depresión); precisan de un apoyo social enorme, consumiendo un gran volumen de recursos.

TRATAMIENTO

Los inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, rivastigmina, galantamina) y los antagonistas del receptor glutamérgico NMDA (memantina) son útiles en el tratamiento de los síntomas cognitivos y no cognitivos de la enfermedad de Alzheimer y quizá en otras demencias, aunque su eficacia es limitada (no retrasan la evolución de la enfermedad).

┆ c. TRASTORNOS AMNÉSICOS

Los trastornos amnésicos son síndromes caracterizados por el deterioro específico de la memoria, con preservación de las demás funciones cognitivas y en presencia de un nivel de conciencia normal.

Suele afectarse de forma característica la memoria reciente (función anterógrada: incapacidad para aprender material nuevo), siendo el defecto más evidente cuando se requiere un recuerdo espontáneo.

Los déficit pueden ser los siguientes:

- **Transitorios (menos de un mes de evolución):** Amnesia global transitoria, amnesia postTEC, amnesia asociada a la migraña o a la toma de benzodiazepinas.
- **Permanentes (mayores de un mes de duración):** Amnesia del síndrome de Wernicke-Korsakoff, traumatismos craneoencefálicos.

Los más típicos son los que se enumeran a continuación:

- **Síndrome de Wernicke - Korsakoff.**
- **Traumatismos craneoencefálicos:** Se asocian a amnesia retrógrada y anterógrada. Ambas se relacionan con la intensidad del traumatismo, siendo la segunda un marcador pronóstico (la duración de la amnesia anterógrada postraumática se correlaciona con la intensidad del daño).

En el síndrome postconmocional, se asocian déficit cognitivos leves (deterioro de la atención o de la memoria) con síntomas afectivos (ansiedad, labilidad emocional, tristeza), cambios de personalidad, cansancio, fatigabilidad, cefalea, insomnio, o inestabilidad; se involucran factores orgánicos y psicológicos (es necesario diferenciar de los trastornos facticios o simuladores).

- **Amnesia global transitoria:** Se caracteriza por una pérdida brusca de la memoria reciente, provocando al paciente un estado de desorientación y de perplejidad al no poder retener información; el resto de la exploración neurológica y psiquiátrica es normal; el sujeto conserva recuerdos lejanos (nombre, lugar de nacimiento), pero es incapaz de recordar acontecimientos recientes a pesar de mantener un buen nivel de atención; es característico que el paciente repita de forma insistente la misma pregunta.

Su etiología es desconocida, pero se ha asociado a fenómenos isquémicos (AIT) o comiciales; excepcionalmente se encuentran tumores en el lóbulo temporal. Por definición, tiene que recuperarse por completo (suele durar menos de 12 horas). Es raro que recidive. Obliga a un diagnóstico diferencial con la amnesia disociativa o psicógena.

- **Amnesias anterógradas lacunares asociadas a tóxicos o black-outs:** Se deben al efecto de diferentes sedantes sobre las regiones responsables

de la consolidación de los recuerdos; la persona no pierde la conciencia, pero no guarda recuerdo de lo sucedido mientras se encontraba bajo la acción de la sustancia (alcohol, benzodiacepinas, opiáceos).

TEMA 05

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR ALCOHOL Y DROGAS

┆ DROGADICCIÓN

LAS DROGAS: Son aquellas sustancias cuyo consumo puede producir dependencia, estimulación o depresión del SNC, o que dan como resultado un trastorno en la función del juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona. Son capaces de alterar el organismo y su acción psíquica la ejercen sobre la conducta, la percepción y la conciencia.

La Organización Mundial de la Salud, define a la droga como: «toda aquella sustancia de origen natural o sintético que introducida al organismo vivo puede modificar una o más de las funciones de este».

ADICCIÓN: Uso permanente y compulsivo de la droga, determinado por modificaciones en el organismo tales como el hábito, el acostumbamiento y la dependencia y que siempre se acompaña de un deterioro orgánico y psíquico y un componente de perjuicio social.

UN ADICTO: Es una persona incapaz de establecer prioridades en función de un estilo de vida saludable, sino el favorecer su autodestrucción a través de su compulsivo actividad.

Es una persona que hace dos veces la misma cosa esperando resultados diferentes.

A = sin
Dicción = voz
Adicción = sin voz

Es un término empleado por algunos investigadores para referirse al excesivo involucramiento en la búsqueda y el uso de drogas y alcohol y una alta tendencia a las recaídas luego de la abstinencia.

DEPENDENCIA: Patrón desadaptativo prolongado (al menos 12 meses) de consumo de una sustancia que produce tres o más de las siguientes consecuencias:

- **Tolerancia:** Es la necesidad de aumentar la dosis para conseguir el efecto deseado o la disminución del efecto cuando se mantiene la misma dosis.
- **Abstinencia:** Aparición de síntomas físicos o psíquicos al dejar de consumir la sustancia que produce la vuelta a su consumo para conseguir alivio.
- Consumo durante mayor tiempo o en mayor cantidad de lo deseado.
- Incapacidad para controlar o para interrumpir su consumo, pese a intentarlo.
- Empleo de mucho tiempo para conseguir la sustancia o recuperarse de sus efectos.
- Reducción de las actividades sociales, laborales o de ocio debido al consumo.
- Uso continuado, a pesar de conocer los problemas físicos y psíquicos relacionados con la sustancia.

DEPENDENCIA FÍSICA: El organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en la sangre para funcionar con normalidad, de lo contrario aparece el síndrome de abstinencia característico de cada droga. Un buen ejemplo es el consumo del alcohol.

DEPENDENCIA PSÍQUICA: Compulsión por consumir periódicamente la droga, para experimentar un estado afectivo agradable (placer, bienestar, sociabilidad, etc.) o librarse de un estado afectivo desagradable (aburrimiento, timidez, estrés, etc.).

ABUSO: Consumo prolongado (al menos 12 meses) de una sustancia que, a pesar de que impone el abandono de obligaciones laborales, académicas o domésticas, plantea problemas legales, supone un deterioro de las relaciones interpersonales o sociales o se hace en momentos en los que implica un peligro físico; la CIE lo llama “consumo perjudicial”.

¿POR QUÉ LOS JÓVENES USAN DROGA?

En la adolescencia:

Curiosidad
Falta de información
Baja autoestima
Ansiedad y soledad
Ausencia de habilidades para la vida diaria
Presión de grupo
Acceso a las drogas

Influencia de los medios de comunicación
Valores y actitudes culturales
Falta de alternativa
Ambiente familiar

¿QUÉ ES EL CONSUMO DE DROGAS?

El consumo de drogas puede relacionarse con diferentes tipos de sustancias, así como presentarse de diversas formas, desde el que se realiza al experimentar en una sola o en algunas ocasiones con dosis leves; hasta llegar a una fuerte intoxicación; o desarrollar adicción.

CÓMO NOS DAMOS CUENTA DEL USO Y ABUSO DE DROGAS

- 1). Pérdida de interés en las actividades favoritas, tales como deportes y hobbies.
- 2). Excesiva hostilidad para con los demás.
- 3). Ojos enrojecidos.
- 4). Presencia de instrumentos necesarios al consumos de drogas. Sospechosa aparición de comprimidos, frascos de colirio, jarabes y envases de medicamentos.
- 5). Acentuadas alteraciones en el apetito.
- 6). Falta de motivación, incapacidad para cumplir con las responsabilidades.
- 7). Actividades antisociales tales como mentir, robar, faltar al colegio, etc.
- 8). Cambios en los hábitos de higiene y en la alteración de la apariencia personal.
- 9). Actitudes impulsivas, uso de anteojos oscuros aunque no haya exceso de luz.
- 10). Reacción defensiva cuando se mencionan las drogas y el alcohol en cualquier conversación.
- 11). Distracción, risas excesivas.
- 12). Aumento de la fatiga e irritabilidad, sueño interrumpido.
- 13). Desaparición de objetos de valor.
- 14). Falta de expresión en el rostro; monotonía en la voz.
- 15). Depresión emocional; frecuente mención del tema del suicidio.
- 16). Aliento alcohólico.
- 17). Confusión sobre el lugar, hora y día.
- 18). Crisis de miedo o temor exagerado.
- 19). Insomnio.

- 20). Tos crónica.
- 21). Apariencia de borrachera.
- 22). Dificultad para coordinar movimientos.
- 23). Aspecto somnoliento o atontado.
- 24). Congestión en nariz y garganta.
- 25). Habla mucho sin parar.
- 26). Temblores.
- 27). Excesiva calma o lentitud.
- 28). Crisis de risas inmotivadas.
- 29). Hablar en voz alta.
- 30). Náuseas.
- 31). Excesivo dolor de cabeza.
- 32). Lenguaje incoherente.
- 33). A veces oye, ve o siente cosas que no existen.

FACTORES DE RIESGO

Son aquellas situaciones, conductas o elementos que incrementan la “probabilidad” de consumo.

┆ a. ALCOHOLISMO

CONCEPTO

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y fatal caracterizada por tolerancia, dependencia física y cambios orgánicos. Se produce por ingerir bebidas alcohólicas en forma continua o excesiva, ocasionando problemas a nivel familiar, laboral, social, personal y además trastornos psicológicos y físicos. Clasifica: consumo de riesgo, consumo perjudicial de alcohol (intoxicación alcohólica), dependencia alcohólica (síndrome de abstinencia).

Se puede adquirir por varias vías, y la adolescencia es una etapa difícil del desarrollo, donde se pueden favorecer las conductas de consumo de alcohol, ya sea por la reafirmación de la independencia, la virilidad, la libertad en la toma de decisiones, o la imitación a los adultos. Esto, claro está, teniendo en cuenta los valores individuales y el grupo de referencia al que pertenecen. Por ser ese grupo social muy susceptible, encaminamos nuestro trabajo en esa dirección.

Por lo regular, al inicio de la adolescencia, nuestros hijos asisten a fiestas en donde aparece el alcohol por primera vez. En estas fiestas, por lo regular, no

hay quien los vigile. Los amigos empiezan a poner presión y poco a poco se da el ambiente en donde el alcohol resulta vencedor y predomina en la mayoría de los asistentes.

En consecuencia, el alcohol es la droga “número uno” de preferencia entre niños y adolescentes, y su abuso contribuye a una gran variedad de problemas académicos y sociales, comportamientos sexuales riesgosos y accidentes automovilísticos.

Como el alcoholismo produce daños biopsicosociales muy graves, es necesario que los trabajadores en Salud Mental, médicos de familia mediante su trabajo constante eviten su aparición en nuestros jóvenes, así como que se trate correctamente y se alerte sobre la adquisición de bebidas alcohólicas de procedencia dudosa. Es preciso trabajar entre los jóvenes por alcanzar estilos de vida saludables.

A pesar de que en nuestro medio el alcoholismo está en una etapa inicial como problema de salud, esto implica que existen zonas donde es una realidad con la que el Médico de Familia se enfrenta y debe buscar soluciones.

FARMACOLOGÍA DEL ALCOHOL

El alcohol de consumo habitual es el alcohol etílico (etanol), aunque en ocasiones, pacientes alcohólicos y suicidas pueden tomar otros alcoholes (metílico, isopropílico, etilenglicol) mucho más neurotóxicos. Cada gramo de etanol supone 7,1 kcal, que son calificadas como calorías “vacías”, al carecer de nutrientes o de vitaminas, lo que explica la frecuencia de desnutrición y de déficit vitamínicos en pacientes que abusan de esta sustancia.

• Farmacocinética:

- El alcohol se absorbe bien por vía oral (20% en el estómago, 80% en el intestino delgado); también por vía inhalatoria y percutánea; se obtienen indicios plasmáticos en 10 minutos y el nivel máximo, en una hora; la absorción aumenta con la carbonatación (bebidas espumosas), con la ausencia de alimentos y con un vaciamiento gástrico rápido.
- La distribución también es buena (incluyendo la difusión hematoencefálica y la fetoplacentaria).

- La eliminación extrahepática alcanza sólo un 2-10% por la orina o por la respiración (fundamento del test de alcoholemia). El resto es hepática y se realiza a través de tres vías:
 - Oxidación no microsomal citosólica (la principal): por la alcohol deshidrogenasa, que consume gran cantidad de NAD, lo que origina muchos de los efectos tóxicos del etanol; sigue una cinética de orden 0, constante, independiente de los niveles plasmáticos, eliminando 8-12 ml/h.
 - Oxidación microsomal (minoritaria), que se activa con concentraciones altas de alcohol; utiliza el NADP, con la posibilidad de autoinducción (aumento hasta un 30%) con el consumo repetido.
 - Catalasa: en mitocondrias y peroxisomas; poco importante (menos del 2%).
- **Farmacodinamia:** El etanol actúa como un depresor inespecífico del SNC, existiendo un claro riesgo de potenciación con otros depresores (benzodiazepinas, antidepresivos, antipsicóticos). El consumo agudo produce una “depresión funcional”, en primer lugar de las funciones corticales cerebral y cerebelosa (con “desinhibición” conductual, excitación, aumento de la sociabilidad, euforia); en cantidades más elevadas induce sueño y en dosis aún mayores deprime el centro respiratorio y vasomotor, produce hipotermia y conduce al coma.
- Provoca alteraciones del sueño: al principio disminuye la latencia del mismo y reduce el REM del inicio de la noche con rebote posterior (pesadillas); también decrece el sueño profundo y la calidad de éste, con frecuentes despertares (sueño fragmentado).
- A nivel somático, destaca su efecto diurético (inhibe la liberación de ADH), cardiodepresor, hipoglucemiante (inhibe la gluconeogénesis) y miorelajante uterino.

USOS MÉDICOS

Los usos médicos del alcohol son limitados, siendo el principal su poder antiséptico (máximo al 70% de concentración); también se usa en intoxicaciones agudas por alcoholes no etílicos (para desplazarlos de su unión a proteínas

plasmáticas) y para producir bloqueos neurales (por ejemplo: administración intraneural en neuralgias del trigémino).

ETIOLOGÍA DEL ALCOHOLISMO

Es multifactorial e intervienen los siguientes factores:

- **Factores genéticos:**
 - Familiares de primer grado: multiplican por cuatro su riesgo.
 - Hijos de alcohólicos: mayor resistencia al alcohol (disminución de alteraciones conductuales o signos de intoxicación, menos cambios de la secreción de prolactina o cortisol, mayores niveles de endorfinas tras la administración de alcohol).
 - Concordancia en gemelos: monocigóticos 60%, dicigóticos 30%.
 - Estudios con PLFR (Polimorfismos de la Longitud de Fragmentos de Restricción): alteraciones en el alelo A1 del receptor dopaminérgico D2.

- **Factores sociales:**
 - El alcohol como base de las reuniones sociales (un 90% de las personas ha tomado alcohol alguna vez).
 - Criterio de “madurez” entre los adolescentes (un 50% bebe ya antes de los 16 años).

- **Factores psíquicos:**
 - Bebedor excesivo regular: personalidades dependientes y evitativas.
 - Bebedor excesivo irregular: personalidades antisociales.
 - Alcoholismo “secundario”: surge como complicación de una enfermedad psiquiátrica (trastornos afectivos, trastorno de angustia, fobia social, estrés postraumático, trastorno límite de la personalidad, etc.).

- **Factores relacionados con el consumo:**
 - Inicio a la misma edad que los no alcohólicos.
 - Aumento del consumo en la tercera década (cuando los no alcohólicos se moderan). Primeros problemas secundarios al alcohol entre los 20 y los 40 años de edad.

DIAGNÓSTICO

Criterios clínicos

Los signos y síntomas característicos son: temblor, ansiedad, hipervigilancia, debilidad, escalofríos, diaforesis, cefaleas, deshidratación, náuseas, pérdida de apetito, insomnio, taquicardia, hiperventilación, hipertensión leve; también es común el deseo de volver a ingerir esta sustancia. Incluso sin tratamiento, la mayoría de estas manifestaciones usualmente se resuelven en horas a días después de su aparición.

En aquellas personas cuyo consumo es masivo, además de lo anterior, puede producirse un evento más grave, llamado **delirium tremens**, que ocurre entre 2 y 10 días después de dejar de ingerir alcohol y que puede ser mortal. Algunos pacientes pueden presentar crisis convulsivas tipo gran mal y otros alucinaciones.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

Exámenes de rutina

- Hemograma completo
- Glicemia capilar
- Bioquímica sanguínea, glicemia, úrea, creatinina, electrolitos (Na, K, Ca y Mg)
- Colesterol, Triglicéridos HDL, LDL
- Pruebas de función hepática y TP
- Orina completa
- Alcoholemia y detección de otras sustancias en sangre
- Serología para VDRL – Electroencefalograma

Exámenes complementarios y de gabinete a considerar

- Niveles de vitamina B1, B12 y ácido fólico
- ELISA para VIH (Previo consentimiento informado)
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma
- Proteinograma
- Antígenos de superficie para hepatitis B
- Prueba de embarazo (BHCG)

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

Los problemas relacionados con el alcohol son los siguientes:

- **Consumo excesivo de alcohol (es un concepto epidemiológico):** Consumo de alcohol por encima 25 g/día en mujeres y 40 g/día en hombres, o cuando el alcohol supone un 20% o más de las calorías totales de la dieta. El consumo excesivo regular produce tolerancia al alcohol, que es la base para que posteriormente se pueda sufrir una abstinencia. Conviene estar pendiente de los marcadores clínicos y bioquímicos de consumo excesivo para poder prevenir síntomas abstinenciales en los pacientes.
- **Alcoholismo (es un concepto clínico):** Consumo de alcohol en cualquier cantidad como para producir problemas familiares, laborales, legales o físicos (incluyendo síntomas de abstinencia).
- **Problemas temporales asociados al alcohol:** Se ven en casi el 50% de los hombres; en las mujeres, tiende a observarse un consumo oculto y en solitario, con inicio más tardío que en los hombres, pero con consecuencias físicas y psíquicas similares.

TRASTORNOS ASOCIADOS AL CONSUMO AGUDO

- **Intoxicación aguda típica:** Sus efectos dependen de la alcoholemia alcanzada y de la tolerancia adquirida previamente (farmacocinética y farmacodinámica). El tratamiento es sintomático (soporte ventilatorio, manejo de la hipoglucemia); si existe agitación extrema, antipsicóticos o BZD; es necesario vigilar las complicaciones (accidentes, hipoglucemia, hipotermia, aspiración de vómito, síndrome compartimental); en casos extremos (“coma etílico”) se precisará soporte ventilatorio; la hemodiálisis suele reservarse para intoxicaciones con alcoholes no etílicos.
- **Intoxicación idiosincrásica (“borracheira patológica”):** Es una grave alteración conductual (agitación extrema) tras ingerir dosis mínimas de alcohol, con amnesia lacunar asociada. Supone un síndrome confusional inducido por el tóxico en personas predisuestas (niños, ancianos con demencia, patología previa del SNC) que no suelen beber de forma habitual; el tratamiento es sintomático. Es similar a las reacciones paradójicas descritas con BZD; en ambos casos una sustancia depresora del SNC produce cuadros de agitación.

- **Amnesia lacunar (black-out o palimpsesto):** No se recuerda lo sucedido durante la borrachera, sin que se haya perdido el conocimiento en el transcurso de la misma, por afectación de la memoria reciente; se puede ver en el 30-40% de los varones adolescentes que consumen alcohol, aunque es más frecuente en alcohólicos.

TRASTORNOS ASOCIADOS AL CONSUMO CRÓNICO

- **Neurológicos:**
 - **Encefalopatía de Wernicke:** Neuropatía periférica: se produce en el 5-15% de los alcohólicos; tiene causa múltiple (déficit de vitamina B1, toxicidad del etanol o del acetaldehído); provoca polineuropatía mixta (sensitivomotora) de predominio distal (es la polineuritis más frecuente, sobre todo en varones); genera diversas alteraciones de la motilidad ocular, ataxia, confusión; a veces mejora con la abstinencia y con tiamina.
 - **Degeneración cerebelosa:** En el 1% de los casos (por la malnutrición) es de predominio vermiano (hay alteraciones de la postura y de la marcha).
 - **Enfermedad de Marchiafava-Bignami:** Degeneración alcohólica del cuerpo caloso y de la comisura blanca anterior que cursa con demencia y con alteraciones de los movimientos.
 - **Temblor postural:** El dato neurológico más característico es el temblor fino distal, de predominio en manos y lengua.
 - **Demencia alcohólica:** Es la primera causa tóxica de demencia; presenta deterioro generalizado y no reversible (a diferencia del Wernicke-Korsakoff).
 - **Mielinólisis central pontina,** hematoma subdural (por caídas), dilatación de los ventrículos laterales (en el 50% de los casos es aparentemente reversible), esclerosis laminar de Morel (degeneración de la capa IV de la corteza cerebral), miopatía alcohólica.

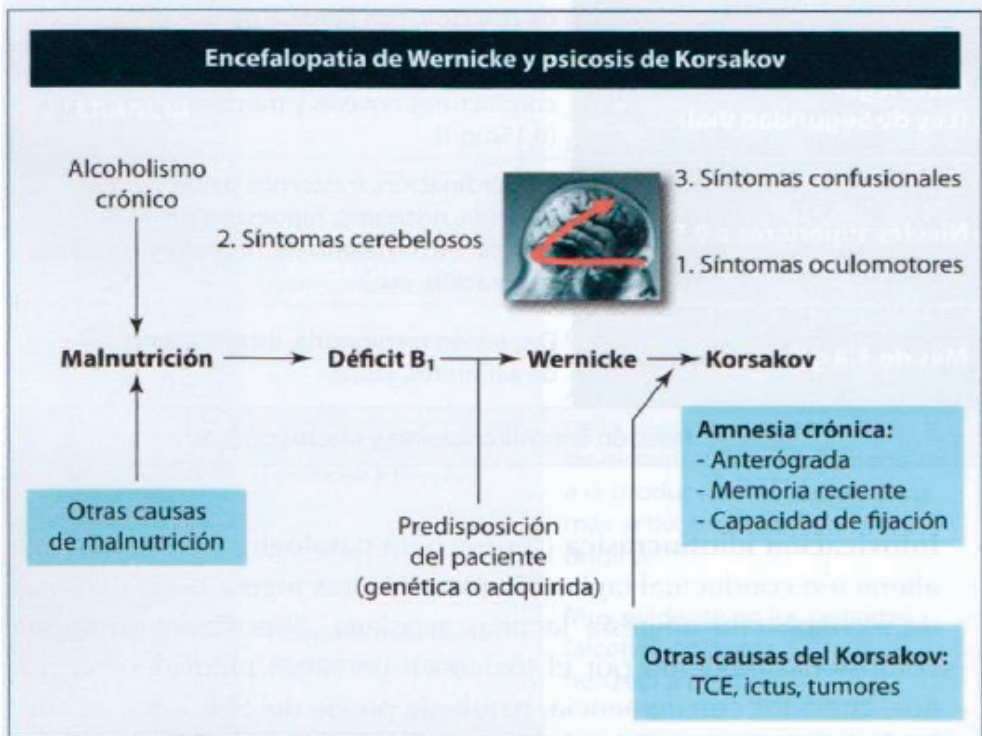
1. Psiquiátricos:

- **“Psicosis” de Korsakoff (trastorno amnésico):** Es la complicación tí-

pica de una encefalopatía de Wernicke, aunque el abuso del alcohol no es la única causa de trastorno amnésico (también lo producen tumores, ictus, etc.). Se encuentran lesiones diencefálicas (núcleos dorsomediales del tálamo) en las tuberosidades mamilares (visibles en RM) y en el hipocampo. Hay una alteración desproporcionada de la memoria reciente (de fijación o anterógrada) respecto al resto de funciones. Se preserva la memoria remota, inmediata y el CI. La desorientación no es poco habitual.

- Puede ir junto a confabulación (no aparece tan frecuentemente en las formas no alcohólicas). Se trata con tiamina (dosis altas durante largo tiempo) con resultados poco esperanzadores (sólo el 25% de los casos se recuperan totalmente).

- **Síndrome de Wernicke-Korsakov**



- **Trastornos psicóticos inducidos por alcohol:**

- **Alucinosis alcohólica:** Se asocia tanto al aumento del consumo como a su disminución o cese; consiste en alucinaciones auditivas angustiantes (insultos, de contenido sexual) con nivel de conciencia normal. Si progresa, se complica con delirios y con otras alucinaciones.
- **Celotipia alcohólica** (cuya relación específica con el alcohol es discutible).

Ambos trastornos mejoran con la abstinencia y con el tratamiento con antipsicóticos (haloperidol).

- **Otros trastornos psiquiátricos inducidos por el alcohol:** Síndromes depresivos, alteraciones del sueño, disfunciones sexuales, trastornos de ansiedad (p. ej.: crisis de angustia durante la abstinencia).

En general, ante cualquier trastorno psiquiátrico en un paciente que consume alcohol en cantidades elevadas, se recomienda la desintoxicación del alcohol y la reevaluación del caso tras varias semanas de abstinencia, dado que muchos trastornos dependerán por completo del consumo y desaparecerán cuando éste se interrumpa. Si no fuera así y persistieran los síntomas, se consideraría un trastorno independiente y se plantearía un tratamiento adecuado.

2. **Efectos teratogénicos (síndrome alcohólico fetal):** Se pueden producir malformaciones faciales (pliegues oculares epicánticos, hipoplasia de los cornetes, defectos del esmalte dental, etc.), cardíacas (p. ej.: defectos de los tabiques), alteraciones de los pliegues de la mano y de la movilidad articular, microcefalia y retraso mental, entre otros.

3. Aparato gastrointestinal:

- **Esófago:** Esofagitis por reflujo, varices por hipertensión portal, síndrome de Mallory-Weiss por vómitos.
- **Estómago:** Gastritis aguda erosiva (es la primera causa de hemorragia digestiva en alcohólicos) y gastritis crónica atrófica.
- **Intestino:** Es frecuente la diarrea (por el aumento del peristaltismo o debido a la existencia de pancreatitis alcohólica) y la malabsorción (lo que junto con los malos hábitos nutricionales aumenta el riesgo de hipovitaminosis, sobre todo del grupo B).

- **Hígado:** Más de 40 mg/día producen toxicidad hepática (según la OMS, cantidades mayores de 20 mg/día):
 - **Esteatosis:** Es la alteración hepática más frecuente; son acúmulos grasos en los hepatocitos centrolobulillares.
 - **Hepatitis:** Entre las que se encuentran:
 - Aguda (la más frecuente): aumento de las transaminasas con cociente ASAT/ALAT (GOT/GPT) > 2; en la anatomía patológica se ve hialina de Mallory.
 - **Asintomática.**
 - **Fulminante:** Esteatosis masiva, hemolisis e hiperlipidemia (síndrome de Zieve).
 - **Cirrosis:** En el 15% de los casos de alcohólicos crónicos.
- **Encefalopatía portocava:** Es la causa más frecuente de alteración del SNC en alcohólicos.
- **Páncreas:** Pancreatitis aguda y crónica.
- **Aparato cardiovascular:**
 - **Miocardiopatía:** Es la causa principal de la miocardiopatía dilatada.
 - **Arritmias:** Taquicardia paroxística tras el esfuerzo sin miocardiopatía (“corazón del día de fiesta”); arritmias en el seno de la miocardiopatía.
 - **Hipertensión.**
- **Sistema hematopoyético:** Aumento del VCM con anemia leve (si hay déficit concomitante de ácido fólico, la anemia será megaloblástica), leucopenia y disfunción de los leucocitos (padecen más frecuentemente neumonías y TBC), trombocitopenia (si hay hiperesplenismo, puede ser grave) y falta de agregación plaquetaria; reversibles con la abstinencia.
- **Otros órganos y sistemas:**

- **Endocrinológicas:** Hiperkortisolemia, descenso de la ADH (inicialmente) con tendencia a la sobrehidratación compensatoria (con el consumo crónico), descenso de T4 y T3.
- **Urogenitales:** Amenorrea y atrofia testicular.

DESINTOXICACIÓN Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA

La abstinencia aparece al cesar o al disminuir el consumo de alcohol y puede suponer un riesgo vital, sobre todo si se asocia a otras complicaciones orgánicas alcohólicas graves típicas del alcoholismo como la cirrosis o la miocardiopatía.

La **clínica** se inicia entre las cinco y las diez horas de interrumpir la ingesta (de hecho, los alcohólicos graves se levantan por la mañana con signos leves de abstinencia). Se observará temblor de manos, hipertermia, hiperactividad autonómica, insomnio con pesadillas, ansiedad, alteraciones digestivas e incluso crisis epilépticas; alcanza su máximo a los dos o tres días, cediendo en una semana.

En el 5% de los casos, se da el cuadro más grave, el delirium tremens (delirium por abstinencia alcohólica). Cursa con un síndrome confusional con desorientación, alteraciones perceptivas, como ilusiones y alucinaciones, con frecuencia desencadenadas por la privación sensorial o “inducibles” por el entrevistador, de gran intensidad y vivencia angustiada, sobre todo visuales (son típicas las microzoopsias), escenográficas y complejas.

También hay delirios (“delirio ocupacional”, actividad motora que reproduce la ocupación habitual del paciente), inquietud, agitación, clínica vegetativa (fiebre, sudoración profusa, taquicardia, etc.) y posibles convulsiones, que son marcadores de gravedad (10-20% de mortalidad sin tratamiento).

El tratamiento en sus formas leves se puede realizar ambulatoriamente; se usan fundamentalmente las benzodicepinas de vida media larga (clorazepato o diazepam); el lorazepam o el clometiazol pueden emplearse en caso de hepatopatía por su corta vida media derivada de la ausencia de metabolitos hepáticos; en abstinencias leves, también se utiliza el tiapride (antipsicótico poco incisivo), si bien no ofrece cobertura frente a posibles convulsiones.

En los siguientes casos, es necesario el **ingreso** de los pacientes, debiendo recibir cuidados médicos exhaustivos (hidratación, vitaminas del complejo B), junto con sedantes (i.v. en el delirium tremens):

- **Síndrome de abstinencia grave:** Delirium tremens, convulsiones, antecedentes de abstinencias complicadas, consumo de grandes cantidades de alcohol.
- Si presenta procesos orgánicos o psiquiátricos graves que puedan descompensarse y poner en peligro la vida del paciente (cirrosis hepática avanzada, sangrado digestivo reciente, etc.).
- Si hay problemas sociales acompañantes: ausencia de soporte familiar.

Las **convulsiones** asociadas a la abstinencia alcohólica (“ataques del ron” o rum fits) son de tipo generalizado tónico-clónico. Dado que muchos pacientes sufren hipomagnesemia asociada a la desnutrición, la adición de magnesio al tratamiento es posible que ayude a prevenirlas; para su tratamiento se usan las BZD. Los antipsicóticos pueden disminuir el umbral para las mismas por lo que hay que tener especial cuidado cuando se utilizan en pacientes alcohólicos; una vez resueltas, no es necesario tratamiento de mantenimiento con antiepilepticos.

DESHABITUACIÓN Y REHABILITACIÓN

Una vez superada la desintoxicación (es decir, una vez pasada la abstinencia), lo que no suele llevar más de dos semanas, los fármacos sedantes no tienen indicación en la mayoría de los pacientes y existe riesgo de dependencia en el caso de su uso crónico.

Las **terapias psicosociales** son la base del tratamiento a largo plazo y, entre las múltiples variantes, no hay una opción claramente mejor que otra; así como tampoco es más adecuado el tratamiento intrahospitalario que el ambulatorio; en cualquier caso suele ser necesario un seguimiento prolongado.

El **apoyo farmacológico** (siempre como complemento de un correcto abordaje psicosocial) se ha basado tradicionalmente en los interdictores,

fármacos inhibidores de la aldehído-deshidrogenasa (disulfiram o ANTABÚS® y la cianamida cálcica o COLME®); producen, a los pocos minutos de la ingesta de alcohol (o incluso tras comer alimentos con vinagre o exponerse a sustancias como colonias o lociones) una acumulación de acetaldehído con importantes efectos histaminérgicos (intensa sensación de malestar y de ahogo, náuseas, rubefacción, sudoración, hipotensión, taquicardia, palpitaciones, vértigo, visión borrosa, etc.) que duran entre 30 y 60 minutos; el objetivo es conseguir

un aprendizaje basado en la disuasión (no bebo porque sé que me va a sentar muy mal); estos fármacos están contraindicados en pacientes con patología somática grave y en embarazadas; el paciente tiene que estar muy motivado y dar su consentimiento; aun así, a largo plazo parecen ineficaces.

En los últimos años, han surgido nuevos tratamientos (fármacos anticraving o anti-anhelo) basados en los avances en neurobiología de las dependencias; la naltrexona es el más utilizado y parece disminuir la tendencia a la recaída que se asocia a la pérdida de control tras un consumo puntual; el acamprosato es otros de los fármacos autorizados para su uso en dependencia alcohólica, aunque su efecto es escaso. Otros preparados empleados como anticraving aunque sin autorización oficial son el tiapride, los ISRS o los modernos anticonvulsivantes (topiramato, gabapentina).

TRATAMIENTO MÉDICO

• **Medidas Generales**

I Nivel

- Apoyo psicosocial de médicos, enfermeras y la red social del paciente
- En caso de sospecha diagnóstica, referencia a II y III Nivel de atención

• **Medidas Específicas**

II y III Nivel

- Apoyo psicológico y/o psiquiátrico
- Diazepam 10 mg IV lentamente
- Sulfato de Magnesio 10mg. diluido en la solución en los casos que se sospeche hipomagnesemia
- Diazepam 10 mg IV adicional en caso de que aumenten las crisis
- Fenitoína 100mg cada 8 hrs. o Carbamazepina 400 a 600 mg día VO en pacientes con antecedentes de crisis convulsivas para prevenir su aparición durante los primeros 10 días de abstinencia, debe ser disminuida la dosis en pacientes con disfunción hepática.

OBSERVACIONES

Si en el nivel I a las dos semanas de tratamiento no se obtuvo respuesta farmacológica satisfactoria o se presenten efectos colaterales indeseables, referir a los niveles II y III de especialidad.

PRONÓSTICO

Si no se abandona el consumo de alcohol, la esperanza de vida se acorta 15 años; la muerte se produce por cardiopatías, cánceres, accidentes y suicidio. Al año de tratamiento, el 60% de los alcohólicos de clase media mantiene la abstinencia, siendo preciso un seguimiento estrecho durante ese año.

┆ b. OPIÁCEOS

FARMACOLOGÍA

Los opiáceos son sustancias derivadas de la adormidera o amapola del opio (*Papaver somniferum*) o sintetizadas de forma artificial que actúan sobre los receptores del sistema opioide endógeno. Todos ellos presentan tolerancia cruzada (en cada tipo de receptor) y son susceptibles de crear dependencia. La heroína clandestina, que es el opiáceo más consumido, sólo contiene entre el 5 y el 10% del opiáceo (el resto lo constituyen adulterantes: lactosa, fructosa, quinina, estricnina, fenacetina, etcétera).

- **Farmacocinética:**
 - Se absorben bien por vía oral o bien intramuscularmente. La heroína se solía consumir por vía endovenosa pero actualmente suele hacerse por vía inhalatoria.
 - Tienen un metabolismo fundamentalmente hepático (por conjugación). Sólo una pequeña fracción se elimina en la orina (lo que es útil para el test de detección).
 - El efecto es mayor y más rápido por vía i.v., seguida de la vía inhalatoria.
- **Farmacodinamia:** Utilizan receptores del sistema opioide endógeno (cuyos ligandos naturales son encefalinas, endorfinas y dinorfina), existiendo tres tipos:

- μ : Situado en las áreas centrales del dolor e implicado en la analgesia supraespinal, el estreñimiento y la respiración; lo estimulan las B-endorfinas y la morfina, y es el más importante en la dependencia.
- κ : En la corteza cerebral, está implicado en el dolor, la respiración, la sedación, la diuresis y la regulación hormonal; la pentazocina es un agonista/antagonista que activa al κ , pero bloquea al μ .
- δ : Localizado en las regiones límbicas, implicado posiblemente en la analgesia; estimulado por p-endorfinas y encefalinas.

USOS MÉDICOS

- **Analgesia:** A diferencia de los analgésicos “menores” (paracetamol, AINEs, iCOX2) no presentan techo analgésico, por lo que son sus efectos adversos (náuseas, vómitos, estreñimiento, sedación, hipotensión, bradicardia) la única limitación de la dosis máxima. Además no tienen acción antipirética por lo que no enmascaran la fiebre.
 - Para dolores intensos agudos (es poco eficaz en dolores neurógenos) y para pacientes con dolor crónico refractario (preparados orales de morfina de liberación sostenida, fentanilo transmucoso o transdérmico, etc.).
 - En anestesia intravenosa (fentanilo y derivados).
 - En el parto (meperidina parenteral, pues no reduce la motilidad uterina al contrario que la mayoría de opiáceos). No en el cólico biliar, pues contraen el esfínter de Oddi (salvo quizá la meperidina).
- Edema agudo de pulmón cardiogénico (morfina).
- Antidiarreicos (loperamida, difenoxilato).
- Antitusígenos (codeína, dextropropoxifeno).

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS OPIÁCEOS

Se diferencian dos tipos de adictos a los opiáceos:

- **El adicto a medicamentos:** Son pacientes con síndromes dolorosos crónicos (como el Dr. House) y profesionales sanitarios (los emplean para la ansiedad, el insomnio).

- **El adicto clandestino:** Sólo unos pocos pacientes presentan características de trastorno antisocial de la personalidad. La mayoría tiene un buen nivel de funcionamiento premórbido y ha realizado una «escalada» de tóxicos (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, opiáceos), siendo frecuente la politoxicomanía.

INTOXICACIÓN AGUDA (SOBREDOSIS)

Puede deberse a un intento de suicidio o a una sobredosis accidental (por consumo de droga de mayor pureza de la habitual o por cese temporal del consumo y por reducción de la tolerancia adquirida). Cursa con depresión respiratoria, disminución del nivel de conciencia y miosis; es posible que se produzca hipotensión, braquicardia, hipotermia y muerte por parada cardiorrespiratoria. Hay que diferenciarla de la reacción anafiláctica a los adulterantes (coma, edema pulmonar no cardiogénico, eosinofilia).

El tratamiento consiste en mantener las constantes vitales hasta que pueda administrarse naloxona (antagonista puro de vida media corta i.v. o s.c), la cual desencadenará un síndrome de abstinencia agudo si el paciente tenía tolerancia; si tomó propoxifeno, buprenorfina o pentazocina responderá mal a la naloxona, necesitará dosis elevadas de la misma y precisará ventilación mecánica. La naloxona deberá mantenerse en perfusión continua, dependiendo de la vida media del opiáceo.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

El síndrome de abstinencia se debe a la reducción o al abandono del consumo o a la administración de sustancias con capacidad antagonista (antagonistas puros como naloxona o naltrexona, agonistas/antagonistas como pentazocina, agonistas como buprenorfina).

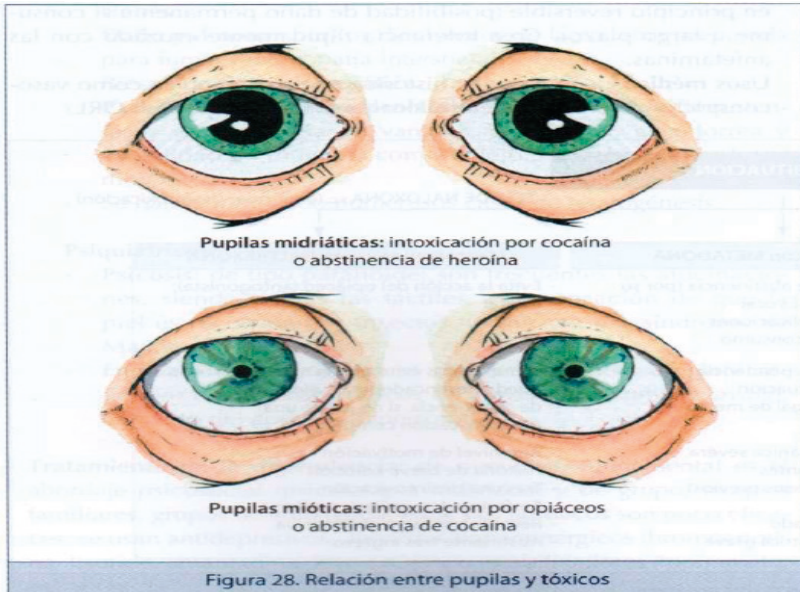
Su intensidad va a estar determinada por la dosis, el tiempo de consumo y la vida media. La meperidina es el opiáceo que más pronto la produce (su vida media es muy breve); en el caso de la heroína, se inicia en unas

12 horas, con un máximo a los dos o tres días, cediendo en una semana; con la metadona (tiene una vida media larga), es más leve y prolongado.

Se observará humor disfórico, náuseas, vómitos, diarrea, dolores musculares, lagrimeo o rinorrea, midriasis, fiebre, piloerección o sudación, bostezos, insomnio y ansiedad. En algunos casos, pueden persistir síntomas leves durante

meses (ansiedad, insomnio). Su origen es doble, dependiendo tanto del sistema opioide como de la hiperactividad del locus coeruleus (crónicamente inhibido por los opiáceos).

Relación entre pupilas y tóxicos



El tratamiento puede seguir los dos modelos siguientes:

- **Sustitutivo (con opiáceos):** Se suele hacer con cualquier opiáceo agonista puro aunque lo más habitual es usar metadona oral (por su vida media larga) o propoxifeno oral (si se prefiere un opiáceo de baja potencia para combinarlo con fármacos no opioides); hay que calcular la dosis equivalente al consumo o hacerlo en función de la clínica, y se lleva a cabo una reducción gradual en cinco o diez días, aproximadamente; es el tratamiento de elección.
- **Sintomático (sin opiáceos):** Agonistas α -2-adrenérgicos (clonidina) para reducir la actividad simpática (producen hipotensión y sedación).
- Se pueden añadir en ambos casos analgésicos (AINEs), antidiarreicos y sedantes (benzodiazepinas, antipsicóticos sedantes).

Los **tratamientos ultrarrápidos** (en UCI) de la abstinencia combinan naloxona o naltrexona y sedantes o clonidina en dosis altas, con la intención de acelerar la desintoxicación del paciente, minimizando los efectos secundarios de este síndrome, pero no se ha demostrado que modifiquen el pronóstico a medio o a largo plazo.

El tratamiento siempre debe realizarse dentro de un programa global y no de forma esporádica (por ejemplo, en Urgencias), pues la tasa de fracaso es muy alta; en principio se llevará a cabo ambulatoriamente, salvo en aquellos casos en que una abstinencia grave pueda descompensar una enfermedad previa (orgánica o psiquiátrica), en las embarazadas o en ausencia de soporte social, aunque conviene no olvidar que, en la mayoría de los casos, el síndrome de abstinencia de opiáceos no reviste gravedad.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA EN EL RECIÉN NACIDO

Este síndrome surge al segundo día del nacimiento, apareciendo más tarde en hijos de consumidoras de opiáceos de vida media larga (metadona). Parece ser más frecuente en consumidoras de metadona que de heroína.

Suelen ser recién nacidos de bajo peso con una alta tasa de prematuridad y un lógico aumento de la morbilidad y de la mortalidad. La mortalidad sin tratamiento es del 3-30% (por aspiración meconial, muerte súbita del lactante, etc.). La clínica es similar a la del adulto y puede haber síntomas leves durante meses. El tratamiento exige cuidados médicos estrictos (por el riesgo de convulsiones) y el uso de sedantes de amplia experiencia en este grupo de población (p. ej.: fenobarbital) u opiáceos (morfina).

REHABILITACIÓN Y DESHABITUACIÓN (TRATAMIENTO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS)

Como en cualquier tipo de dependencia, lo fundamental es el abordaje psicosocial, buscando distintas intervenciones para mantener la abstinencia.

Los fármacos carecen de sentido como tratamiento aislado. El primer objetivo a lograr es la desintoxicación, lo que no suele llevar más de dos semanas. No hay una estrategia mejor que otra, siempre y cuando se ocupen de todas las dimensiones del problema (médica, laboral, familiar, legal).

Dentro de los abordajes farmacológicos, se diferencian los siguientes tipos:

- **Programas de “alta exigencia”** que no utilizan fármacos o sólo permiten el uso de antagonistas de opiáceos de acción prolongada (naltrexona) para reducir el “refuerzo positivo” inducido por un posible consumo de la droga; antes de iniciar el tratamiento, hay que asegurar la desintoxicación completa (test de la naloxona) para no desencadenar un síndrome de abstinencia; su eficacia es escasa (10% de seguimiento a los seis meses).
- **Programas de “baja exigencia”** o de mantenimiento con opiáceos; no buscan la curación de la dependencia, sino una disminución de las consecuencias médicas y legales del consumo de opiáceos clandestinos que permita posteriormente iniciar el tratamiento psicosocial; el más usado es la metadona (oral); en otros países se emplean el acetato de metadilo, la heroína o la buprenorfina; son los más eficaces para lograr la “normalización” de la vida del paciente y deben mantenerse durante años hasta que la estabilidad del paciente permite su retirada.

Además, existe toda una serie de estrategias destinadas a reducir los riesgos asociados al uso ilegal de estas sustancias (intercambio de jeringuillas, reparto de preservativos, administración controlada médicamente en narcosalas).

PRONÓSTICO

El 60% de los pacientes llega a abandonarlos, aunque pueda consumir otras drogas. La mortalidad es alta; el 25% fallece en 10-20 años (por suicidio, homicidio o enfermedades infecciosas).

┆ c. COCAÍNA

FARMACOLOGÍA

Deriva de la planta de la coca (*Erythroxylon coca*), cuyas hojas contienen un 0,5-1% de cocaína. El principio activo es el metiléster de benzoilecgonina. Ya no es una droga de consumo selectivo de las clases sociales más altas, consumiéndose en todos los niveles socioeconómicos y diferenciándose dos patrones de consumo:

- **Episódico** (en “atracones” o “binges”, sobre todo durante el fin de semana).
- **Crónico** (diario), menos frecuente.
- **Farmacocinética:** Las vías de administración son las que se detallan a continuación:

- **Oral:** Masticando las hojas, tradicional en los países productores.
- **Nasal:** Clorhidrato de cocaína esnifado, la vía más frecuente.
- **Inhalatoria:** Crack o free-base, muy adictivo por su rápido efecto.
- **Intravenosa:** Speedball: clorhidrato de cocaína con heroína.

La vida media es de una hora, eliminándose a través de las esterasas plasmáticas (se pueden detectar metabolitos en orina hasta dos o tres días después). Es muy frecuente que se consuma junto con alcohol, ya que en este consumo conjunto se produce un metabolito intermedio (cocaetanol) que prolonga sus efectos.

- **Farmacodinamia:** Ejerce su efecto a través del bloqueo de la recaptación de aminas en el SNC (dopamina, sobre todo), bloqueo en principio reversible (posibilidad de daño permanente si consume a largo plazo). Crea tolerancia rápidamente cruzada con las anfetaminas.
- **Usos médicos:** Son escasos; históricamente, se emplea como vasoconstrictor y como anestésico local en oftalmología y en ORL.

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE COCAÍNA

Los principales problemas asociados al consumo de cocaína son los siguientes:

- **Intoxicación:** Depende de la vía utilizada (más rápida en forma inhalatoria, lo que produce efectos más intensos). Personas de alto riesgo son los traficantes que llevan bolas de cocaína en su tracto digestivo (son los conocidos como “mulos” o body packers). Produce un síndrome simpaticomimético.
- Se evidencia estimulación y euforia (rush), con disminución del cansancio. En dosis altas, pueden aparecer alucinaciones (táctiles o visuales) y delirios (paranoides). Provoca midriasis bilateral reactiva, bruxismo y movimientos estereotipados. Aumenta la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Existe riesgo de ictus (isquémico o hemorrágico), síndrome coronario agudo, arritmias, convulsiones y muerte (súbita, si hay déficit de pseudocolinesterasa).
- Para su tratamiento no se dispone de antagonistas. Se deben monitorizar la saturación arterial de oxígeno, la TA y el ECO. Inicialmente, se manejan

con benzodiacepinas. Los antipsicóticos han de usarse con cuidado pues incrementan el riesgo de convulsiones y nunca se usarán sin emplear también benzodiacepinas. Las convulsiones se tratan con diazepam y obligan a realizar un TAC craneal.

- Hay que hidratar muy bien al paciente para reducir el riesgo de rabdomiólisis (es importante la vigilancia de los niveles de CK así como la función renal). La hipertermia se controla con medidas físicas. Las crisis de HTA, los fenómenos isquémicos y las arritmias requieren tratamiento específico, debiendo evitarse los β -bloqueantes puros, pues pueden conducir a una hiperactividad α -adrenérgica, agravando el cuadro.
- **Efectos del uso crónico:**
 - **Locales:** Perforación y necrosis del tabique nasal por vasoconstricción.
 - **Sistémicos:**
 - **Vasoconstricción:** Cardiopatía isquémica y disminución del flujo sanguíneo cerebral con riesgo de ACVA y de convulsiones.
 - **Daño pulmonar** por los disolventes de la cocaína preparada para fumar (neumopatía intersticial).
 - Riesgo de **necrosis hepática**.
 - **Parkinsonismo e hiperprolactinemia persistente** (impotencia y ginecomastia en varones, amenorrea, galactorrea y esterilidad en mujeres) como reflejo de la depleción dopaminérgica.
 - Se han comunicado numerosos casos de teratogénesis.
 - **Psiquiátricos:**
 - **Psicosis:** De tipo paranoide; son frecuentes las alucinaciones, siendo típicas las táctiles, con sensación de que la piel es recorrida por insectos (formicación o síndrome de Magnan).
 - En la **abstinencia** o crash se observa un cuadro de perfil depresivo con intensos deseos de volver a consumir (craving), aumento del apetito e hipersomnía.

- **Tratamiento de la dependencia:** De nuevo, lo fundamental es el abordaje psicosocial (psicoterapia individual y de grupo, terapias familiares, grupos de autoayuda, etc.). Los fármacos son poco eficaces; se usan antidepresivos, agonistas dopaminérgicos (bromocriptina, lisuride, amantadina, levo-DOPA) o estabilizadores (topiramato, gabapentina).

┆ d. CANNABIS

FARMACOLOGÍA

El cannabis es la sustancia ilegal más frecuentemente consumida. Deriva de la *Cannabis sativa*, siendo el principal compuesto activo el delta-9-tetrahydrocannabinol. Según el preparado y el origen de la droga, se encuentra en diferentes concentraciones, que son en orden creciente las siguientes: marihuana (“hierba”), hachís (“chocolate”) y aceite de hachís.

- **Farmacocinética:** Se usa por vía oral (absorción lenta), inhalatoria (el “porro”, la más utilizada) o intravenosa (excepcional).
- Se absorbe y se distribuye rápidamente (muy lipofílico) y es metabolizado en el hígado a compuestos aún más activos; tiene un ritmo de excreción lento (sus metabolitos se pueden detectar meses después de su consumo).
- **Farmacodinamia:** utiliza un sistema endógeno propio, habiéndose identificado y clonado receptores cannabinoides, siendo el principal ligando endógeno la anandamida. Actúa como neuromodulador, potenciando, entre otras, la función dopaminérgica.
- Al principio induce tolerancia inversa: la misma dosis produce más efecto, pues se empiezan a acumular metabolitos activos al autoinducir su metabolismo. Luego, aparece la tolerancia directa (aunque no se desarrolla para la hiperemia conjuntival ni las alteraciones perceptivas), que es cruzada con el alcohol.
- No se acepta la existencia de un síndrome de abstinencia, siendo raros los pacientes que cumplen criterios de dependencia.
- **Usos médicos:** Se propone su utilidad como antiemético, analgésico, relajante muscular, orexígeno y antineoplásico (SNC). Se están desarrollando

tanto fármacos agonistas como antagonistas de los receptores cannabinoides.

PROBLEMAS RELACIONADOS

Los problemas relacionados con el consumo de cannabis son los siguientes:

- **Intoxicación aguda:** Depende de la dosis, de la vía de administración, de las expectativas y del contexto del consumo. Induce un estado de relajación y de euforia suave, con aumento de la sociabilidad y con disminución de la capacidad de abstracción y de concentración. Son frecuentes las alteraciones perceptivas (ralentización del paso del tiempo).
- En personas predispuestas, puede desencadenar crisis de pánico con despersonalización grave (frecuente) o psicosis tóxicas con ideación paranoide (aunque es raro). Los efectos físicos inmediatos son la hiperemia conjuntival con taquicardia (es posible que desencadene una angina en personas con insuficiencia coronaria) y efectos anticolinérgicos (sequedad de boca). El tratamiento es sintomático.
- **Uso crónico:** Clásicamente se asoció con el síndrome amotivacional (que también se ve con otras sustancias).
- Parece que aumenta el riesgo de exacerbación de los síntomas psicóticos de la esquizofrenia.
- Pueden darse flashbacks como con otros alucinógenos.
- Físicamente produce una disminución de la capacidad vital pulmonar, con aumento del riesgo de presentar enfermedades pulmonares; aunque no está demostrado que sea carcinógeno. Sus efectos sobre la función reproductora están en discusión (reducción del número y de la viabilidad de los espermatozoides, disminución de las gonadotrofinas y de los esteroides gonadales).
- En embarazadas, se describe retraso del crecimiento del feto. No existen fármacos que se hayan demostrado eficaces para reducir su consumo, siendo el tratamiento de tipo psicossocial.

┆ e. OTROS TÓXICOS

1. ALUCINÓGENOS

Conocidos también como psicomiméticos, psicodislépticos o drogas psicodélicas. El prototipo es el LSD (dietilamina del ácido lisérgico), pero están muy de moda los alucinógenos naturales (hongos como el peyote o el psyobice) y algunas sustancias sintéticas con acción sedante y alucinógena (como la ketamina o la fenciclidina o PCP).

Ejercen sus efectos a través del sistema serotoninérgico (LSD y alucinógenos “naturales”) o glutamatérgico (anestésicos alucinógenos). Producen tolerancia rápida y cruzada entre ellos, pero no hay descrito síndrome de abstinencia. La dependencia psíquica es rara (al ser sus efectos bastante impredecibles).

El principal cuadro clínico (“viaje”) incluye ilusiones visuales, sinestesias, labilidad del humor y signos físicos simpaticomiméticos leves (taquicardia, hipertensión, midriasis, temblor, hipertermia); es bastante dependiente del contexto y de las expectativas.

El “mal viaje” es una crisis de pánico con intensa despersonalización y posibilidad de síntomas psicóticos o de accidentes mortales por la agitación. Es la principal causa de urgencia por su consumo.

Son típicos los flashbacks o reexperimentaciones de estas crisis o de los efectos de la droga, tras largo tiempo sin consumirla. Es posible que produzcan cuadros psicóticos de apariencia esquizofreniforme que podrían representar una psicosis latente o un cuadro totalmente secundario a la sustancia.

No hay descritas muertes por complicaciones orgánicas con LSD o alucinógenos naturales. En el caso de la ketamina y derivados, son típicas las alteraciones neurológicas (incoordinación motora, disartria, nistagmo), junto con rubefacción, diaforesis e hiperacusia. El tratamiento es siempre sintomático.

2. ANFETAMINAS

Sus efectos son similares a los de la cocaína, con riesgos psiquiátricos y físicos similares (salvo que su vida media es mucho más larga).

La más extendida es la metanfetamina (ice, speed, crystal o crank); su uso i.v. se asocia a infecciones por *Eikenella corrodens*. Su uso inhalatorio es equiparable a la cocaína inhalatoria (crack).

En España, sólo se comercializa el metilfenidato; está indicado en la narcolepsia y en el trastorno por déficit de atención; además, se propone su uso en

depresiones resistentes y en depresiones seniles con gran astenia, siendo desaconsejadas para el tratamiento de la obesidad.

3. DROGAS DE DISEÑO

Son derivados anfetamínicos con poder alucinógeno. El más conocido es el MDMA o “éxtasis” (metileno-desoxi-metanfetamina), pero hay decenas de productos similares.

Sus efectos están mediados por la serotonina y suponen una combinación de experiencias sensorceptivas similares a las de los alucinógenos y de efectos físicos parecidos a los de los estimulantes. El tratamiento es sintomático.

Se han descrito fallecimientos por hipertermia maligna y cuadros psicóticos crónicos tras un consumo prolongado. Experimentalmente, se ha demostrado neurotoxicidad irreversible por lesión de los núcleos serotoninérgicos, que podría evitarse con el uso previo de ISRS.

4. GHB (GAMMA-HIDROXI-BUTIRATO)

Es un depresor del SNC que provoca sedación, relajación muscular, sensación de bienestar y euforia leves, además de inducir el sueño. Conocido como “éxtasis líquido” (aunque nada tiene que ver con las anfetaminas alucinógenas), ejerce su acción a través del sistema GABAérgico. Se consume por vía oral, en forma de un líquido transparente. Tiene cierta acción anabolizante (estimula la secreción de GH), por lo que se usó de forma ilegal en musculación y se ha estudiado para diversas enfermedades, sin que actualmente tenga indicación médica alguna. Puede producir un síndrome confusional con síntomas psicóticos, que progresa al coma e incluso a la muerte por parada cardiorrespiratoria, sobre todo si se combina con otros sedantes (alcohol). Carece de tratamiento específico.

5. INHALANTES (PEGAMENTOS, DISOLVENTES, COMBUSTIBLES DERIVADOS DE HIDROCARBUROS)

Su consumo se produce entre adolescentes, generalmente en grupo, describiéndose un cuadro de intoxicación (mareo, nistagmo, incoordinación, disartria, marcha inestable, temblor, obnubilación, diplopía) que puede alcanzar el coma.

Se admite la posibilidad de dependencia, pero no un síndrome de abstinencia. Carecen de tratamiento específico.

6. TABACO (NICOTINA)

Se trata de un producto natural, derivado de la hoja de una planta solanácea, *Nicotiana tabacum*. La forma más extendida de consumo de tabaco es el cigarrillo, en cuyo humo se han identificado alrededor de 4.000 componentes tóxicos, de entre los cuales los más importantes son los siguientes:

- **Nicotina:** Sustancia estimulante del SNC a través de su acción sobre receptores colinérgicos, responsable de los efectos psicoactivos de la sustancia y de la intensa dependencia física que el tabaco provoca.
- **Alquitranes:** Sustancias probadamente cancerígenas, como el benzopireno, que inhala el fumador y quienes se ven forzados a respirar el humo tóxico que éste devuelve al ambiente.
- **Irritantes:** Tóxicos responsables de la irritación del sistema respiratorio ocasionado por el consumo de tabaco (faringitis, tos, mucosidad, etcétera).
- **Monóxido de carbono:** Sustancia que se adhiere a la hemoglobina, dificultando la distribución de oxígeno a través de la sangre.

El tabaco es consumido en busca de algunos efectos psicológicos positivos, fundamentalmente relajación (en personas con dependencia) y sensación de mayor concentración.

Entre los más importantes efectos físicos que provoca el consumo habitual de tabaco, destacan la disminución de la capacidad pulmonar con sensación de fatiga prematura, la reducción de los sentidos del gusto y del olfato, el envejecimiento prematuro de la piel de la cara, el mal aliento, la coloración amarillenta de dedos y dientes y la producción de tos y de expectoraciones, sobre todo matutinas.

Con el consumo a largo plazo se ha demostrado el desarrollo de dependencia psicológica y de un síndrome de abstinencia leve. En el plano orgánico, se ha convertido en el principal factor implicado en la mortalidad de los países occidentales por su asociación con cáncer (de pulmón, de boca, de laringe, de esófago, de riñón, de vejiga), cardiopatías (isquémicas, HTA) y enfermedades pulmonares (EPOC). Además, es un factor relevante en las úlceras gastroduodenales, muchas faringitis y laringitis crónicas, y se ha demostrado su asociación con bajo peso al nacer en hijos de madres fumadoras.

Para facilitar su abandono, y siempre como apoyo de las terapias psicosociales, se tiene:

- Suplementos de nicotina de liberación rápida (chicles, esprays) o prolongada (parches).
- Bupropión, un antidepresivo tricíclico con acción dopaminérgica.
- Vareniclina, un agonista parcial de los receptores nicotínicos.

Los resultados de los tratamientos de deshabituación tabáquica son desalentadores, habiéndose convertido en uno de los principales objetivos de la OMS.

Todos aquellos trastornos mentales en los que el paciente pierde en algún momento el correcto juicio de la realidad (saber que lo que le sucede es extraño, anormal) se han llamado tradicionalmente **psicóticos**. La clasificación actual restringe el término “psicótico” a aquellas enfermedades en las que los clásicos síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios) son el componente más llamativo de la clínica, quedando así solamente contenidos en esta categoría las esquizofrenias, los trastornos delirantes crónicos (clásicamente conocidos como paranoia) y otros trastornos psicóticos cercanos a éstos.

┆ a. ESQUIZOFRENIA

De la esquizofrenia se ha escrito y hablado mucho, pero la realidad es que en el fondo es la gran desconocida, o mejor dicho, lo son quienes la padecen. Podríamos dar muchas reseñas bibliográficas, pero lo que se pretende es un acercamiento y visión global a esta enfermedad.

Las personas que tienen una enfermedad mental tienen afectado su tono afectivo, su conducta y la manera en que se comunican con otras personas. Estamos más preparados para aceptar y comprender el caso de las enfermedades físicas. Otros elementos que tienden a confundir son que estos trastornos no tienen una causa o causas conocidas o fáciles de reconocer, varían de una persona a otra y su tratamiento también es confuso.

Además, la salud mental y la enfermedad mental dependen de nuestro estilo de vida, de la calidad de las relaciones afectivas que tenemos, de nuestra capacidad de amar y aceptar a los demás, de dar confianza y apoyo, y recibirlos, de nuestra tolerancia.

Este conjunto de valores, actitudes y habilidades pueden admitir una variedad de definiciones, no existen parámetros absolutos y cada cultura y cada grupo humano y cada familia e individuo elabora los suyos.

Se podría considerar psíquicamente normal a todo aquel que se comporte y actúe como la mayoría de las personas de su entorno, si alguien no se comporta

como la mayoría de las personas se dice que es enfermo. Desde la perspectiva médica un desorden mental sería aquel comportamiento desadaptado que no llega a ningún resultado concreto, que se aparta de la realidad. Desde el punto de vista social un enfermo mental no se ajustaría a su entorno.

El término de esquizofrenia fue introducido por el psiquiatra suizo Bleuler en 1911, pero este trastorno ya fue identificado por el psiquiatra alemán Kraepelin en 1896 bajo el nombre de «demencia precoz», queriendo significar que las personas afectadas, necesariamente sufren graves deterioros cognitivos y comportamentales, similares a las demencias experimentadas por algunas personas ancianas, pero en este caso se daría en una edad juvenil.

Sin embargo Bleuler observó que no era así en todos los casos y consideró más apropiado dar el nombre de esquizofrenia como una escisión en la asociación de ideas o como una retirada de la realidad y la vida social.

El término de esquizofrenia en sí significa “mente partida”.

CAUSAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Es lógico que se haya investigado intensamente sobre una enfermedad tan grave y llamativa como la esquizofrenia. Las investigaciones han obtenido resultados parciales importantes, que se sitúan en campos muy diversos. Por eso podemos decir con bastante seguridad que no existe una causa para que algunas personas sufran esta enfermedad, sino que hay atribuir la responsabilidad a todo un conjunto de causas.

Estas causas se definen en diversos modelos conceptuales:

Modelo vulnerabilidad-estrés: Se supone que existe una especial vulnerabilidad psíquica para que pueda producirse una esquizofrenia. La primera responsabilidad se debe a determinadas condiciones hereditarias. Se sabe que en algunas familias las esquizofrenias son frecuentes, mientras que en otras no. Debido a esta predisposición una persona puede ser vulnerable a sufrir la enfermedad pero esto no es una condición ecuánime para desarrollarla. Como desencadenante de la enfermedad debe sumarse una carga emocional especial (estrés). Los síntomas patológicos de la esquizofrenia deben entenderse como un intento de escapar de alguna manera a esta carga excesiva.

¿Cuáles son estas cargas? Pueden ser acontecimientos de la vida estresantes, normalmente imprevisibles, como la muerte de una persona próxima, el ser-

vicio militar, la pérdida de un puesto de trabajo... también un acontecimiento feliz, como el nacimiento de un niño, una boda, es decir situaciones que supongan un cambio en la vida. Sobre todo una carga emocional permanente puede significar una exigencia excesiva para una persona vulnerable: actitud excesivamente preocupada de la familia o pareja cohibe a la persona y disminuye su autonomía, hay casos en que la persona que sufre de esquizofrenia es de por sí, más retraída, debido a ello provocan que los demás quieran ayudarle. Otra actitud sería cuando los miembros de la familia tienen una actitud de rechazo encubierto, es decir no se habla del problema pero se manifiesta en las expresiones y actitudes, el afectado se critica y desvaloriza. Las cargas emocionales excesivas desencadenan los primeros brotes, pero también los brotes posteriores son provocados por situaciones de estrés aunque sean de carga leve.

Hay que mencionar la existencia de otros modelos médicos como por ejemplo: el modelo genético, neuroquímica, alteraciones cerebrales, alteraciones funcionales, electrofisiológicas y neuropsicológicas, complicaciones en el parto, infecciones por virus.

Por el momento, ninguna de estas causas posibles se ha demostrado como definitiva y las investigaciones prosiguen para confirmarlas.

CLÍNICA

La edad de aparición está comprendida entre los 15 y los 45 años, aunque suele comenzar al final de la adolescencia, también hay casos de aparición en la infancia, que suelen enmascararse con problemas escolares o mal comportamiento.

Quien sufre de esquizofrenia experimenta una distorsión de los pensamientos y sentimientos. Lo que caracteriza a la esquizofrenia es que afecta a la persona de una forma total, por lo que quien la padece comienza a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacía antes.

Dicha persona puede empezar a estar extraña, más aislada, puede evitar salir con amigos, duerme poco o demasiado, habla solo o se ríe sin motivo aparente (aunque estos síntomas no tienen por qué aparecer en todos los pacientes).

Es muy importante no olvidar que la persona que tiene una esquizofrenia no puede explicar lo que le está sucediendo, tiene miedo de hacerlo o de creer que está enfermo y por lo tanto no pedirá ayuda ni se quejará en la mayoría

de los casos de lo que le sucede. Por todo esto la mayor parte de ellos y sobre todo al comienzo de la enfermedad no aceptan tomar medicación ni acudir al especialista.

Se llaman **síntomas** a aquellas manifestaciones del sujeto que anuncian una anomalía o enfermedad. Serían síntomas los dolores, las inflamaciones, los cambios de ritmos biológicos. El problema de la esquizofrenia es que la mayoría de los síntomas son subjetivos, dependen de lo que el paciente refiera. Hay dos tipos de síntomas en la esquizofrenia:

Síntomas positivos: Son aquellas manifestaciones que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar.

Síntomas negativos: Son aquellas cosas que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos pueden realizar cotidianamente, como pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia otras personas, tener voluntad para levantarse cada día.

Síntomas positivos: Pueden estar en otros trastornos, el esquema de los síntomas positivos es el siguiente:

Síntomas positivos mentales: (Psicóticos)

Alucinaciones: Son engaños de los sentidos, percepciones interiores que se producen sin un estímulo externo. El sujeto no está en condiciones de reconocer que lo percibido surge únicamente de sus vivencias interiores y no está presente en el mundo externo. Pueden ser de tipo auditivas, táctiles, visuales, gustativas y olfativas.

Delirio: Se trata de una convicción errónea de origen patológico que se manifiesta a pesar de razones contrarias y sensatas. El alcance con la realidad está restringido. El paciente ve el delirio como la única realidad válida. Aunque los propios pensamientos son contrarios a las leyes de la lógica, el enfermo es inaccesible a esta objeción. Cuando se advierte de este estado, a veces no hay que pensar mucho en el inicio de un tratamiento o la hospitalización, ya que la desesperanza que puede llegar a producir en el paciente hace que haya intentos de suicidio. Tipos: persecución, de culpa, de grandeza, religioso, somático, de referencia...

Trastornos del pensamiento: La manera de hablar suele darnos indicios significativos sobre el pensamiento trastornado. Relatan a menudo que han perdido control sobre sus pensamientos, que estos le han sido sustraídos, impuestos o que son dirigidos por extraños poderes o fuerzas relacionados con el lenguaje, tenemos: descarrilamiento, tangencialidad, ilogicalidad, presión del habla, distraibilidad.. en las crisis psicóticas, estos síntomas anteriores descritos pueden ir acompañados de:

Síntomas positivos en el ámbito de sentimientos: Angustia, excitabilidad.

Síntomas positivos vegetativos: Insomnio, palpitaciones, sudores, mareos, trastornos gastrointestinales, trastornos respiratorios.

Síntomas positivos de la motricidad: Comportamiento, agresivo y/o agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva.

Síntomas negativos: En la esquizofrenia también hay otra serie de síntomas, menos alarmantes pero que se suelen confundir como signos de pereza o de mal comportamiento, son los llamados síntomas negativos como por ejemplo la apatía, la falta de energía, la falta de placer, insociabilidad, etc., los cuales deben ser tratados en la misma medida que los síntomas activos o positivos.

Todos estos síntomas afectan a todos los ámbitos: social, laboral, familiar. En algunos aspectos el enfermo esquizofrénico tiene menos capacidad de acción que una persona sana. Estas deficiencias las llamamos síntomas negativos.

Se pueden ver estos síntomas antes de que aparezcan las alucinaciones y los delirios, pero en su forma más clara se manifiestan sólo después de la desaparición de los síntomas positivos. Hablaríamos de la fase residual de la enfermedad.

Hay que subrayar que no todas las personas que sufren de esquizofrenia tienen estos impedimentos o síntomas. Alrededor de una tercera parte de los enfermos no los tienen en absoluto o de manera tan poco acentuada que apenas les molestan en la vida cotidiana.

Síntomas Negativos

Pobreza afectiva: Se manifiesta como un empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos, disminuye la capacidad emocional; se manifiesta en aspectos del comportamiento como: expresión facial inmutable (la cara parece helada, de madera, mecánica), movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivos (no usa las manos para expresarse, permanece inmóvil y sentado...), escaso contacto visual (puede rehuir mirar a los demás, permanece con la mirada extraviada), incongruencia afectiva (el afecto expresado es inapropiado. Sonríe cuando se habla de temas serios. Risa tonta), ausencia de inflexiones vocales (el habla tiene una calidad monótona y las palabras importantes no están enfatizadas por medio de cambios de tono de voz o volumen).

Alogia: Se refiere al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición. Se manifiesta a través de: pobreza del lenguaje (restricción de la cantidad del lenguaje espontáneo, las respuestas son breves y raramente hay información adicional), pobreza del contenido del lenguaje (aunque las respuestas son largas, el contenido es pobre. El lenguaje es vago, repetitivo y estereotipado), bloqueo (interrupción del lenguaje antes de que un pensamiento o idea haya sido completado. Después de un periodo de silencio que puede durar unos segundos no puede recordar lo que estaba diciendo o lo que quería decir), latencia de respuesta incrementada (el paciente tarda más tiempo de lo normal en responder a la pregunta).

Abulia - Apatía: La abulia se manifiesta como una falta de energía, de impulso. La apatía es la falta de interés. A diferencia de la falta de energía de la depresión, en la esquizofrenia es relativamente crónica y normalmente no está acompañada de una afectividad triste. Se manifiesta en: problemas con el aseo y la higiene; falta de persistencia en el trabajo, escuela o cualquier otra tarea; sentimiento de cansancio, lentitud; propensión al agotamiento físico y mental.

Anhedonia - insociabilidad: La Anhedonia es la dificultad para experimentar interés o placer por las cosas que antes le gustaba hacer o por las actividades normalmente consideradas placenteras: tiene pocos o ningún hobbies, tienden a mostrar un decremento de la actividad e interés sexual en función de lo que tendría que ser normal según la edad y estado del mismo, puede mostrar incapacidad para crear relaciones próximas e íntimas apropiadas para su edad, sexo y estado familiar; relaciones con amigos

y semejantes restringidas. Hacen poco o ningún esfuerzo para desarrollar dichas relaciones.

Problemas cognitivos de la atención: Problemas en la concentración y en la atención; sólo es capaz de concentrarse esporádicamente; se distrae en medio de una actividad o conversación (se manifiesta en situaciones sociales); se le va la mirada, no sigue el argumento de una conversación, le interesa poco el tema; acaba bruscamente una discusión o tarea aparente.

CURSO DE LA ENFERMEDAD

Cuando los síntomas de una esquizofrenia se presentan por primera vez en la vida de una persona y desaparecen por completo después de poco tiempo, se habla de un episodio esquizofrénico o psicótico, en general después de estos episodios no quedan síntomas negativos.

Se puede hablar de una esquizofrenia cuando ya en la primera ocasión en que se presentan las manifestaciones de la enfermedad, estas se mantienen durante un tiempo más o menos largo. Cuando los síntomas vuelven a aparecer al cabo de algún tiempo y cuando la enfermedad desemboca en sintomatología negativa se pueden distinguir tres fases:

1ª fase prodrómica: Es la fase en la vida de la persona que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad. Se puede constatar que en algunas personas que sufren la enfermedad ya habían sido diferentes en la niñez y en la juventud, solitarios, callados, rendimiento bajo. Pero no necesariamente tiene que ser así, hay casos en los que no se detecta ninguna anomalía en la persona que sufre de esquizofrenia. Se denomina fase prodrómica a la fase que se produce antes de una crisis, por lo tanto hay una serie de síntomas que nos pueden ayudar en algunos casos a detectarlas: tensión y nerviosismo, pérdida del apetito o desorganización en las comidas, dificultad para concentrarse, dificultad en dormir, disfruta menos de las cosas, no recuerda con precisión, depresión y tristeza, preocupado con una o dos cosas, ve menos a sus amistades, piensa que se ríen o hablan mal de él, pérdida de interés en las cosas, se siente mal sin motivo claro, se siente muy agitado o emocionado, se siente inútil, otros cambios...

2º fase activa: Es la fase donde se desencadena la enfermedad, son los llamados brotes o crisis, los síntomas que se producen son los positivos, alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento... es en la fase en la cual la familia se

alarma y suele pedir ayuda médica. Estas crisis pueden brotar repentinamente y desarrollar el cuadro completo en unos días. En otros casos el comienzo de la enfermedad puede producirse muy lentamente y de forma desapercibida. La duración de los brotes varía según la persona y puede extenderse desde unas semanas hasta un año. Un mismo enfermo suele tener brotes de duraciones parecidas. Lo mismo ocurre con los intervalos entre brotes, según las características de la persona puede oscilar entre meses y varios años y son generalmente de la misma duración en una misma persona.

3ª fase residual: No la sufren todos los enfermos, en esta fase los síntomas negativos llegan a su culmen y el deterioro personal, social y laboral es grave.

Teoría de los tres tercios: 1/3 se recupera, 1/3 sigue teniendo ciertas limitaciones después de un brote, 1/3 tiene un curso grave de la enfermedad y no pueden vivir de forma autónoma.

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Hemos señalado el carácter individual del cuadro de la enfermedad, por esto la subordinación a uno de los diversos tipos de la patología significa a menudo una simplificación. Además con frecuencia se presentan cuadros mixtos, que pueden ser difíciles de clasificar. También se observa muchas veces que el cuadro de la enfermedad varía a lo largo del tiempo.

Esquizofrenia paranoide: Se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas. Los delirios y las alucinaciones a veces constituyen una unidad. Es la más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años y es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro.

Esquizofrenia catatónica: Predomina el trastorno del movimiento o movimientos motores. Los expertos hablan de “estupor catatónico”. A pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él. Su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna. En los casos más graves pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante periodos lo suficientemente largos como para que peligre su vida. Sin embargo en el interior del enfermo puede haber verdaderas tormentas de sentimientos, que a menudo solo se manifiestan en una aceleración del pulso. También se dan repetición constantes del mismo movimiento (automatismos) y muecas. Los cuadros de extrema gravedad, en los que el enfermo por ejemplo se mantiene sobre una pierna durante unas semanas, solo

se observa muy raras veces gracias a las posibilidades actuales del tratamiento. Sólo ocurren cuando nadie se ocupa del enfermo o cuando el tratamiento no es eficaz. El pronóstico para este tipo de esquizofrenia suele ser malo.

Esquizofrenia desorganizada o hebefrénica: Predomina un afecto absurdo, no apropiado (se suelen reír cuando se les da una mala noticia, las conductas suelen ser infantiles, el estado de humor es absurdo, existe desinhibición en los sentimientos). Suelen tener comportamientos extraños, como reír sin motivo aparente y realizar muecas.

A menudo muestran falta de interés y de participación. Hay casos en los que se manifiestan alucinaciones y delirios, aunque esto no es una condición ecuanime en este tipo de esquizofrenia la mayoría de los casos los brotes no son claramente delimitables.

Suele comenzar en edades tempranas como es la pubertad, por eso reciben el nombre de esquizofrenias juveniles e incluso hay casos en los que la enfermedad viene de la infancia (psicosis infantil). Los desarrollos hebefrénicos lentos y desapercibidos por presentar pocos síntomas se califican como esquizofrenia simple. Por la ausencia de síntomas es difícil de reconocerla (los indicios suelen ser el descuido personal, conductas solitarias...). El pronóstico suele ser desfavorable en comparación con las otras esquizofrenias, debido a la personalidad inmadura del enfermo.

Esquizofrenia indiferenciada: Es un tipo de esquizofrenia en la cual no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico, es como la mezcla de las otras anteriores.

Esquizofrenia residual: En estos casos debe haber ocurrido, por lo menos, un episodio de esquizofrenia anteriormente, pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos importantes. Es la fase en la que los síntomas negativos son más evidentes. No se manifiesta en todos los enfermos.

EVOLUCIÓN

Hace veinte años, se consideraba que cuando aparecía un episodio esquizofrénico en la vida de una persona, significaba que debía tomar medicamentos por el resto de su vida y que se iba a deteriorar progresivamente. Estos criterios han cambiado en la actualidad debido al auge que ha tenido la teoría del exceso de acción dopaminérgica a nivel del sistema nervioso central como causante del cuadro psicótico y que implica que esta excesiva actividad es fluctuante

(episódica) regresando a su nivel de funcionamiento habitual, una vez que pasa la crisis. Todavía se desconoce cuáles son los factores que inician este cambio bioquímico pero se conocen factores que lo agravan y los que lo disminuyen.

Sin embargo, cuando existen otras alteraciones anatómicas o múltiples factores adversos en el ambiente la evolución tiende a complicarse.

Desde el punto de vista de los subtipos de esquizofrenia, se considera que el hebefrénico y el simple son los que tienen peor pronóstico. En cambio los paranoides, los catatónicos y el episodio esquizofrénico agudo tienen un buen pronóstico.

En cuanto al inicio de la enfermedad, se considera que los que tienen un inicio súbito tienen mejor pronóstico que los que presentan un inicio lento y progresivo.

Entre más temprano en la vida se presenten síntomas psicóticos más malo es el pronóstico. Además, cuando han seguido un curso episódico, estos tienden a espaciarse o a desaparecer después de los 40 años de edad.

La presencia de factores desencadenantes o precipitantes hablan de mejor pronóstico que cuando no existen.

Una historia de buen ajuste previo a la enfermedad, en áreas importantes como el funcionamiento social, sexual, laboral y familiar hablan a favor de buena evolución.

El pertenecer a una familia bien conformada, con buenos patrones de comunicación y ayuda mutua que le brinden apoyo al paciente, favorece un buen futuro.

En estudios de seguimiento prolongado de algunos casos se ha encontrado que un 11% de los pacientes deben permanecer hospitalizados en forma continua, un 33% presentan síntomas residuales importantes pero son capaces de vivir en su comunidad y un 56% llevan una vida normal aunque ocasionalmente tienen que tomar medicamentos antipsicóticos.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la esquizofrenia debe hacerse simultáneamente en los tres niveles de prevención que se han establecido para todas las enfermedades y que consiste en:

- a) Eliminar los síntomas una vez que se han presentado.

- b) Prevenir la aparición de nuevas crisis.
- c) Rehabilitar al paciente para favorecer un mejor funcionamiento global.

Para evaluar los resultados de un tratamiento se deben observar los siguientes parámetros: mejoría de los síntomas, aumento del rendimiento laboral, aumento del funcionamiento social, frecuencia de rehospitalizaciones, duración de los internamientos y disminución de la dependencia a otras personas para poder funcionar.

El tratamiento de la esquizofrenia se basa fundamentalmente en fármacos llamados antipsicóticos, los cuales controlan los síntomas activos, pero es necesario y a la vez complementario que el enfermo reciba un tratamiento psicosocial (psicológico, ocupacional y social), es fundamental que la persona deje de alucinar, de delirar, pero también lo es que recupere sus hábitos de vida, que esté durante todo el día ocupado, que tenga su grupo de amigos, es decir, la integración en la sociedad, la normalización.

Del mismo modo que los afectados pueden reaccionar en cada caso de manera muy diferente a situaciones de la vida, también varían mucho las reacciones a los neurolépticos. Los enfermos responden de maneras muy diversas al tratamiento y en ocasiones se pueden producir efectos secundarios más leves o más fuertes.

Hay que mencionar que existen contra restantes para radicar los efectos secundarios, además la terapia farmacológica, para el tratamiento de la esquizofrenia no se basa únicamente en antipsicóticos, estos suelen ir acompañados de anti-depresivos, ansiolíticos, estabilizadores del humor.

Rehabilitación Psicosocial: El tratamiento psicofarmacológico es esencial en el tratamiento de la esquizofrenia y demás psicosis, pero es necesario un buen soporte terapéutico para la buena evolución de la enfermedad, este soporte es la rehabilitación psicosocial.

† b. TRASTORNO POR IDEAS DELIRANTES O PARANOIA

El trastorno por ideas delirantes se caracteriza por delirios (creencias falsas), que persisten al menos durante 1 mes sin otro síntoma de esquizofrenia.

El trastorno por ideas delirantes se distingue de la esquizofrenia por la presencia de ideas delirantes sin otros síntomas de esquizofrenia. Estas ideas delirantes pueden no ser extravagantes (es decir, situaciones que podrían ocurrir,

por ejemplo ser perseguido, haber sido envenenado, infectado, ser amado a distancia o engañado por su pareja o su amante) o ser extravagantes (implican situaciones inverosímiles, como creer que alguien extirpó un órgano interno sin dejar cicatriz).

Al contrario de lo que sucede con la esquizofrenia, el trastorno por ideas delirantes es relativamente infrecuente. Comienza a mediados o finales de la edad adulta. La funcionalidad psicosocial no suele estar tan deteriorada como en la esquizofrenia y los problemas surgen directamente de la creencia delirante.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

El trastorno por ideas delirantes puede surgir sobre un trastorno previo de personalidad paranoide. En estas personas, la desconfianza permanente y la sospecha hacia los demás y sus motivos comienzan en la edad adulta temprana y se prolongan durante toda la vida. Los primeros síntomas pueden ser sentimientos de sentirse explotado, preocupación por la lealtad o la fiabilidad de los amigos, una tendencia a leer significados amenazantes en comentarios o hechos benignos, rencores persistentes y cierta predisposición a responder rápidamente a los desaires percibidos.

Se reconocen varios subtipos de trastornos por ideas delirantes:

- **Erotomaniaco:** Los pacientes creen que hay otra persona que los ama. Es frecuente que hagan esfuerzos por contactar con el objeto de su idea delirante mediante llamadas telefónicas, cartas, vigilancia o acecho. Las personas que tienen este subtipo pueden tener conflictos con la ley relacionados con su comportamiento.
- **Grandioso:** Los pacientes creen que tienen un gran talento o que han hecho un descubrimiento importante.
- **Celoso:** Los pacientes creen que su cónyuge o su amante son infieles. Esta creencia se basa en deducciones incorrectas apoyadas por evidencias dudosas. Pueden recurrir a la agresión física.
- **Persecutorio:** Los pacientes creen que están siendo vigilados, espionados, calumniados u hostigados. Pueden intentar en repetidas ocasiones obtener justicia apelando a los tribunales y a otros organismos gubernamentales y recurren a la violencia como represalia por esa persecución imaginaria.

- **Somático:** La idea delirante se relaciona con una función corporal; p. ej., el paciente cree que tiene una deformidad física, un olor o un parásito.

El comportamiento de los pacientes no es obviamente extraño o raro, y aparte de las posibles consecuencias de sus ideas delirantes (p. ej., aislamiento social o estigmatización, dificultades matrimoniales o laborales), el funcionamiento del paciente no se ve notablemente afectado.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico depende principalmente de la evaluación clínica y la anamnesis detallada, además de descartar otras afecciones específicas asociadas con ideas delirantes (p. ej., abuso de sustancias, enfermedad de Alzheimer, trastorno obsesivo-compulsivo, delirio, otros trastornos del espectro esquizofrénico). La evaluación de la peligrosidad, en especial en el grado en el que el paciente está deseando actuar sobre su idea delirante, es muy importante.

PRONÓSTICO

El trastorno por ideas delirantes no suele conducir a un deterioro grave o cambios en la personalidad, pero las preocupaciones que genera la idea delirante progresan gradualmente. La mayoría de los pacientes pueden seguir trabajando.

TRATAMIENTO

El tratamiento intenta establecer una relación eficaz médico-paciente y tratar las complicaciones. La falta de conciencia sustancial es un desafío para el tratamiento.

Si el paciente es considerado peligroso, puede ser necesaria la internación.

No existen datos suficientes que apoyen la utilización de ningún fármaco, aunque los antipsicóticos a veces suprimen los síntomas.

Uno de los objetivos del tratamiento a largo plazo consiste en cambiar el tema principal de preocupación del paciente y alejarlo del foco de su idea delirante hacia un área más constructiva y gratificante, objetivo difícil pero razonable.

┆ c. TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME

El trastorno esquizofreniforme se caracteriza por síntomas idénticos a los de la esquizofrenia, pero que duran 1 mes o más pero menos de 6 meses.

En el momento de su presentación, es probable que se sospeche una esquizofrenia. También debe descartarse la psicosis secundaria al abuso de sustancias o a un trastorno físico. La diferencia entre el trastorno esquizofreniforme y la esquizofrenia en un paciente que no tenga síntomas psicóticos previos se basa en la duración de los síntomas. Si su duración o la discapacidad es mayor de 6 meses, el paciente ya no cumple los criterios diagnósticos necesarios para el trastorno esquizofreniforme y es probable que el diagnóstico sea una esquizofrenia, aunque la psicosis aguda también puede evolucionar a un trastorno psicótico del estado de ánimo, como un trastorno bipolar o esquizoafectivo. A menudo se necesita una observación longitudinal para establecer el diagnóstico y el tratamiento apropiado.

Está indicado el tratamiento con antipsicóticos y cuidados psicosociales de apoyo. Una vez que se resuelven los síntomas, se continúa el tratamiento farmacológico durante 12 meses y luego se lo reduce gradualmente, bajo una monitorización estrecha para vigilar la reaparición de los síntomas psicóticos.

┆ d. TRASTORNO PSICÓTICO BREVE

El trastorno psicótico breve consiste en la aparición de ideas delirantes, alucinaciones u otros síntomas psicóticos que duran al menos 1 día pero menos de 1 mes, con retorno final a la funcionalidad normal previa a la enfermedad. Típicamente, se debe a un estrés intenso en personas susceptibles.

El trastorno psicótico breve es infrecuente. Los trastornos de la personalidad previos (p. ej., las personalidades paranoide, histriónica, narcisista, esquizotípica, límite) predisponen a su desarrollo. Un factor estresante grave, como la pérdida de un ser querido, puede precipitar este trastorno, que provoca al menos un síntoma psicótico:

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Habla desorganizada

- Conducta francamente desorganizada o catatónica

Este trastorno no se diagnostica si hay un trastorno psicótico del estado de ánimo, un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno físico o una reacción adversa por algún fármaco (de prescripción o una sustancia ilícita) que explique mejor los síntomas.

Para diferenciar entre un trastorno psicótico breve y una esquizofrenia en un paciente que no tiene ningún síntoma psicótico previo, hay que basarse en la duración de los síntomas; si es mayor de 1 mes, el paciente no cumple los criterios diagnósticos necesarios de trastorno psicótico breve.

El tratamiento es similar al de una exacerbación aguda de la esquizofrenia; necesita supervisión y tratamiento a corto plazo con antipsicóticos. La recaída es frecuente, pero los pacientes suelen funcionar bien entre los episodios y tienen pocos síntomas o ninguno.

† e. TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA

El trastorno psicótico debido a otra afección médica consiste en alucinaciones o ideas delirantes que son causadas por otro trastorno físico.

Este diagnóstico aplica cuando la psicosis se debe a los efectos fisiológicos de una afección médica. Ejemplos de ello son el comportamiento psicótico o las alucinaciones olfativas que a veces están asociados con la epilepsia del lóbulo temporal y el síndrome de negligencia contralateral que a veces es a causa de lesiones del lóbulo parietal. Otros trastornos médicos que pueden causar psicosis son tumores del sistema nervioso central e infecciones, accidentes cerebrovasculares, migraña y diversos trastornos endocrinos.

El diagnóstico no aplica si los pacientes tienen una respuesta mediadora psicológica a una enfermedad física (p. ej., psicosis de UCI), psicosis debido a los efectos de fármacos o abstinencia de fármacos, o el delirio causado por una afección médica. Es fundamental establecer una relación temporal entre la afección física y la psicótica (es decir, comienzan y terminan al mismo tiempo).

Tratar la afección médica a menudo reduce la gravedad de los síntomas psicóticos, pero algunos pacientes también necesitan tratamiento específico para los síntomas psicóticos.

† f. TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS/MEDICACIÓN

El trastorno psicótico inducido por sustancias/ medicamentos se caracteriza por alucinaciones y/o ideas delirantes debido a los efectos directos de una sustancia o la abstinencia de una sustancia en ausencia de delirio.

Los episodios de psicosis inducida por sustancias son frecuentes en los servicios de urgencias y los centros de crisis. Existen muchas sustancias desencadenantes, como el alcohol, las anfetaminas, el cannabis, la cocaína, los alucinógenos, los opiáceos, la fenciclidina (PCP) y algunos sedantes/hipnóticos. Para que sea considerada psicosis inducida por sustancias, las alucinaciones y las ideas delirantes deben ser superiores a las que normalmente acompañan una simple intoxicación o abstinencia de sustancias, aunque el paciente también puede estar intoxicado o sufriendo la abstinencia.

Los síntomas suelen ser breves, desaparecen poco después de que el efecto de la droga termina, pero la psicosis provocada por anfetaminas, cocaína, o PCP puede persistir durante varias semanas. Debido a que algunos jóvenes con esquizofrenia en la fase prodrómica o inicial consumen sustancias que pueden inducir la psicosis, es importante obtener todos los antecedentes, particularmente para explorar evidencia de síntomas mentales previos, antes de concluir que la psicosis aguda se debe al consumo de sustancias.

TRATAMIENTO

- Un entorno tranquilo
- A menudo, una benzodiazepina o antipsicótico

En la mayoría de las psicosis inducidas por sustancias, discontinuar la sustancia y administrar un ansiolítico o una droga antipsicótica es eficaz. Para la psicosis debido a drogas estimulantes de la dopamina, como la anfetamina, un fármaco antipsicótico es lo más eficaz. Para la psicosis debido a drogas como el LSD, la mera observación puede ser todo lo que se necesita hacer. Para sustancias con acciones que no involucran la dopamina, la observación puede ser todo lo que se necesita, o un ansiolítico puede ser útil.

† g. TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO

La psicosis compartida se produce cuando las personas adquieren ideas delirantes de alguien con quien tienen una relación estrecha.

La psicosis compartida (anteriormente denominada folie à deux) ahora se considera una subcategoría de trastorno delirante. Por lo general ocurre en una persona o grupo de personas (normalmente una familia) que se relaciona con una persona con un trastorno delirante significativo o esquizofrenia. La prevalencia de la psicosis compartida no se conoce, pero el trastorno parece ser poco frecuente. El paciente con el trastorno primario es generalmente el miembro socialmente dominante en la relación, e impone la idea delirante o convence al paciente con el trastorno secundario acerca de las creencias inusuales.

Identificar quién en la relación tiene la psicosis primaria es importante porque la persona con el trastorno secundario normalmente no mantiene las creencias delirantes cuando se separa de la persona con el trastorno primario. El asesoramiento psicológico y la terapia por lo general pueden ayudar a las personas que tienen una psicosis compartida.

† h. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

El trastorno esquizoafectivo se caracteriza por síntomas significativos del estado de ánimo, psicosis y otros síntomas de esquizofrenia. Se diferencia de la esquizofrenia por la aparición de ≥ 1 episodios con síntomas de depresión o manía.

El trastorno esquizoafectivo se debe tener en cuenta cuando un paciente psicótico también muestra síntomas del estado de ánimo. El diagnóstico requiere la presencia de síntomas significativos a nivel del estado de ánimo (depresión o manía) durante la mayoría de la duración total de la enfermedad, junto con ≥ 2 síntomas de esquizofrenia (ideas delirantes, alucinaciones, discurso desorganizado, conducta sumamente desorganizada o catatónica, síntomas negativos). Para distinguir entre el trastorno esquizoafectivo y la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo, puede ser necesaria una evaluación longitudinal de los síntomas y su progresión. El pronóstico es algo mejor que el de la esquizofrenia, pero peor que el de los trastornos del estado de ánimo.

TRATAMIENTO

A menudo, una combinación de fármacos, psicoterapia y apoyo comunitario.

Como el trastorno esquizoafectivo produce una discapacidad a largo plazo, usualmente se necesita un tratamiento exhaustivo (incluidos fármacos, psicoterapia y apoyo comunitario).

Para el tratamiento del tipo maníaco, puede ser más eficaz utilizar antipsicóticos combinados con litio, carbamazepina o valproato que antipsicóticos solos.

Para el tratamiento del tipo depresivo, primero se indica un antipsicótico de segunda generación. Entonces, una vez que se estabilizan los síntomas psicóticos positivos, se debe introducir un antidepresivo; se prefieren los ISRS debido a su perfil de seguridad.

| a. **DEPRESIÓN****CONCEPTO**

La depresión (del latín *depressus*, que significa “abatido”, “derribado”) es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. Que afecta el desarrollo adecuado de la vida cotidiana de la persona.



Es una enfermedad que afecta al organismo, el ánimo y la manera de pensar y no solo una sensación de tristeza o desánimo.

Afecta la forma en que una persona come y duerme.

Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno pueda liberarse a voluntad.

La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad, es un trastorno real y cuando interfiere en las funciones normales necesita atención y tratamiento.

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN

Se estima que el 5.8% de los hombres y el 9.5% de las mujeres sufrirá un episodio depresivo en un año determinado.

CAUSAS DE DEPRESIÓN

La depresión puede ser de tipo reactivo, ante un suceso externo que ocasiona tristeza o endógena (interna) en cuyo caso la persona se deprime sin existir una causa externa. Una segunda postura considera que en una depresión pueden estar implicados ambos factores tanto endógenos como exógenos.

Factores:

- Biológicos
- Psicosociales

Factores biológicos:

- a) **Factores genéticos.** Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica.

Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética la padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

- b) **Factores químicos.** Asociados a anomalías en la liberación de ciertos neurotransmisores importantes. En caso de depresión, se ven alterados los siguientes: Serotonina, Acetilcolina, Catecolaminas: Dopamina, Noradrenalina y Adrenalina.

Estos mensajeros químicos se alteran por diversas causas como: anomalías estructurales cerebrales leves, trastornos del sueño o herencia genética.

- **Hipótesis Noradrenérgica:** El Trastorno del Humor es el resultado de un déficit central de Noradrenalina.
- **Hipótesis Serotoninérgica:** Propugna que en la Depresión existe siempre un déficit de Serotonina (5HT).
- **Hipótesis Colinérgica:** Descompensación del equilibrio “Colinérgico - Adrenérgico”, a favor del 1º en los Depresivos, y a favor del 2º en los Maníacos.

Los Trastornos del Humor, **NO** constituyen un grupo, desde un punto de vista bioquímico, homogéneo, **SÍ** se admite que un trastorno en el funcionamiento de las Monoaminas cerebrales (de posible origen hipotalámico), está estrechamente vinculado a las Depresiones Endógenas.

- c) **Factores Hormonales.** Alteraciones en el funcionamiento de las glándulas hipotálamo e hipófisis y las glándulas suprarrenales.

Las anomalías de la función de la glándula tiroides también se han relacionado con los trastornos del estado de ánimo, ya que el hipotiroidismo a veces da la cara como un síndrome depresivo.

Existen indicadores de endogeneidad en los Trastornos del Humor:

- Test de supresión por Dexametasona: El 45 % de los Depresivos Endógenos son NO supresores.
 - Test de estimulación de TSH por TRH: El eje Hipotálamo-Hipofisario, está alterado en las D. Endógenas.
- d) **Causas Médicas.** Los trastornos médicos generales más depresógenos son el fracaso renal avanzado, el post-infarto de miocardio, el cáncer, el SIDA y trastornos orgánicos cerebrales.
- e) **Adicciones.** Es rara la existencia de una droga que no determine un estado depresivo con cierta frecuencia. El alcohol y las drogas son las sustancias responsables de la mayor parte de las depresiones adictivas.

Causas orgánicas de depresión

Enfermedades neurológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos extrapiramidales (Parkinson, Huntington) • Enfermedad de Alzheimer y otras demencias • ACVA (sobre todo en regiones frontales) • Tumores cerebrales • Epilepsia • Enfermedades desmielinizantes • Infecciones del SNC • Traumatismos craneales
----------------------------------	--

Enfermedades endocrinológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos tiroideos (hipotiroidismo, hipertiroidismo apático) • Enfermedades adrenales (Cushing, Addison) • Trastornos paratiroideos (hipertiroidismo o hipotiroidismo)
Infecciones sistémicas	<ul style="list-style-type: none"> • VIH/SIDA • Gripe, hepatitis, mononucleosis • Tuberculosis, fiebre tifoidea
Enfermedades inflamatorias	<ul style="list-style-type: none"> • LES, vasculitis sistémicas • Artritis reumatoide • Artritis de la temporal
Otras enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit vitamínicos (fólico, , , C, niacina) • Cáncer (páncreas) • Uremia • Trastornos puerperales y premenstruales
Tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • Alcoholismo • Metales pesados • Cocaína y estimulantes anfetamínicos (en abstinencia)
Fármacos	<ul style="list-style-type: none"> • Antihipertensivos (β-bloqueantes, clonidina, metil-dopa, reserpina) • Sedantes (antipsicóticos, barbitúricos, benzodiacepinas) • Esteroides, estrógenos, progestágenos (anticonceptivos hormonales orales) • AINE • Agonistas dopaminérgicos (amantadina, bromocriptina, levodopa)

Se denomina de presión secundaria al síndrome depresivo que se debe a otra enfermedad psiquiátrica (esquizofrenia, anorexia nerviosa, alcoholismo), a una enfermedad médica conocida o que está relacionado con tratamientos farmacológicos. Puede presentarse con todos los síntomas de una depresión primaria, estableciéndose la causalidad en función del patrón temporal de aparición de los síntomas.

Factores Psicosociales:

a) Teorías Cognitivas

Hipótesis basada en la “Desesperanza Aprendida” o la “Indefensión”. Historia existencial caracterizada por un relativo fracaso sistemático en ejercer control sobre los acontecimientos del ambiente, llevándolo a un estado de continuo fracaso y frustración.

“Estilo cognitivo” (Beck): Triada Cognitiva.
Concepción peyorativa de sí mismo. Interpretaciones negativas de las experiencias propias. Visión pesimista del futuro.

b) Teorías Fenomenológicas

Fenomenológicamente Trastorno Nuclear = “**Tristeza Vital**”. Más independiente de acontecimientos externos. Más primaria. Más intensa: llegando a ahogar al resto de sentimientos.

c) Teorías Psicodinámicas

La depresión puede ser la consecuencia o respuesta a determinadas situaciones traumáticas como la pérdida de un ser querido, enfermedad, divorcio o ante situaciones de fuerte estrés. Obviamente, en la gestación de la depresión también influyen ciertos patrones de comportamiento como la inseguridad en el carácter, la baja autoestima y la ansiedad.

SÍNTOMAS

Los síntomas depresivos se pueden reunir en cuatro grupos:

- **Síntomas afectivos o fundamentales:** Son aquellos que hacen referencia a las alteraciones del estado de ánimo. Su especificidad es alta, pero su carácter subjetivo hace que sean difíciles de recoger en una entrevista clínica (sobre todo en niños, en pacientes neurológicos con trastornos del lenguaje y en personas con escasa capacidad de verbalización o que proceden de una cultura diferente de la nuestra).
 - Todo trastorno depresivo se caracteriza por tener un **estado de ánimo bajo**.

- Lo más específico es la llamada **tristeza vital**, descrita por el paciente como una tristeza de cualidad distinta a la que se presenta tras un acontecimiento desagradable (formará parte de la melancolía). Es frecuente el llanto.
- En las depresiones más graves, puede darse una **falta total de reactividad** ante las cosas que les rodean (anestesia afectiva o sentimiento de falta de sentimientos), en la que el individuo vive con gran sufrimiento “como si no fuera capaz de sentir nada”. No se debe confundir la anestesia afectiva con otros estados en donde los pacientes responden escasamente a las personas o a las circunstancias que les rodean (la frialdad afectiva de los trastornos antisociales de la personalidad, el aplanamiento o la indiferencia afectiva de la esquizofrenia y los trastornos esquizoides de la personalidad).
- En determinados pacientes, va a predominar la **irritabilidad** (disforia) sobre la tristeza; así puede ocurrir en cuadros crónicos de tipo distímico y en las depresiones que aparecen en niños y adolescentes.
- En otros pacientes destacará la coexistencia de síntomas de **ansiedad** (nerviosismo, tensión, inquietud, tendencia a sobrepreocuparse); su presencia se asocia con un peor pronóstico (más resistencia al tratamiento, más riesgo de suicidio, tendencia a la cronicidad).
- En muchos pacientes, el estado de ánimo cambia a lo largo del día; algunos de ellos notan que se encuentran mucho peor por la mañana que por la tarde; este **ritmo circadiano** (con mejoría vespertina) se ha puesto en relación con las alteraciones de la secreción de cortisol y es un síntoma altamente específico, sobre todo cuando se combina con el insomnio por despertar precoz (ambos formarán parte de la melancolía). Por el contrario, los pacientes distímicos cuentan que su estado de ánimo fluctúa en función de factores externos como el nivel de actividad o la presencia de determinadas personas, por lo que si mejoran por la mañana no hay que atribuirlo a factores biológicos.
- El otro síntoma fundamental de la depresión es la disminución del interés por actividades que anteriormente les distraían; se denomina **anhedonia** (incapacidad para experimentar placer o disfrutar). Habitualmente, se manifiesta como una dificultad para iniciar actividades potencialmente placenteras (anhedonia **parcial o de iniciativa**), llegando en las formas más graves a imposibilitar el disfrute (anhedonia

completa o de consumación). En otras palabras, la persona pierde el interés en casi todas las actividades usuales, y en las que antes le ocasionaban placer. Prefiere estar triste, desesperanzada, desanimada. Aunque la anhedonia es un síntoma fundamental de la depresión, también se puede encontrar en la esquizofrenia o en pacientes con daño cerebral frontal.

- **Síntomas somáticos (biológicos o fisiológicos):** Relativamente frecuentes y fáciles de objetivar, pero su especificidad es baja, sobre todo en aquellos pacientes que sufren además problemas médicos o quirúrgicos, estos síntomas son los siguientes:
 - **Alteraciones del sueño:** Se puede producir cualquier tipo de alteración del sueño; el insomnio es el más frecuente, siendo la forma más específica el insomnio por despertar precoz (síntoma melancólico); en depresiones leves y en aquellas de perfil distímico, donde suele asociarse una importante ansiedad, aparecerá insomnio de conciliación; la hipersomnía es menos frecuente, pero aparece en las formas atípicas de depresión y en los episodios depresivos bipolares, sobre todo en la adolescencia.
 - **Alteraciones del apetito y del peso:** La más frecuente es la disminución del apetito y del peso (cuando es grave es otro síntoma melancólico). Otras personas muestran un aumento del apetito o de la ingestión de alimentos, aunque no haya apetito (este es un síntoma atípico).
 - **Sensación de falta de energía,** fatigabilidad, cansancio extremo. La persona experimenta una fatiga constante, hasta la tarea más pequeña puede parecer una tarea difícil.
 - **Quejas somáticas (dolores u otras molestias físicas, preocupaciones hipocondríacas):** Preocupación excesiva por la propia salud física. Cuando las somatizaciones dominan el cuadro clínico, el diagnóstico de depresión se complica (depresión enmascarada o encubierta o equivalente depresivo), sobre todo para los médicos no psiquiatras; estas depresiones enmascaradas son especialmente frecuentes en niños, ancianos, personas con nivel cultural bajo o procedentes de países en vías de desarrollo; se ha relacionado con la **alexitimia** o incapacidad para describir las emociones con palabras, que hace que se exprese como síntomas somáticos.

- **Trastornos sexuales:** Con disminución de la libido o disfunciones sexuales varias.
- **Síntomas conductuales:** Al igual que los síntomas somáticos, muestran un carácter objetivo y una especificidad baja. Éstas son las siguientes:
 - **Inhibición o agitación psicomotriz:**
 - El aspecto psicomotor sufre alteraciones: La persona puede sufrir episodios de agitación, incapacidad para permanecer tranquila, estallidos de queja o de gritos. En el otro extremo se da lo que se denomina “lentificación psicomotora”, que se traduce en un hablar muy pausado y en movimientos corporales lentos.
 - En grados extremos, el estupor depresivo llega a constituirse en un **síndrome catatónico**, con riesgo de inanición y de deshidratación, por lo que es entonces necesaria su hospitalización y a veces el tratamiento con TEC (Terapia Electro Convulsiva).
 - En los pacientes ancianos, la agitación puede ser especialmente intensa, sobre todo si existen ideas delirantes.
 - **Afectación de la conducta y del aspecto personal:** Con abandono de su autocuidado (ropa, peinado, aseo), que le dan al paciente un aspecto típico (“aspecto depresivo”).
- **Síntomas cognitivos:**
 - **Disminución de la atención y de la concentración:** También muestran un carácter objetivo y una especificidad baja, pues se pueden ver en enfermedades neurológicas (demencia, Parkinson) y en otras enfermedades psiquiátricas. Frecuentemente se van a quejar de indecisión y de fallos de memoria reciente, que en ancianos producen mayor alarma, al plantear el diagnóstico diferencial con una demencia incipiente (situación que se denomina pseudodemencia depresiva), y en estudiantes van a asociarse a una disminución del rendimiento académico.
 - **Pensamientos o cogniciones depresivas:** Son altamente específicos, pero su carácter subjetivo dificulta el diagnóstico. El paciente tiene una visión negativa de su vida, tanto en lo referente al pasado (autorreproches, recuerdos mayoritariamente tristes) como al presente (autode-

preciación, minusvalía) o al futuro (sentimientos de desesperanza, baja autoestima). El individuo cree que todo lo ha hecho mal; y recuerda sus errores, se reprocha, incluso busca detalles mínimos. Hay sentimientos de culpa, igualmente exagerados, sobre situaciones presentes o pasadas. A menudo recurre a expresiones como: “me siento dentro de un hoyo”, “creo que toqué fondo”.

- En ocasiones, estas ideas alcanzan un carácter delirante (**depresión psicótica o delirante**); lo más frecuente es que los delirios tengan que ver con los típicos contenidos depresivos (llamándose indistintamente **delirios congruentes**, delirios secundarios o ideas deliroides); así, se observarán delirios de culpa, de ruina y de enfermedad.
 - Un ejemplo del máximo extremo de gravedad en la depresión es el llamado **Síndrome de Cotard** o delirio de negación. En este cuadro, el paciente niega que sus órganos internos funcionen y defiende su muerte o la de su familia; incluso puede presentar alucinaciones olfativas en las que huele a podrido; aunque puede verse en otras enfermedades, es típico de la depresión grave.
 - Las **alucinaciones** son menos habituales que los delirios, pero cuando aparecen suelen ser auditivas y congruentes con los temas delirantes (“no vales nada”, “te vas a arruinar”, “mátate”).
 - La presencia de síntomas psicóticos eleva enormemente el riesgo de suicidio y suele obligar a la hospitalización (estos pacientes con frecuencia terminan por recibir TEC).
- Ideas y pensamientos relacionados con la **muerte**, desde el deseo de que la vida termine cuanto antes (tedio vital) hasta la aparición de planes o de intentos de suicidio; la depresión es el principal diagnóstico psiquiátrico relacionado con el suicidio.

TIPOS DE DEPRESIÓN

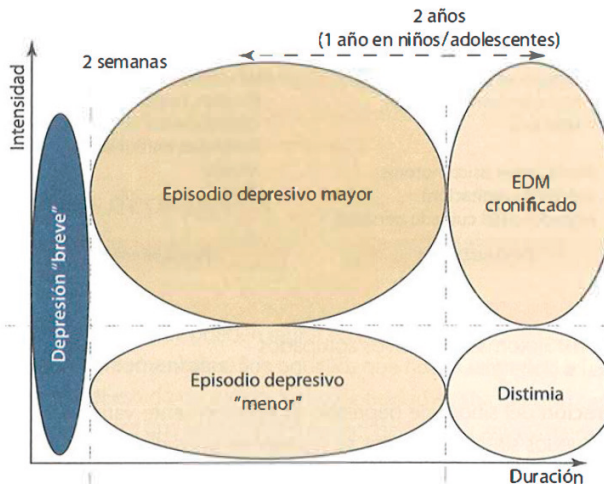
Pueden ser de tipo:

- **Depresión endógena o existencial:** Tiene origen físico, “nace de dentro”, puede asociarse a factores químicos o anomalías en la liberación de ciertos neurotransmisores importantes, su comienzo puede ser abrupto o

gradual y es generalmente inexplicable. Por ejemplo la Depresión Mayor o Monopolar y Trastornos Bipolares.

- **Depresión exógena o reactiva:** (También llamada depresión reactiva o neurótica) es atribuible a un evento externo, como por ejemplo una pérdida o una enfermedad crónica.
- **Depresión psicógena:** La conflictividad psicológica es su núcleo etiológico.
- **Depresiones somatógena:** Que tienen una causa orgánica o médica y a la acción de ciertos fármacos o sustancias.
- **Depresión atípica:** Las personas con esta Depresión generalmente comen y duermen en exceso tienen un sentido general de pesadez y un sentimiento muy fuerte de rechazo.
- **Trastorno afectivo estacional:** Se caracteriza por episodios anuales de depresión (otoño e invierno), que remiten en primavera y verano.
- **Trastorno disfórico premenstrual:** El síndrome de depresión severa, irritabilidad y tensión que precede a la menstruación.

TIPOS DE SÍNDROMES DEPRESIVOS EN FUNCIÓN DE SU DURACIÓN Y DE SU INTENSIDAD



La duración del síndrome depresivo es enormemente variable; hay casos en los que los síntomas apenas se mantienen unos días (depresiones breves recurrentes, trastornos disfóricos premenstruales) y otros duran años (depresiones crónicas, distimias). Combinando intensidad y duración, se han definido por consenso los dos diagnósticos principales:

- **El episodio depresivo mayor:** Es un síndrome depresivo de al menos dos semanas de duración y con una intensidad importante que afecta claramente al funcionamiento de la persona. Atendiendo a la severidad, se puede calificar como “leve”, “moderado” o “grave”; en las formas más graves es posible que presenten síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones). Lo habitual es que un paciente tenga varios episodios depresivos a lo largo de su vida (“recurrencias”): cuando solamente se evidencian recurrencias depresivas, se habla de un trastorno depresivo mayor (o depresión unipolar), mientras que si se combinan en el tiempo episodios depresivos y síndromes maníacos, se habla de trastorno afectivo bipolar (o depresión bipolar).
- **Trastorno distímico (o distimia):** Se habla de trastorno distímico en los casos de síndromes depresivos de intensidad leve y con un curso crónico de más de dos años de duración (en niños y en adolescentes, la DSM baja la duración a un año). Este diagnóstico agrupa a la mayoría de las depresiones que anteriormente se llamaban “neuróticas”. En general, se encuentran en ellos más alteraciones de la personalidad y más síntomas de ansiedad (crisis de ansiedad, síntomas obsesivos, fobias). Puede comenzar en la adolescencia/juventud (se habla de inicio precoz si aparecen antes de los 20 años) o en la edad adulta (inicio tardío). En su curso es posible que aparezcan episodios depresivos mayores, recibiendo entonces el nombre de “depresión doble”. Cuando el cuadro depresivo de intensidad leve no ha llegado a los dos años de duración, se habla en ocasiones de depresión menor.

TRATAMIENTO

Ante un episodio agudo de depresión o un progresivo deterioro, estará indicada la hospitalización. Medicación para aliviar el sufrimiento, Psicoterapia para ayudar al paciente a solucionar sus conflictos.

Tratamiento farmacológico

Antidepresivos: Actualmente existen muchos medicamentos como ser entre otros: Fluoxetina, imipramina, amitriptilina, clomipramina, etc. Continuar el medicamento por 4 a 9 meses para prevenir una recaída de la depresión.



Terapia psicológica:

- **La Terapia Conductual:** Tiene como objetivo promover cambios ambientales, aumento en la recepción de estímulos positivos.
- **La Terapia Cognitiva:** Pretende enseñar a identificar y modificar los pensamientos erróneos.
- **La Psicoterapia Interpersonal:** Trata la depresión como una enfermedad asociada a unos problemas en las relaciones personales.



AUTOAYUDA

- No trate de asumir una cantidad excesiva de responsabilidades.
- Trate de estar acompañado y de confiar en alguna persona.
- Tome parte en actividades que le ayuden a sentirse mejor.
- Haga ejercicio liviano, vaya al cine, vaya a un juego deportivo, o participe en actividades recreativas, religiosas, sociales o de otro tipo.
- Es aconsejable que posponga las decisiones importantes hasta que la depresión mejore.
- La gente rara vez sale de una depresión de un día para el otro. Pero se puede sentir un poco mejor cada día.
- Deje que sus familiares y amigos le ayuden.

- Todo eso puede ayudar.
- Sentirse mejor toma tiempo.



FAMILIARES

A veces es necesario asegurarse que la persona deprimida esté tomando el medicamento.

Otra cosa muy importante es dar apoyo emocional. Esto implica comprensión, paciencia, afecto y estímulo.

┆ b. MANÍA

CONCEPTO

La manía (del griego *manía*, que significa “locura, demencia o estado de furor”) es característica del trastorno bipolar que consiste en un ánimo elevado, expansividad o irritabilidad que a menudo terminan en hiperactividad.

CAUSAS DE MANÍA



Las influencias de la herencia son muy importantes en los trastornos bipolares, mucho más que en la depresión. Pero además, en consonancia con un modelo de vías múltiples, el trastorno bipolar se ve afectado por un gran número de factores diferentes, entre ellos están los factores psicológicos, sociales y culturales.

Causas de manía “secundaria”

Enfermedades neurológicas	Trastornos extrapiramidales (Huntington, Wilson) ACVA Neurosífilis (parálisis general progresiva) Encefalitis Demencias (Pick) Enfermedades desmielinizantes (esclerosis múltiple) Epilepsia
Enfermedades endocrinológicas	Hipertiroidismo Enfermedades adrenales Síndrome carcinoide
Infecciones sistémicas	Uremia y hemodiálisis Déficit vitamínicos (pelagra,) Manías postinfecciosas
Tóxicos	Cocaína y estimulantes anfetamínicos (intoxicación)
Fármacos	Esteroides, ACTH Isoniacida IECA Antiparkinsonianos y anticolinérgicos

Al igual que en la depresión, en la manía se describen **formas secundarias** a otras enfermedades médicas o a fármacos; de hecho, la aparición de un episodio maníaco en una persona mayor de 45 años, sin antecedentes de trastornos afectivos mayores, obliga a descartar una causa orgánica.

Tanto en trastornos depresivos como en trastornos bipolares es muy frecuente la coexistencia de otros trastornos mentales (**comorbilidad**), sobre todo de trastornos por abuso de sustancias y de trastornos de la personalidad.

SÍNTOMAS

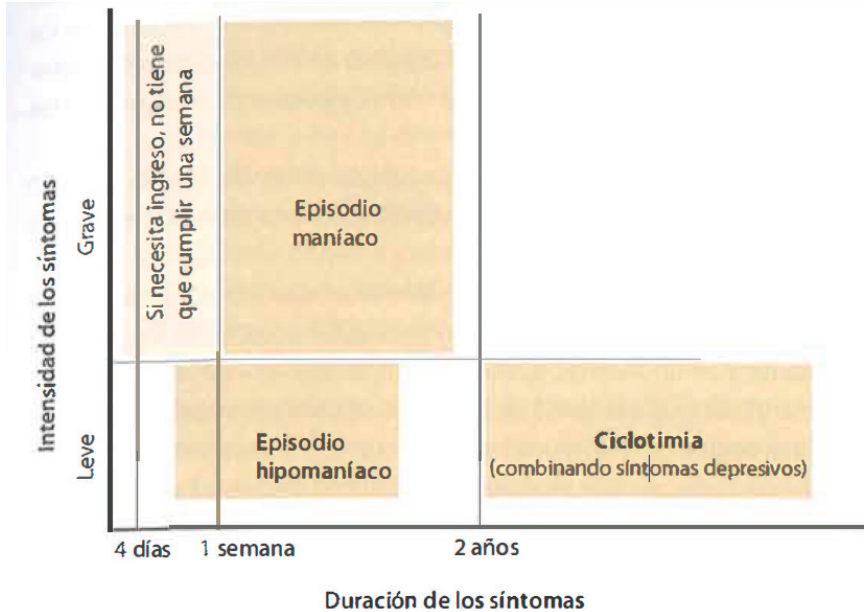
Los síntomas que se producen en los síndromes maníacos se pueden agrupar en cuatro apartados:

- **Síntomas afectivos o fundamentales:**

- El síntoma más característico es la presencia de un **estado de ánimo alegre**, que puede alcanzar la euforia extrema y que suele calificarse como expansivo y contagioso.
- Sin embargo, no es raro que los pacientes se muestren más **irritables** que eufóricos, sobre todo cuando se ponen límites a su conducta (hablamos entonces de manías disfóricas).
- **Síntomas somáticos (biológicos o fisiológicos):**
 - **Alteraciones del sueño:** Típicamente son individuos que duermen muy poco, sin notar cansancio durante el día (más que insomnio es una disminución de la necesidad de sueño).
 - **Alteraciones del apetito:** No hay una alteración definida; comen de forma desordenada, algunos pacientes comen mucho y otros casi nada; en cualquier caso es raro que engorden debido al aumento de la actividad física.
 - **Trastornos sexuales:** Se produce un aumento del deseo y de la actividad sexual, despreciándose los riesgos que puede suponer, con el peligro de contraer una ETS o de embarazos no deseados.
 - El paciente se nota con más **energía** que nunca, viéndose capaz de hacer esfuerzos que antes le parecían imposibles, lo que implica un riesgo de accidentes.
- **Síntomas conductuales:**
 - Se produce un **aumento de la actividad física**.
 - Además se muestra un **desprecio del riesgo** y de las consecuencias de la conducta; así, los pacientes maníacos gastan mucho dinero, hacen regalos inadecuados, dejan sus trabajos, se meten en negocios arriesgados o presentan promiscuidad sexual.
 - La gran hiperactividad física puede llevarles hasta la extenuación física (clásicamente, se decía que los accesos maníacos graves tenían una importante mortalidad asociada, bien por accidentes debidos a la imprudencia, bien por agotamiento físico). Otros pacientes maníacos llegan a bloquearse en el plano motor, presentando externamente **síntomas catatónicos**.
 - Su aspecto suele ser llamativo (se visten con colores chillones, se arreglan en exceso), aunque en manías graves, con mucha hiperactividad, llegan a descuidar su aspecto físico.
- **Síntomas cognitivos:**

- La **hiperactividad mental** se traduce en lenguaje muy rápido, como consecuencia de la aceleración del curso del pensamiento (presentan un lenguaje verborreico, taquilálico), pudiendo llegarse a un pensamiento desorganizado denominado fuga de ideas (pasan de una idea a otra sin concluirla, con continuos juegos de palabras y rimas, haciéndose el discurso incomprensible).
- Hay un aumento exagerado de la atención (hiperprosexia) que conduce a una gran distraibilidad y a un descenso del rendimiento (laboral, académico).
- **Pensamientos maníacos:** El maníaco posee un gran optimismo y una ocurrencia exagerada, planificando numerosas actividades de forma simultánea; su autoestima está muy aumentada y no es raro que crean tener un talento especial, por encima de las demás personas:
 - De hecho, en la manía, los síntomas psicóticos son más habituales que en la depresión; lo típico son las ideas delirantes de grandeza (delirios megalomaniacos), que con frecuencia toman un carácter místico/religioso.
 - Es frecuente un aumento de la intensidad con la que perciben lo que les rodea (Hiperestesia: La música les conmueve más, los colores parecen más intensos).
 - Las alucinaciones no son raras, suelen ser auditivo-verbales y relacionarse con el tema delirante (oír la voz de Dios que les habla).
- Es muy característica la **falta de conciencia de enfermedad**, por lo que no suelen aceptar ningún tratamiento y, dadas las conductas que pueden tener y lo irritables y agresivos que se ponen si se les intenta contener, es difícil realizar un tratamiento ambulatorio, por lo que la mayoría (hasta el 90% de los casos) requiere ingreso hospitalario en contra de su voluntad para poder instaurar tratamiento y evitar conductas de riesgo para su salud.
- Los **adolescentes** con cuadros maníacos pueden presentar tantos síntomas psicóticos y trastornos de conducta (intentos de suicidio, agitación, abuso de tóxicos) que no es raro que se diagnostiquen erróneamente de esquizofrenia o de trastorno antisocial de la personalidad.

TIPOS DE SÍNDROMES MANIACOS EN FUNCIÓN DE SU DURACIÓN Y DE SU INTENSIDAD



Atendiendo a la **combinación de síntomas, intensidad y duración**, se definen:

- **Episodios maníacos:** Síntomas maníacos en intensidad suficiente para deteriorar el funcionamiento del paciente y con una duración de al menos 1 semana (salvo que sean tan graves que exijan su ingreso inmediato).
- **Episodios hipomaníacos:** Formas leves que permiten un funcionamiento social más o menos normal; su diagnóstico no resulta fácil pues estos pacientes no suelen demandar tratamiento ni los síntomas que presentan son calificados por los demás como claramente anormales. La duración mínima se recorta a 4 días.
- **Episodios mixtos:** En los que se combinan síntomas maníacos y depresivos simultáneamente, durante al menos 1 semana (hasta en un 40% de los episodios maníacos o depresivos pueden aparecer síntomas del otro polo afectivo, su presencia obliga a veces a ajustar el tratamiento).
- En función de la combinación de los síndromes maníacos con los depresivos se tendría:

- La mayoría de pacientes que sufren episodios maníacos van a presentar también episodios depresivos, pero cabe la posibilidad de encontrar pacientes maníacos “puros” (sin depresión). Ambos grupos (maníaco-depresivos y maníacos puros) se diferencian poco y forman el **Trastorno Bipolar tipo I** (que se corresponde con el nombre clásico de **psicosis maníaco-depresiva**). El Trastorno bipolar tipo I se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (episodios maníacos) y fases de ánimo bajo (episodios depresivos mayores). Los cambios del estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero a menudo son graduales.
- Para hacer el diagnóstico de **Trastorno Bipolar tipo II**, deben coexistir en un mismo paciente episodios depresivos mayores con episodios hipomaníacos.

Trastornos Bipolares:

- Tipo I = Manía + Depresión
- Tipo II = Hipomanía + Depresión

- En el trastorno bipolar, el equivalente a la distimia es el **trastorno ciclotímico** (o ciclotimia); se define como el síndrome afectivo de duración prolongada (al menos 2 años) en el que se suceden periodos de síntomas depresivos y de síntomas maníacos, en intensidad leve-moderada y con escasas semanas de normalidad. Con frecuencia estos pacientes ciclotímicos son incorrectamente diagnosticados de trastornos de la personalidad.

Trastornos del Estado de Ánimo de larga duración:

- Distimia
- Ciclotimia

TRATAMIENTO

El tratamiento más eficaz para el trastorno bipolar y el trastorno maníaco es el litio, un fármaco que reduce el nivel de neurotransmisores en la sinapsis mediante el aumento de la recapturación de norepinefrina, aunque se prueban otras drogas que se usarán para estos trastornos. La investigación ha demostrado cada vez más que la psicoterapia también es eficaz.

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por patrones de percepción, reacción y relación que son relativamente fijos, inflexibles y socialmente desadaptados, incluyendo una variedad de situaciones.

- Son personas propensas a tener problemas en sus relaciones sociales e interpersonales y en el trabajo.
- Las personas con trastornos de la personalidad son tan rígidas que no pueden adaptarse a la realidad, lo cual debilita su capacidad operacional.
- Generalmente no son conscientes de que su comportamiento o sus patrones de pensamiento son inapropiados; por el contrario, a menudo creen que sus patrones son normales y correctos

Los trastornos de la personalidad incluyen los siguientes tipos: Dependiente, pasivo-agresivo, antisocial, obsesivo-compulsivo, evitador, narcisista, esquizotípico, paranoide, histriónico, límite, esquizoide.

El trastorno de identidad disociativo anteriormente llamado trastorno de personalidad múltiple es un trastorno completamente diferente.

TIPOS DE PERSONALIDAD

Paranoide. Tienden a encontrar intenciones hostiles y malévolas detrás de los actos triviales, inocentes o incluso positivos de otras personas. Son generalmente frías y distantes en sus relaciones.

Esquizoide. Son introvertidas, ensimismadas y solitarias. Hablan poco, son dadas a soñar despiertas y prefieren la especulación teórica a la acción práctica. La fantasía es un modo frecuente de enfrentarse a la realidad.

Esquizotípica. Desarrollan pensamientos, percepciones y comunicaciones insólitas. Algunas personas muestran signos de pensamiento mágico (la idea de que una acción particular puede controlar algo que no tiene ninguna relación con ella).

Histriónica. Buscan de un modo notable llamar la atención y se comportan teatralmente. La persona con personalidad histriónica es proclive a los comportamientos sexualmente provocativos o a sexualizar las relaciones no sexuales.

Narcisista. Tienen un sentido de superioridad y una creencia exagerada en su propio valor o importancia, lo que los psiquiatras llaman “grandiosidad”. Sienten que merecen que sus necesidades sean satisfechas sin demora y por ello explotan a otros, cuyas necesidades o creencias son consideradas menos importantes.

Límite. La mayor parte de las cuales son mujeres, son inestables en la percepción de su propia imagen, en su humor, en su comportamiento y en sus relaciones interpersonales (que a menudo son tormentosas e intensas). Este trastorno es también el más frecuentemente tratado por los psiquiatras.

Evitadora. Estas personas tienen un fuerte deseo de recibir afecto y de ser aceptadas. El trastorno de personalidad evitadora es similar a la fobia social.

Dependiente. No tienen confianza en sí mismas y manifiestan una intensa inseguridad. A menudo se quejan de que no pueden tomar decisiones y de que no saben qué hacer o cómo hacerlo.

Pasiva-agresiva. Caracterizada por pasividad y agresividad, en la que las acciones o actitudes de fuerza son expresadas de forma indirecta y no violenta, como poniendo mala cara, con obstruccionismo, dilación, ineficacia, testarudez y descuido.

Desconfiada, celosa o paranoide. Se caracteriza principalmente por la presencia, de un modo generalizado y permanente, de una desconfianza excesiva e injustificada hacia los demás. Es más frecuente en el hombre que en la mujer.

Homosexual. Por homosexualidad entendemos *deseo* erótico o sexual hacia las personas del mismo sexo; sin embargo, *la conducta homosexual* no siempre se encuentra arraigada en este interés emocional e interno (sirvan como ejemplos la conducta homosexual de ciertas culturas no occidentales y los contactos homosexuales en la pubertad).

PERSONALIDAD EXTROVERTIDA E INTROVERTIDA

La persona extrovertida, es sociable y vivaz. Es la personalidad que busca la novedad, se caracteriza por excitabilidad, impulsividad y extravagancia.

La persona introvertida, es tímida, retraída, poco comunicativa.

PERSONALIDAD OBSESIVA

Se caracteriza por:

- Meticulosidad.
- Perfeccionismo.
- Escrupulosidad.
- Descuido de lo fundamental por lo accesorio.
- Excesivo afán por el orden.
- Tendencia excesiva a la planificación y previsión.
- Pesimismo.
- Dificultad para adaptarse a situaciones nuevas.
- Tendencia a la autoacusación.
- Hiperresponsabilidad.
- Dificultad para delegar responsabilidades.
- Estilo de vida austero.
- Tendencia a la hipercrítica.
- Severidad. Intolerancia. Inflexibilidad.
- Alto nivel de exigencia.
- Tendencia a pensamientos y análisis exhaustivos.
- Inseguridad. Indecisión.
- Trato correcto, pero frío y distante.

LA PERSONALIDAD INESTABLE O CICLOTÍMICA

Son personas que pasan, con extraordinaria facilidad, de sentirse alegres y contentas, al abatimiento y al desánimo.

Suelen hacer inversiones o gastos absurdos, o, en cualquier caso, superiores y desproporcionados con su conducta habitual, de las que se arrepienten una vez pasa esta fase eufórica.

Estos cambios suceden de un modo brusco y se experimentan en períodos de tiempo muy recortado, de horas o, a lo sumo, de poco más de un día, motivado por pequeños acontecimientos de la vida diaria. Síntomas típicos, como agotamiento, tristeza, desinterés, falta de ilusiones, pesimismo, alteraciones del sueño y apetito, dificultades de concentración y asociación de ideas, disminu-

ción de la creatividad, inseguridad, disminución de la autoestima, indecisión, tendencia a evitar las relaciones sociales, incapacidad para desarrollar las actividades habituales y deseos de muerte.

PERSONALIDAD ANTISOCIAL PATOLÓGICA

La que caracteriza a una persona que muestra actitudes y comportamientos claramente contrarios a las costumbres, normas y principios morales aceptados por la sociedad como la agresividad, insensibilidad, impulsividad, irresponsabilidad, hostilidad, nivel de frustración bajo, inmadurez emocional acentuada y escasa capacidad de juicio.

La persona que sufre este trastorno desprecia los derechos de los demás, es incapaz de manifestar lealtad hacia los otros y hacia los valores sociales.

El concepto de neurosis tiene una gran tradición en psiquiatría y engloba a un grupo diverso de trastornos psiquiátricos que comparten, en teoría, las tres características siguientes que los diferencian de las psicosis:

- Su gravedad es **menor**, produciendo poca interferencia en la vida del paciente.
- Se han demostrado **menos anomalías neurobiológicas** subyacentes, lo que abre la posibilidad a teorías psicológicas sobre su origen.
- El paciente muestra una **adecuada conciencia de enfermedad**, reconociendo lo anómalo de los síntomas que presenta y haciendo crítica de los mismos.

Sin embargo, estas características no siempre se cumplen, dado que algunos de estos trastornos neuróticos pueden ser extremadamente incapacitantes (agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo), en otros es indiscutible la existencia de alteraciones neurobiológicas (ataques de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo) y, por último, en ocasiones el paciente neurótico no muestra una correcta conciencia de enfermedad (trastorno obsesivo-compulsivo, dismorfofobia).

┆ a. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es un síntoma, o mejor un conjunto de síntomas, que acompaña a múltiples enfermedades somáticas, que se manifiesta en casi todos los trastornos con base orgánica demostrable y que forma parte integrante del cuadro clínico de muchas psicosis “funcionales”.

Los estados de ansiedad se manifiestan bajo la forma de cuadros clínicos que se diferencian unos de otros en relación con la intensidad, la difusión, las características reactivas y la aparición crítica de los síntomas ansiosos.

La ansiedad es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente, acompañada de una sensación de aprehensión difusa, desagradable, con sintomatología vegetativa, que le permite a la persona adoptar medidas necesarias

para enfrentarse a una determinada amenaza. Cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa y/o funcional de la persona, se convierte en patológica, produciendo una respuesta inapropiada a un estímulo dado, provocando malestar significativo con signos y síntomas que afectan en lo físico, psicológico y conductual.

Probablemente éste sea el grupo de trastornos psiquiátricos más frecuente en la población general, siendo la fobia específica el diagnóstico psiquiátrico más frecuente y la crisis de angustia, la principal urgencia psiquiátrica. Su incidencia global es más frecuente en mujeres y en jóvenes (20-30 años), disminuyendo en la vejez.

Algunos de ellos (trastorno de angustia, agorafobia, fobia a la sangre) muestran tendencia a la agregación en familias, lo que sugiere un componente genético en su etiología.

FORMAS CLÍNICAS

1. TRASTORNO DE ANGUSTIA (TRASTORNO DE PÁNICO)

Este trastorno se define por la presencia de crisis de angustia (también denominadas ataques de pánico), que son inicialmente espontáneas y tienden a repetirse con una frecuencia irregular, aunque con la evolución del trastorno pueden asociarse a diversos estímulos (crisis de angustia con agorafobia). No debe existir un trastorno orgánico, psiquiátrico o tóxico que las justifique.

Etiología

Se ha demostrado que este trastorno posee un factor genético-hereditario, puesto que se presenta con mayor prevalencia entre familiares de enfermos afectos (18% frente al 1-2% de la población general). Además, hay claras diferencias genéricas, siendo mucho más frecuente en mujeres, sobre todo si hay agorafobia.

En el plano neurobiológico se ha evidenciado la capacidad de provocar crisis que tienen diversas sustancias (panicógenos) como lactato sódico intravenoso, bicarbonato, isoproterenol, CCK, entre otras. Además se han establecido correlaciones neuroanatómicas como las siguientes:

- El **locus coeruleus** (principal núcleo noradrenérgico cerebral) desencadenaría la crisis de angustia.

- La **amígdala** y el **núcleo accumbens** (sistema límbico) inducirían la ansiedad anticipatoria.
- El **lóbulo frontal** generaría las conductas de evitación.

Clínica

Las crisis de angustia tienen un inicio brusco, alcanzando su máximo en unos minutos. En ellas se presentan, con una intensidad extrema, síntomas vegetativos, palpitaciones, molestias precordiales, disnea con hiperventilación (muy típica), mareo, inestabilidad, temblor, sudoración, parestesias, náuseas, escalofríos, sofocos, sensación de un posible ataque cardíaco, etc.

También aparecen síntomas psicológicos que provocan una enorme desazón en el paciente: sensación de muerte, miedo a la pérdida del control o a estar volviéndose loco, despersonalización y desrealización. Duran menos de una hora y dejan un cansancio extremo.

Curso

Las primeras crisis se suelen iniciar en la adolescencia o al principio de la edad adulta, y por definición deben ser espontáneas; con frecuencia despiertan al paciente por la noche o surgen cuando más tranquilo está; posteriormente, pueden condicionarse a estímulos diversos que facilitan su aparición o hacerse totalmente “reactivas”. Con el tiempo, se desarrollan una serie de complicaciones psicológicas típicas que son las que van a alterar a largo plazo la vida del paciente:

- Ansiedad anticipatoria (miedo de tener nuevas crisis).
- Preocupaciones hipocondríacas (miedo a que las crisis indiquen un problema físico grave).
- Conductas de evitación (miedo de ir a determinados lugares por si se sufre una crisis) que pueden derivar en una agorafobia.

Otras complicaciones psiquiátricas son el abuso de alcohol y de los sedantes y la aparición de síntomas depresivos, con un aumento de la tendencia al suicidio. Este trastorno tiende a la cronicidad y a la recurrencia, por lo que la repetición de las crisis y la aparición de complicaciones es lo que diferencia “una crisis de angustia” de “un trastorno de angustia”.

Tratamiento

El tratamiento del trastorno de angustia combina fármacos y psicoterapia, con una eficacia notable. Se diferencian tres etapas:

- **Abortivo (tratamiento de una crisis):** Cualquier benzodiacepina asociada a técnicas para el control de la respiración (por la hiperventilación que caracteriza la crisis de pánico).
- **Profiláctico (prevención de nuevas crisis):**
 - **Antidepresivos:** Casi todos son eficaces para prevenir crisis pero los ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) se usan más por su mejor tolerancia; no producen dependencia; dado que su inicio de acción es retardado (semanas), es frecuente asociarlos al principio con benzodiacepinas (que luego se retiran).
 - **Benzodiacepinas:** Son también eficaces, sobre todo las de alta potencia (alprazolam, lorazepam o clonazepam), aunque el riesgo de dependencia hace que no se consideren opciones de primera línea.
- **Psicológico:** Psicoterapia cognitivo-conductual para la agorafobia, la ansiedad anticipatoria y las preocupaciones hipocondríacas; consolida la respuesta a largo plazo.

2. TRASTORNOS FÓBICOS

Una fobia es un temor desproporcionado y persistente a un objeto, actividad o situación específica (estímulo fóbico) que, siendo o no reconocido como absurdo (irracional), permanece fuera del control voluntario y genera conductas de evitación (conscientes).

Las fobias específicas constituyen el diagnóstico más común en la población general y la agorafobia la más frecuente entre las que solicitan tratamiento.

Etiología

En general, son esporádicas, lo que sugiere un origen psicológico, pero existe cierta agrupación familiar en la agorafobia, en algunas fobias situacionales y en la fobia a la sangre.

La teoría del aprendizaje las explica como un condicionamiento clásico entre un estímulo inicialmente neutro y una emoción desagradable (por ejemplo, el miedo a conducir tras sufrir un accidente de tráfico).

Formas clínicas

Las formas clínicas de los trastornos fóbicos son las siguientes:

- **Agorafobia:** Se produce más en mujeres jóvenes. Se caracteriza por el miedo a estar en situaciones en las que uno se siente desprotegido o desamparado, que típicamente son lugares de los que es difícil escapar o conseguir ayuda (transportes públicos, multitudes, grandes almacenes, ascensores, espacios abiertos, locales cerrados, etc.).

La mayor parte de los casos son secundarios a un trastorno de angustia, pero puede aparecer de forma independiente; es frecuente que exista un estado permanente de ansiedad anticipatoria (“ansiedad libre flotante”) que no se ve en otras fobias.

Se trata con técnicas conductuales (exposición en vivo de forma progresiva) y, si es secundaria a un trastorno de angustia, éste debe tratarse con los fármacos adecuados.

- **Fobia social (trastorno por ansiedad social):** Suele debutar en la adolescencia, sin diferencias claras entre sexos (aunque los varones consultan con más frecuencia).

Se define como el miedo a situaciones de exposición pública, tales como hablar delante de otras personas, comer o beber en público o usar los lavabos públicos. La forma más frecuente es el miedo a hablar en público (aunque rara vez el paciente consultará por ello); si es generalizada, puede ser muy perturbadora.

Estas personas presentan riesgo de alcoholismo “social” (para animarse a hablar). Debe diferenciarse de los trastornos de la personalidad con déficit de interacción social (evitativo, esquizoide) y del retraimiento social propio de la depresión o de la esquizofrenia.

El tratamiento se basa en técnicas cognitivo-conductuales dirigidas al entrenamiento en habilidades sociales. En casos de ansiedad social muy específica (miedo a hablar en público ante desconocidos) muchas personas

preferirán un tratamiento puntual con β -bloqueantes (propranolol) o benzodiacepinas. Algunos antidepresivos (ISRS, IMAO) han demostrado eficacia en pacientes con ansiedad social grave.

- **Fobias específicas o simples:** Son muy frecuentes en niños (en los que son evolutivamente casi normales) y más comunes en mujeres (2/1). Se definen por el miedo a un objeto o a una situación concreta que no debería provocarlo:
 - A los animales o a los insectos (son las más frecuentes).
 - A estímulos ambientales como a las tormentas o el mar.
 - A la sangre, a los pinchazos y a las heridas.
 - A otras situaciones concretas, como alturas, transportes públicos, ascensores, aviones, etc. (en general, de inicio más tardío).

Suelen desencadenar una crisis de ansiedad (adrenérgica) cuando no se puede evitar el estímulo; en la fobia a la sangre-pinchazos-heridas se produce un cuadro vagal, en forma de síncope o presíncope, tras la reacción adrenérgica inicial. Normalmente, no generan incapacidad y los pacientes apenas consultan. Si resultan molestas, se usan técnicas conductuales, como la exposición en vivo basada en la desensibilización sistemática, por lo que son innecesarios los fármacos.

3. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones que aparecen de forma repetitiva y producen malestar significativo.

Las **obsesiones** se definen como ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que el paciente reconoce como absurdos, y aunque sabe que son producto de su mente, le provocan intensa ansiedad, al ser indeseadas o inaceptables, por lo que lucha por ignorarlas o suprimirlas. Típicos temas obsesivos son las preocupaciones hipocondríacas y de contaminación, la duda sobre si se han hecho las cosas correctamente, la necesidad de orden y de simetría, el miedo a dañar a otros (conocidos como impulsos obsesivos o fobias de impulsión) y la moralidad (sexualidad, religiosidad).

Las **compulsiones** son actos motores (o mentales) voluntarios que el paciente siente necesidad de realizar como defensa frente a la idea obsesiva, a pesar de reconocerlos absurdos, por lo que intenta resistirse aun a costa del aumento de la tensión interna (que disminuye al llevarlos a cabo). Un ritual es una compulsión muy elaborada. Pueden ser aparentemente “lógicos” o tener un carácter “mágico”, buscando anular el peligro de la idea con actos complejos y estereotipados. En los casos avanzados, desaparece la resistencia y toda la vida se ritualiza, lentificándose de forma espectacular, siendo dudosa en estos casos la existencia de “ conciencia de enfermedad”.

Su inicio suele ser insidioso en la adolescencia o en la juventud (más precoz en varones que en mujeres). Afecta aproximadamente al 2% de la población general, sin diferencias entre sexos. Se da más en solteros que en casados (la soltería puede ser consecuencia de su enfermedad). Quizá sea más frecuente en clases altas o en personas de cociente intelectual elevado.

Aunque suele presentarse de forma aislada, puede haber trastornos de personalidad previos, sobre todo de tipo obsesivo-compulsivo. Se asocia a otros trastornos mentales, fundamentalmente a depresión mayor y a fobia social.

Etiología

Con frecuencia (60% de los casos) en el inicio del trastorno existe un factor estresante como, por ejemplo: fallecimiento de personas cercanas, problemas sexuales o de pareja, enfermedades, entre otros. Hay clara tendencia a la agregación familiar, con mayor concordancia en monocigotos.

Entre los hallazgos biológicos destaca la presencia de disfunción del lóbulo frontal en las pruebas de neuroimagen (PET) y las alteraciones bioquímicas serotoninérgicas.

Las teorías psicológicas hablan de una alteración del procesamiento de la información, con respuestas desproporcionadas para estímulos menores (ven peligro donde no lo hay) y de la tendencia a un pensamiento mágico (como el uso de amuletos o sotería).

Curso y pronóstico

Se inicia generalmente de forma insidiosa y el curso suele ser crónico y progresivo, con fluctuaciones (empeoran con las situaciones estresantes). Pocos casos son graves, pero, de la misma forma, pocos desaparecen de manera espontánea.

nea. La mayoría son formas “leves” que nunca consultan por sus síntomas pero los TOC graves pueden producir una discapacidad extrema.

Tratamiento

Precisa de la combinación de:

- **Fármacos:** Antidepresivos con acción serotoninérgica: ISRS (mejor tolerados, usados como primera opción), clomipramina (más potente, pero con más efectos adversos, usado en casos de mala respuesta a ISRS); mejoran sobre todo las ideas obsesivas. Son necesarias dosis elevadas y la respuesta tarda en aparecer muchas semanas. Por la tendencia a la cronicidad es necesario mantener el tratamiento de manera prolongada.
- **Psicoterapia:** Se recomienda el empleo de técnicas conductuales, como la exposición con prevención de respuesta y se desaconsejan las terapias dinámicas (derivadas del psicoanálisis). Mejora principalmente las compulsiones. Su eficacia tiende a mantenerse más tiempo que la de los fármacos.

Usados los dos tratamientos anteriores conjuntamente, la eficacia es de hasta el 75%. La psicocirugía (cingulotomía) se reserva para casos muy graves, refractarios a todos los tratamientos.

4. TRASTORNOS POR ESTRÉS AGUDO Y POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Son reacciones características ante un acontecimiento traumático extremo (“más allá de la experiencia humana habitual”) que pone en peligro la vida de la persona o de personas allegadas.

Experiencias típicas son las siguientes:

- Las catástrofes naturales (terremotos, huracanes, incendios).
- Los accidentes (de tráfico, laborales).
- Los delitos (robos con violencia, atentados terroristas, secuestros, agresiones sexuales).

Durante el primer mes se califica como **trastorno por estrés agudo**, por lo que son especialmente frecuentes en esta etapa los síntomas disociativos (embotamiento emocional, arreactividad); pasado el mes, se habla de **trastorno por estrés posttraumático**; si supera los tres meses, se considera que su curso

es **crónico**. Excepcionalmente puede aparecer tras un periodo de latencia (si es mayor de seis meses se dice que tiene un “inicio demorado”). Las características del trauma, de la persona y del contexto social influyen en la probabilidad de padecerlo. Tras un desastre natural, este trastorno afecta a un 15% de las personas expuestas, llegando al 80% en víctimas de agresiones sexuales.

Clínica

Cursa con:

- Reexperimentación del acontecimiento en forma de recuerdos intrusivos (en niños, dibujos o juegos repetitivos relacionados con el tema), pesadillas, imágenes en vigilia (flash-backs), sensación constante de que el suceso acaba de ocurrir.
- Conductas de evitación (de ideas, personas o lugares), amnesia psicógena (del episodio, total o parcial).
- Sensación de embotamiento emocional (pérdida del interés, arreactividad emocional, desapego del entorno, sensación de un futuro desolador, acortado).
- Síntomas de hiperalerta (insomnio, irritabilidad, hipervigilancia, sobresalto ante los ruidos, dificultad de concentración).

Curso y pronóstico

Es fluctuante, pero la mayoría se recupera (sólo un 10% se cronifica). Entre sus complicaciones destacan la depresión o el abuso de sustancias.

Tratamiento

El apoyo psicológico y social es fundamental, así como el diagnóstico precoz. Los fármacos se usan en función del síntoma predominante, tal vez los antidepresivos (ISRS, sobre todo) sean los más eficaces.

5. TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

Es un estado de preocupación excesiva y crónica ante sucesos de la vida cotidiana, que suele acompañarse de síntomas somáticos (palpitaciones, tensión muscular, cefalea, sudoración, entre otros), provocando malestar en el sujeto o

un mal funcionamiento social o laboral. Tienden a consultar con el médico de familia u otros especialistas, antes que con el psiquiatra.

Esta “ansiedad generalizada” patológica es desproporcionada y duradera en relación con los estímulos que la desencadenan. Es posiblemente el trastorno psiquiátrico que se presenta con mayor frecuencia asociado junto a otros trastornos mentales (ansiosos, depresivos, somatomorfos, tóxicos), lo que cuestiona su validez diagnóstica.

Tiende a la cronicidad, por lo que precisa la combinación de farmacoterapia y psicoterapia (entrenamiento en relajación, terapia cognitivo-conductual). Se propone el uso de antidepresivos y de algunos anticonvulsivantes (pregabalina, gabapentina) como ansiolíticos a medio-largo plazo para evitar el riesgo de dependencia a las benzodiacepinas.

Causas orgánicas de ansiedad

Fármacos y otras sustancias	Antidepresivos (ISRS). Abuso de estimulantes (cocaína, anfetaminas, cafeína). Abstinencia de sustancias depresoras del SNC (opiáceos, alcohol, benzodiacepinas). Otros fármacos: hipoglucemiantes orales, insulina, L-DOPA, hormonas tiroideas, cicloserina, isoniacida, xantinas, corticoides, antipsicóticos (acatisia).
Trastornos cardíacos	Prolapso de válvula mitral. Otros trastorno cardíacos: infarto agudo de miocardio, angina de pecho, rotura de aorta, taquiarritmias, crisis hipertensivas.
Patología Pulmonar	Embolismo pulmonar, EPOC, neumotórax, crisis asmáticas.
Causas endocrino-metabólicas	Hipertiroidismo/ hipotiroidismo. Hiperparatiroidismo. Feocromocitoma. Hipoglucemia. Hiper cortisolismo.

Causas neuroológicas	Síndrome confusional de cualquier etiología. Epilepsia. Demencias y otras enfermedades neurodegenerativas.
---------------------------------	--

Hay multitud de causas psiquiátricas y orgánicas que pueden provocar ansiedad (cardiovasculares, pulmonares, neurológicas, endocrinas, intoxicaciones, abstinencias, etc.) y con las que cabe hacer un diagnóstico diferencial.

┆ b. TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Los trastornos somatomorfos son el grupo de trastornos en los que la queja principal es un síntoma o una preocupación somática que no se corresponde con los hallazgos exploratorios o con mecanismos fisiopatológicos conocidos, y en los que se presume una etiología psicológica, causando intenso malestar al paciente o deterioro sociolaboral. Por definición, la producción de los síntomas no es voluntaria, lo que les diferencia de los trastornos facticios y de la simulación.

1. TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN (SÍNDROME DE BRIQUET)

Representa una de las formas de presentación más típicas de la histeria clásica y posiblemente sea la más frecuente en la actualidad en países occidentales. Es mucho más frecuente en mujeres (5/1) y se describe sobre todo en personas de nivel socioeconómico bajo.

Hay una historia de múltiples síntomas físicos (dolores, gastrointestinales, sexuales, neurológicos) que empiezan antes de los 30 años, persisten largo tiempo y conducen a una búsqueda incesante de atención médica o a un deterioro significativo de áreas importantes de la vida del paciente. Estos síntomas no se acompañan de anomalías que los expliquen en la exploración física o en las pruebas diagnósticas.

Se asocia habitualmente a síntomas crónicos ansiosos y depresivos, con un ligero aumento del riesgo de suicidio. Sigue un curso crónico y fluctuante.

No tiene un tratamiento específico, por lo que es fundamental evitar la iatrogenia médica. Los pacientes tienden a automedicarse y a someterse a pruebas diagnósticas innecesarias. Hay quien recomienda hacer una prueba con antidepressivos, por la posibilidad de que sea una depresión enmascarada o encubierta (constituyendo en ese caso un “equivalente depresivo”).

2. TRASTORNO POR DOLOR

Se considera una variante del trastorno por somatización en el que la única queja es el dolor. En aquellos casos en los que aparece en pacientes que presentan una causa real de dolor (p. ej.: espondiloartrosis), no se encuentra una lógica correlación entre los hallazgos somáticos y la intensidad del síntoma. Se da más en mujeres (2/1), y suele comenzar entre los 40 y 50 años de edad.

Hay un claro riesgo de que el paciente abuse de analgésicos y de otros fármacos. También se asocia a síntomas ansiosos y depresivos, con tendencia a cronificarse y con mala respuesta a los tratamientos.

3. TRASTORNO HIPOCONDRIACO

En este trastorno el paciente sufre una intensa preocupación y miedo a padecer una enfermedad grave, mediante la malinterpretación personal de sensaciones somáticas banales que persiste (más de 6 meses), a pesar de los resultados negativos de las pruebas exploratorias. A diferencia del trastorno por somatización, aquí hay igualdad en la distribución entre sexos, y la edad de inicio más común se encuentra entre los 20 y 30 años.

La preocupación que muestra este trastorno no debe tener carácter delirante (sería entonces un trastorno delirante hipocondríaco) ni obsesivo (sería un TOC con contenidos hipocondríacos), aunque en la clínica se pueden encontrar casos límites, de difícil clasificación. El auténtico hipocondríaco no se calma con las explicaciones médicas, pero es posible que reconozca su tendencia a sobrevalorar sus preocupaciones. Hay que recordar que pueden aparecer igualmente preocupaciones hipocondríacas en un trastorno por ansiedad o en una depresión.

Estos pacientes suelen acudir a numerosos médicos, pero incumplen las pautas de tratamiento por miedo a los efectos secundarios. Algunos de ellos tienen tanto miedo del posible diagnóstico que evitan ir a consulta o hacerse pruebas complementarias. Es más propio de consultas médicas que psiquiátricas. El curso suele ser crónico, recurrente, con ocasionales remisiones que pueden durar meses o años. Habitualmente este trastorno se muestra resistente a los tratamientos psiquiátricos.

4. TRASTORNO DISMÓRFICO (DISMORFOFOBIA)

Aunque este tipo de trastorno está muy cercano a la hipocondría. El paciente está centrado en una preocupación excesiva por un defecto físico inexistente o

irrelevante para los demás. Algunos pacientes son conscientes de lo exagerado de su preocupación, pero otros carecen de introspección o incluso llegan a alcanzar una creencia delirante.

Las preocupaciones más frecuentes hacen referencia a los rasgos faciales, a la piel, al pelo, etc. En ocasiones, se centran en el olor corporal (disosmofobia o síndrome de referencial olfatorio) o en la masa muscular (dismorfia muscular).

Suele iniciarse entre los 15 y los 20 años de edad y es mucho más habitual en las mujeres; además, suele coexistir con otras enfermedades mentales (depresión, ansiedad, TOC).

Por definición, se excluyen aquellos casos asociados a anorexia nerviosa o a transexualismo, o las alucinaciones dismorfofóbicas de los pacientes esquizofrénicos.

Da lugar a repetidas consultas con dermatólogos o cirujanos plásticos, antes que con el psiquiatra, con riesgo claro de iatrogenia. El inicio suele ser insidioso y con curso oscilante y, habitualmente, se cronifica si no es tratado adecuadamente.

Algunos estudios indican que los fármacos serotoninérgicos (ISRS, clomipramina) pueden resultar eficaces como en el TOC.

5. TRASTORNO CONVERSIVO

El trastorno conversivo está caracterizado por la presencia de signos neurológicos en la exploración física que afectan a las funciones motoras (crisis convulsivas, parestias, movimientos anormales, dificultades de coordinación motora, afonía, retención urinaria, disfagia) o sensoriales (anestias, parestias, ceguera, sordera, alucinaciones) y sugieren una enfermedad neurológica.

Sin embargo, los hallazgos exploratorios resultan incongruentes y las pruebas complementarias son rigurosamente normales. Además de la exclusión de su carácter orgánico, se exige una conexión entre la aparición de la clínica y un factor psicológico precipitante. Históricamente se ha denominado este cuadro como “histeria de conversión”.

Es más frecuente en mujeres (2-5/1); parece más habitual en niveles socioeconómicos bajos, en pacientes de menor nivel cultural y en medios culturales no occidentales. La edad de inicio más frecuente es la adolescencia o a principios de la edad adulta.

Por definición, los síntomas (como en el resto de trastornos somatomorfos) no los está produciendo el paciente de forma voluntaria (lo que no siempre es fácil de demostrar).

Etiología

Los factores sociales influyen en la aparición del trastorno conversivo y en su cronificación (pareja condescendiente, influencia cultural en la histeria epidémica).

Curso y pronóstico

Los episodios agudos asociados con una situación estresante claramente identificada suelen recuperarse espontáneamente (hasta 90 - 100% de los casos), por lo que su pronóstico es claramente mejor que en trastornos por somatización. Evolucionan peor si el inicio es insidioso, la personalidad previa es patológica (dependiente, histriónica) o si existe una posible ganancia (económica, familiar,...) secundaria al mantenimiento de los síntomas. Los casos cronificados precisan de apoyo psicoterapéutico, con escasa respuesta a los fármacos. La hipnosis puede resultar útil en algunos casos.

┆ c. TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Son la otra gran variante de la histeria (histeria de disociación). Presentan síntomas psíquicos que no se corresponden con las enfermedades psiquiátricas habituales (de nuevo son incongruentes). Comparten características similares con los episodios conversivos (asociación con un factor estresante, beneficios, etc.). No tienen tratamiento específico y se puede utilizar la hipnosis.

1. AMNESIA DISOCIATIVA (O PSICÓGENA)

Es la forma más frecuente y se da en la mayoría de los trastornos disociativos. Parece que es más frecuente en mujeres jóvenes. El paciente presenta problemas para acceder a recuerdos remotos (retrograda); es incapaz de recordar información personal importante (generalmente de carácter traumático o estresante), demasiado amplia como para justificarlo por un olvido ordinario (no sabe su nombre, no sabe dónde vive, no recuerda cómo llegó al hospital), con preservación de la memoria reciente (es capaz de recordar la información que se le ofrece).

Hay que descartar los casos asociados a otros trastornos psiquiátricos (por ejemplo, estrés postraumático) y diferenciarla de la amnesia “orgánica” (ante-

rógrada, con problemas en los recuerdos recientes). La recuperación suele ser brusca y completa.

2. FUGA DISOCIATIVA

La fuga disociativa combina una alteración del comportamiento (en forma de un viaje repentino e inesperado) con amnesia retrógrada (el paciente se encuentra confuso sobre su identidad o asume otra nueva). Por definición aparece en respuesta a una situación estresante (p. ej.: discusión conyugal, problemas laborales) y cursa habitualmente con amnesia de lo sucedido durante la fuga. El diagnóstico diferencial incluye causas tóxicas (alcohol) y médicas (es el caso de la epilepsia del lóbulo temporal). La fuga suele ser breve y la recuperación, rápida y espontánea.

3. TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVA (PERSONALIDAD MÚLTIPLE)

Este tipo de trastorno está muy cuestionado fuera de EE.UU. En él coexisten dos o más personalidades (con su historia biográfica, su forma de hablar y de comportarse) que no suelen tener conciencia la una de la otra (el paciente refiere lagunas amnésicas), siendo la transición de una a otra bastante brusca. Se ha asociado etiológicamente con abusos sexuales u otros traumas en la infancia.

De nuevo, es necesario el diagnóstico diferencial con causas tóxicas y médicas (epilepsia del lóbulo temporal, alcohol).

4. TRASTORNO POR DESPERSONALIZACIÓN/DESREALIZACIÓN

La **despersonalización** se define como la alteración persistente o recurrente de la percepción o la experiencia de uno mismo; el paciente se siente separado de su cuerpo o de sus procesos mentales (como si fuera un observador exterior); nota su cuerpo extraño e irreal.

La **desrealización** es la alteración de la percepción o de la experiencia del mundo externo, de manera que éste parece extraño o irreal (las personas parecen lejanas o mecánicas), “como en un sueño o una película”. Como experiencia aislada es bastante frecuente y no necesariamente patológica, careciendo de tratamiento específico. Es un síntoma frecuente en las crisis de angustia y en los cuadros depresivos o esquizofrénicos. Se ha vinculado con la epilepsia del lóbulo temporal y con diversos tóxicos (sobre todo con efecto alucinógeno).

Excepcionalmente, muestra un curso crónico recurrente, debutando en la adolescencia/juventud, sin diferencias entre sexos.

┆ d. TRASTORNOS FACTICIOS Y SIMULACIÓN

En ambos casos el paciente se inventa síntomas o se produce signos de enfermedad de forma voluntaria, variando la motivación última; los síntomas pueden ser físicos o psicológicos, siendo muy típicos los neurológicos (coma, convulsiones), los dermatológicos (dermatitis artefacta), los digestivos y los hematológicos (sangrados o anemias inexplicables). El diagnóstico depende de que las pruebas médicas demuestren el carácter facticio de las lesiones o de la posibilidad de “cazarle” provocándoselas. De todos modos, es muy sugestiva una historia de múltiples consultas y tratamientos nunca acabados, mejorías con el ingreso (sin tratamiento específico) y desapariciones inexplicables cuando se acerca el momento del diagnóstico.

1. TRASTORNO FACTICIO

En este trastorno, la motivación es psicológica: la necesidad de “ser un enfermo”, de recibir cuidados. Se observa con más frecuencia en mujeres solteras jóvenes (menores de 40 años) con conflictos interpersonales y en profesionales de la salud. Se suelen limitar a un único síntoma, fácil de manipular por el propio paciente: fiebre facticia, hipoglucemia inducida, etc.

Las formas más graves de trastorno facticio reciben a veces el nombre de **Síndrome de Münchhausen**; son más frecuentes en hombres, de mayor edad y con rasgos antisociales de personalidad; se inventan historias clínicas muy complejas, no siendo raro que reciban tratamientos agresivos o se sometan a intervenciones quirúrgicas, poniendo en riesgo su propia vida. Suelen ser pacientes muy conocidos en los servicios de Urgencias de los grandes hospitales, pues acuden con una elevadísima frecuencia contando los más diversos problemas de salud.

Genera mucha alarma social el llamado **trastorno facticio “por poderes”**, en el que son los padres de un niño (generalmente menor de seis años y con múltiples hospitalizaciones) los que refieren síntomas o le provocan lesiones buscando tratamiento médico y la consideración social de “cuidadores”. Realmente es un trastorno de muy baja frecuencia y de muy difícil diagnóstico, puesto que los cuadros clínicos suelen ser muy complejos en su presentación.

El pronóstico de estos trastornos es muy malo por la escasa conciencia que tienen los pacientes de su anomalía. Así, éstos eluden cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico, por lo que lo más importante es su manejo médico (para evitar la iatrogenia), más que intentar su curación.

En la “neurosis de renta” el paciente utiliza de forma inconsciente síntomas somáticos que ha padecido en una enfermedad ya superada para mantener el beneficio psicológico que la situación de enfermo ha producido en su vida. Se encuentra, por tanto, a medio camino entre los cuadros facticios (el beneficio es psicológico) y el trastorno por somatización (por el carácter involuntario). Es una causa frecuente de cronificación de problemas médicos, cuyo abordaje es psicológico.

2. SIMULACIÓN

No es un trastorno psiquiátrico, sino un problema médico-legal de alta frecuencia; la persona tiene una motivación económica (una pensión, el pago de un seguro o una indemnización) o legal (servicio militar, condena, juicio) para provocarse lesiones o referir síntomas. Puede existir un trastorno de la personalidad asociado.

TEMA 10

TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD

┆ A. IDENTIDAD SEXUAL



Símbolo Venus, representa a la mujer.

Símbolo Marte, representa al varón.

Con el término identidad sexual se alude a dos conceptos bien diferenciados: primero, relativo a la identidad y a la sexualidad; segundo, más en relación con la experiencia interna de pertenecer a un sexo.

Siempre que nos encontramos ante **problemas sexuales** es fundamental la evaluación que llevamos a cabo. En la primera parte de la evaluación de los trastornos por problemas sexuales hemos de descartar el origen orgánico de estos problemas con el fin de poder acudir al profesional adecuado.

Por ejemplo, los problemas de erección pueden estar relacionados con causas físicas, tales como dificultades en la circulación o toma de determinados medicamentos. En estos casos, la terapia psicológica para este tipo de problemas sexuales no sería efectiva por lo que necesitamos averiguarlo y ponerlo en manos de un especialista.

Al contrario de lo que piensan muchas personas, la mayoría de los trastornos por problemas sexuales son de origen psicológico, esto es, sin causa orgánica que lo justifique. Estos problemas sexuales pueden ser causados por muchos factores, entre ellos una mala educación sexual, un aprendizaje poco adaptativo, ideas incorrectas acerca de la sexualidad, respuestas corporales condicionadas por situaciones pasadas, puede responder a problemas de pareja... esto explica que ciertos problemas sexuales se den solo de forma circunstancial, por

ejemplo hay personas que solo se excitan con determinados objetos pero no con otros. O varones que tienen problemas de erección solo con su pareja pero no con otras mujeres o cuando se masturban.

Una vez descartados estos problemas orgánicos durante la evaluación de los trastornos por problemas sexuales, continuamos analizando las variables implicadas en el origen (causas) y mantenimiento de este problema y la historia y evolución del mismo para diseñar un programa de tratamiento específico para cada paciente concreto.

Es importante diferenciar dos tipos o grupos de trastornos sexuales:

- A. **DISFUNCIONES SEXUALES:** Que se caracterizan por inhibiciones del deseo sexual o de los cambios psicofisiológicos que caracterizan al ciclo de la respuesta sexual.
- B. **PARAFILIAS:** Que se caracterizan por una activación sexual ante objetos o situaciones que no forman parte de las pautas habituales de los demás y que puede interferir con la capacidad para una actividad sexual recíproca y afectiva.

┆ b. DISFUNCIONES SEXUALES

Existen varios tipos de disfunciones sexuales que hemos clasificado de la siguiente forma:

1. TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL

- Deseo Sexual Hipoactivo
- Trastorno por Aversión al Sexo

2. TRASTORNOS EN LA FASE DE EXCITACIÓN SEXUAL

- Problemas de erección (Trastornos de la erección)

3. TRASTORNOS EN LA FASE DEL ORGASMO

- Eyaculación Precoz
- Trastorno Orgásmico

4. TRASTORNOS POR DOLOR

- Vaginismo
- Dispareunia

1. TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL

Deseo Sexual Hipoactivo

El Deseo Sexual Hipoactivo se define como la disminución o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente y además esto provoca malestar acusado en el sujeto que lo padece.

Dicho Deseo Sexual Hipoactivo puede ser primario, en el cual la persona nunca ha sentido mucho interés o deseo sexual, o secundario, en el cual la persona solía tener deseo sexual, pero ya no lo tiene.

Este trastorno puede ser ya sea situacional con relación a la pareja: él o ella tiene interés hacia otras personas pero no hacia la pareja, o puede ser general: él o ella carece de interés sexual hacia cualquier persona.

Algunas veces, más que presentarse un deseo sexual hipoactivo, puede existir simplemente una discrepancia en los niveles de deseo sexual entre los dos miembros de la pareja, quienes poseen niveles de interés dentro del límite normal.

A veces, alguien puede afirmar que su pareja presenta deseo sexual hipoactivo cuando, en realidad, la misma persona puede tener un deseo sexual hiperactivo y ser muy exigente sexualmente.

Siempre que nos encontramos ante un Deseo Sexual Hipoactivo es fundamental una buena evaluación. En la primera parte de la evaluación del Deseo Sexual Hipoactivo hemos de descartar el origen orgánico de estos problemas con el fin de poder acudir al profesional adecuado.

Al contrario de lo que piensan muchas personas, la mayoría de los problemas por Deseo Sexual Hipoactivo son de origen psicológico, esto es, sin causa orgánica que lo justifique.

Una vez descartados estos problemas orgánicos durante la evaluación del problema por Deseo Sexual Hipoactivo, continuamos analizando las variables implicadas en el origen (causas) y mantenimiento de este problema así como la historia y evolución del mismo para diseñar un programa de tratamiento específico para cada paciente.

Aversión al Sexo

En el caso de Aversión al Sexo, el sujeto manifiesta una elevada aversión hacia contactos sexuales genitales con otra persona. Evita cualquier situación de estas características. La ansiedad que supone el enfrentarse a un posible contacto sexual es el tema clave en este trastorno.

El trastorno de aversión al sexo se da ocasionalmente en hombres y con mucha más frecuencia en las mujeres. Los pacientes se quejan de ansiedad, miedo o disgusto en relación con las situaciones sexuales.

Puede ser un trastorno de toda la vida o adquirido, generalizado (con cualquier pareja) o situacional (con una pareja específica).

Si es de por vida, la aversión al sexo puede deberse a un trauma sexual, como incesto, abusos o violación; o bien ser consecuencia de un ambiente familiar muy represivo, a veces potenciado por una formación religiosa ortodoxa y rígida.

También, la aversión al sexo, puede haberse iniciado tras unos primeros intentos de coito que produjeron dispareunia. En este último caso, aun después de desaparecer la dispareunia, permanece el recuerdo del dolor.

Cuando se trata de un trastorno de tipo adquirido, con posterioridad a un período de funcionamiento normal, la causa puede tener que ver con la pareja (situacional o interpersonal) o deberse a un trauma o a dispareunia.

La aversión al sexo puede generar una respuesta en forma de fobia (incluso de angustia), en cuyo caso pueden estar presentes también temores irrales menos conscientes de dominación o de daño corporal.

La aversión al sexo situacional puede darse en personas que intentan o esperan tener relaciones incongruentes con su orientación sexual.

Siempre que nos encontramos ante un problema de Aversión al Sexo es fundamental la evaluación que llevamos a cabo. En la primera parte de la evaluación

de los problemas de Aversión al Sexo hemos de descartar el origen orgánico de estos problemas con el fin de poder acudir al profesional adecuado.

Al contrario de lo que piensan muchas personas, la mayoría de los problemas de Aversión al Sexo son de origen psicológico, esto es, sin causa orgánica que lo justifique.

Una vez descartados estos problemas orgánicos durante la evaluación del problema de Aversión al Sexo, continuamos analizando las variables implicadas en el origen (causas) y mantenimiento de este problema así como la historia y evolución del mismo para diseñar un programa de tratamiento específico para cada paciente.

2. TRASTORNOS EXCITACIÓN SEXUAL

Problemas de Erección

Los problemas de erección se definen como la incapacidad persistente o recurrente para lograr o mantener una erección. Esto ha de ser frecuente para poder considerarse un trastorno.

Casi todos los hombres han tenido o tendrán dificultades para lograr o mantener una erección en algún momento de su vida. Además existe mucha variabilidad en relación a la intensidad y duración de la erección en diferentes varones.

Por lo tanto para poder diagnosticar adecuadamente problemas de erección hemos de tener sumo cuidado en su evaluación. La edad es uno de los factores que más peso tiene en disfunciones de este tipo.

Casos de impotencia (problemas de erección) en hombres entre 20 y 50 años son muy poco frecuentes, y cuando existen, en su gran mayoría son problemas de origen psicológico.

Los problemas de erección se relacionan muy directamente o traen como consecuencia el incremento de la ansiedad ante la actividad sexual, posteriormente inseguridad y miedo al fracaso y finalmente aversión al sexo y evitación de los contactos sexuales.

Otras cuestiones que están mediando en el origen y mantenimiento de los problemas de erección son los factores cognitivos tales como ideas, creencias y pensamientos que la persona tiene respecto de la sexualidad así como sus experiencias o una inadecuada educación sexual.

En esta fase aparecen los cambios orgánicos tales como la lubricación vaginal, dilatación o engrosamiento de la vagina en mujeres. En varones observamos erección, engrosamiento y elevación del escroto, color púrpura de la corona del glande... son estos cambios los que definen los distintos trastornos de la excitación sexual:

Siempre que nos encontramos ante problemas de erección es fundamental la evaluación que llevamos a cabo. En la primera parte de la evaluación de los problemas de erección hemos de descartar el origen orgánico de estos problemas con el fin de poder acudir al profesional adecuado.

Al contrario de lo que piensan muchas personas, la mayoría de los problemas de erección son de origen psicológico, esto es, sin causa orgánica que lo justifique.

Una vez descartados estos problemas orgánicos durante la evaluación de los problemas de erección, continuamos analizando las variables implicadas en el origen (causas) y mantenimiento de este problema así como la historia y evolución del mismo para diseñar un programa de tratamiento específico para cada paciente.

3. TRASTORNOS DEL ORGASMO

Eyaculación Precoz

Existe una gran variedad de trastornos en esta fase de la actividad sexual o fase del orgasmo, aunque uno de los trastornos más frecuente en la fase del orgasmo es la Eyaculación Precoz.

La Eyaculación Precoz se presenta solo en varones. Se refiere a la gran facilidad para experimentar el orgasmo, con una mínima estimulación y en contra de la voluntad de la persona.

Es difícil establecer qué es pronto, parece que existe acuerdo en que se considera que existe eyaculación precoz en los casos en los que el tiempo que transcurre entre la penetración y el orgasmo, no supera los 30 segundos (y hasta 2 minutos). Aunque esta aclaración no está exenta de críticas.

En muchas ocasiones se ha de apelar a la experiencia y al juicio clínico para evaluar estos casos de eyaculación precoz. En cualquier caso, existe un problema para la persona que solicita ayuda y manifiesta un firme deseo de poder prorrogar sus relaciones sexuales. Este parece un factor esencial, el control que tiene el paciente sobre su reflejo eyaculatorio. Las terapias actuales, con un alto nivel de éxito, están centradas en capacitar al paciente para poder distinguir, discriminar las sensaciones que anteceden a la eyaculación para poder ejercer control sobre este acto.

Es importante destacar que el origen de la eyaculación precoz es casi exclusivamente psicológico. En general ocasionado por un déficit en el correcto aprendizaje del funcionamiento sexual, por lo que la terapia psicológica es el tratamiento indicado en estos casos.

Siempre que nos encontramos ante eyaculación precoz es fundamental la evaluación que llevamos a cabo. En la primera parte de la evaluación de la eyaculación precoz hemos de descartar el origen orgánico de este problema con el fin de poder acudir al profesional adecuado.

Al contrario de lo que piensan muchas personas, la mayoría de los trastornos por eyaculación precoz son de origen psicológico, esto es, sin causa orgánica que lo justifique.

Una vez descartados estos problemas orgánicos durante la evaluación de la eyaculación precoz, continuamos analizando las variables implicadas en el origen (causas) y mantenimiento de este problema así como la historia y evolución del mismo para diseñar un programa de tratamiento específico para cada paciente.

Trastorno Orgásmico

Existe una gran variedad de trastornos en esta fase de la actividad sexual o fase del orgasmo, aunque uno de los trastornos más frecuente en la fase del orgasmo es el Trastorno Orgásmico.

El Trastorno Orgásmico se da tanto en varones como en mujeres aunque en estas es mucho más frecuente. Este trastorno consiste en un retraso permanente

o recurrente del orgasmo o en la ausencia del mismo. Es posible que exista una predisposición biológica ya que si nos fijamos en otras especies es raro encontrar que las hembras obtengan placer de sus relaciones sexuales.

El componente cognitivo (ideas, creencias y pensamientos) no es nada desechable en el trastorno orgásmico junto con factores educacionales y de la historia de los pacientes.

Siempre que nos encontramos ante un Trastorno Orgásmico es fundamental la evaluación que llevamos a cabo. En la primera parte de la evaluación del Trastorno Orgásmico hemos de descartar el origen orgánico de este problema con el fin de poder acudir al profesional adecuado.

Al contrario de lo que piensan muchas personas, la mayoría de los Trastornos Orgásmicos son de origen psicológico, esto es, sin causa orgánica que lo justifique.

Una vez descartados estos problemas orgánicos durante la evaluación del Trastorno Orgásmico, continuamos analizando las variables implicadas en el origen (causas) y mantenimiento de este problema así como la historia y evolución del mismo para diseñar un programa de tratamiento específico para cada paciente.

El tratamiento tiene altos índices de éxito y suele consistir en un programa de focalización sensorial junto con unos sencillos ejercicios que nos ayudan a facilitar la respuesta orgásmica.

4. TRASTORNOS POR DOLOR

Vaginismo

El Vaginismo está relacionado con la Dispareunia y solo se manifiesta en mujeres. Cuando se dispone a realizar el coito aparece una contracción involuntaria de la vagina que impide la parcial o total introducción del pene. La vagina queda cerrada.

Tras varias experiencias de este tipo, es posible que la contracción de estos músculos aparezca simplemente con el recuerdo o la evocación del coito. En ocasiones la simple introducción de los dedos puede provocarlo.

El Vaginismo es un problema fundamentalmente psicológico, de carácter condicionado o aprendido tras experiencias sexuales traumáticas o dolorosas. También es importante la existencia de ideas culpabilizadoras sobre el sexo y una deficiente educación sexual.

El Vaginismo es un problema que persiste y se incrementa si no es abordado terapéuticamente.

Siempre que nos encontramos ante un Trastorno por Vaginismo es fundamental la evaluación que llevamos a cabo. En la primera parte de la evaluación del Trastorno por Vaginismo hemos de descartar el origen orgánico de este problema con el fin de poder acudir al profesional adecuado.

Al contrario de lo que piensan muchas personas, la mayoría de los Trastornos por Vaginismo son de origen psicológico, esto es, sin causa orgánica que lo justifique.

Una vez descartados estos problemas orgánicos durante la evaluación del Trastorno por Vaginismo, continuamos analizando las variables implicadas en el origen (causas) y mantenimiento de este problema así como la historia y evolución del mismo para diseñar un programa de tratamiento específico para cada paciente.

Dispareunia

La Dispareunia, también llamada relación sexual dolorosa, se define como la experiencia de dolor genital durante el coito, existen diferencias sobre la intensidad y el malestar que provoca.

Las mujeres son más susceptibles de experimentar un trastorno por dispareunia que los varones.

La dispareunia adquirida (es aquella que se produce después de un periodo de haber tenido relaciones sexuales sin dolor), esta no se relaciona con el primer coito y con frecuencia se desarrolla años después del mismo. Las causas de la dispareunia adquirida incluyen los efectos derivados de la menopausia, alteraciones físicas producto de cirugías, así como por alteraciones de tipo físico y producto de enfermedades o medicamentos inapropiados.

Los factores psicológicos y otros relacionados en un trastorno por dispareunia son similares a los implicados en el trastorno del orgasmo femenino. La estimu-

lación sexual inadecuada, la cual es muy común en nuestra sociedad, pasada la época de noviazgo, la mayoría de las mujeres se quejan de una falta de estimulación adecuada por parte de su pareja; o su inhibición psicológica pueden dar lugar a una lubricación vaginal inapropiada y por lo tanto produce dolor.

Siempre que nos encontramos ante un Trastorno por Dispareunia es fundamental la evaluación que llevamos a cabo. En la primera parte de la evaluación del Trastorno por Dispareunia hemos de descartar el origen orgánico de este problema con el fin de poder acudir al profesional adecuado.

Al contrario de lo que piensan muchas personas, la mayoría de los Trastornos por Dispareunia son de origen psicológico, esto es, sin causa orgánica que lo justifique.

Una vez descartados estos problemas orgánicos durante la evaluación del Trastorno por Dispareunia, continuamos analizando las variables implicadas en el origen (causas) y mantenimiento de este problema así como la historia y evolución del mismo para diseñar un programa de tratamiento específico para cada paciente.

┆ b. PARAFILIAS

Esencialmente consisten en que el individuo tiene unas necesidades y fantasías sexuales intensas y recurrentes que generalmente suponen:

- 1). Objetos no humanos
- 2). Sufrimiento o humillación propia o del compañero
- 3). Niños o personas que no consienten

Hay que tener muy en cuenta que las imágenes o fantasías parafilicas pueden ser estímulo de excitación sexual para una persona sin ello llegar a ser una parafilia. Por ejemplo, la ropa interior femenina suele ser excitante para muchos hombres. Será parafilia sólo cuando el individuo actúe sobre ellas o cuando le afecten en exceso.

1. EXHIBICIONISMO

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis

meses de duración, ligadas a la exposición de los propios genitales a una persona extraña. En ocasiones el individuo se masturba al exponerse o al tener estas fantasías.

2. FETICHISMO

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican el uso de objetos inanimados (fetiches). Ropa interior, zapatos, botas, son fetiches comunes. El individuo se masturba mientras sostiene, acaricia, etc., el fetiche o le pide al compañero que se lo ponga. El objeto ha de ser marcadamente preferido para lograr la excitación sexual. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada por ellas.

3. FROTTEURISMO

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican el contacto y el roce con una persona que no consiente. Teniendo presente que lo excitante es el contacto pero no necesariamente la naturaleza coercitiva del acto. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

4. PEDOFILIA

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican actividad sexual con niños prepúberes. Los niños suelen ser menores de 12-13 años y el individuo ha de tener por lo menos 5 años más que el niño para que sea considerado el trastorno. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada ellas.

5. MASOQUISMO SEXUAL

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implica el acto (real o simulado) de ser humillado, golpeado, atado o cualquier tipo de sufrimiento. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada por ellas.

6. SADISMO SEXUAL

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento físico o psicológico de la víctima es sexualmente excitante. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada por ellas.

7. FETICHISMO TRANSVESTISTA

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implican vestirse con ropas del sexo contrario. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada por ellas. Generalmente guarda una importante colección de ropa para transvestirse cuando está sólo, luego se masturba imaginando que otros hombres se sienten atraídos por él como si fuera una mujer.

8. VOYEURISMO

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en intensas necesidades sexuales recurrentes y en fantasías sexuales excitantes de por lo menos seis meses de duración, que implica el hecho de observar ocultamente a otras personas cuando están desnudas o en actividad sexual. La persona ha actuado de acuerdo con estas necesidades o se encuentra marcadamente perturbada por ellas.



┆ a. LA ANOREXIA NERVIOSA

Es un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso provocada por el propio enfermo que puede conducirle a un estado de inanición, es decir una situación de gran debilidad ocasionada por una ingesta insuficiente de nutrientes esenciales.

El término **anorexia** proviene del griego *a/an* (negación) + *órexis* (apetito, hambre; deseo) y se emplea, en general, para describir la inapetencia o falta de apetito; este síntoma puede ocurrir en circunstancias muy diversas, tales como estados febriles, enfermedades generales y digestivas o simplemente en situaciones transitorias de la vida cotidiana. La anorexia por lo tanto es un síntoma que puede aparecer en muchas enfermedades y no una enfermedad en sí misma.

La **anorexia nerviosa** por el contrario, no es un síntoma, sino una enfermedad específica caracterizada por una pérdida autoinducida de peso acompañada por una distorsión de la imagen corporal y puede tener consecuencias muy graves para la salud de quien la sufre.

Por lo tanto, la anorexia nerviosa es una enfermedad o trastorno de la conducta alimentaria que afecta al cuerpo (aparato digestivo, desarrolla alteraciones metabólicas y hormonales) y dificulta a la persona en su desarrollo.

Esta enfermedad afecta más a mujeres entre los 14 y 18 años.

EPIDEMIOLOGÍA

En los países desarrollados, el número de personas afectadas (prevalencia) oscila entre el 0.3% y el 1% de las mujeres, mientras que en los varones es solamente del 0.1%. El grupo más afectado es el de adolescentes del sexo femenino con edades comprendidas entre 15 y 19 años que representan el 40% del total de pacientes. Aproximadamente el 90% de las personas diagnosticadas son mujeres. La anorexia nerviosa es más frecuente en miembros de las clases sociales altas y es inusual en los países no desarrollados.

HISTORIA

La enfermedad existe desde la antigüedad, se conocen casos descritos desde la Edad Media. En la década de 1870, el médico inglés William Withey Gull utilizó por primera vez la expresión “Anorexia Nerviosa” en una conferencia en Oxford y la describió como una enfermedad de origen psicológico. Casi al mismo tiempo Charles Lasègue realizó estudios sobre el trastorno y lo llamó “Anorexia histérica” para resaltar el origen psíquico de la alteración alimentaria. A principios del siglo XX, comenzó a tratarse desde el punto de vista de la endocrinología y a partir de los años 30 del siglo XX se estudia dentro de la psicología y la psiquiatría.

Entonces, la historia de la anorexia se remonta a la Edad Media (siglo XIV) donde los primeros relatos hablan de una enfermedad misteriosa que transformaba a las personas que la padecían y se caracterizaba por la gran pérdida de peso por una dieta de hambre auto impuesta.

Debido a que se trata de un trastorno o una enfermedad mental, debe ser tratado como tal. Aunque muchos no lo toman en cuenta, la anorexia nerviosa es una enfermedad muy seria que tiene como consecuencia la muerte si no es intervenida, pero más que nada se necesita que la persona acepte que tiene el problema y que está dispuesta a salir de, el, porque de otra forma ya no tiene salvación.





CAUSAS

La causa real que origina este trastorno se desconoce. Existen multitud de teorías que intentan explicar su aparición, la mayor parte de las mismas inciden en los aspectos psicológicos como los principalmente implicados.

Sin embargo los desórdenes alimentarios también podrían tener causas físicas de origen bioquímico y la serotonina parece jugar algún papel. El hecho de que la anorexia nerviosa tienda a presentarse en determinadas familias sugiere que la susceptibilidad a este desorden podría ser heredada. Se ha sugerido que la causa de la anorexia nerviosa no debe buscarse en un único factor, sino en una combinación de ciertos rasgos de la personalidad, patrones emocionales y de pensamiento, factores biológicos, familiares y sociales.

Resumiendo, se puede afirmar que parece existir una predisposición genética y son más susceptibles las adolescentes del sexo femenino con ciertas características de la personalidad (personas perfeccionistas, estrictas, constantes). Desempeñan un papel no totalmente aclarado las circunstancias familiares y socioculturales. No puede descartarse la implicación de un factor endocrino-lógico o bioquímico no totalmente conocido.

Factores genéticos. La importancia de los factores genéticos viene dada por las aportaciones de diferentes estudios en los que se ha comprobado que existe una concordancia diagnóstica del 70% cuando se analizan los historiales médicos de gemelos idénticos. Estas cifras se reducen a únicamente al 20% cuando se trata de gemelos no idénticos. También se ha comprobado que las hermanas de las pacientes tienen mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad. La susceptibilidad genética podría deberse no a un único gen, sino a la interacción entre diferentes genes.

Factores bioquímicos. En varias publicaciones se ha puesto de manifiesto que pueden existir en la anorexia nerviosa niveles excesivamente altos de un neurotransmisor cerebral llamado serotonina. Se cree que la serotonina interviene en los mecanismos bioquímicos que controlan la saciedad. Además se ha comprobado que muchos de estos pacientes presentan una anomalía de origen genético en el receptor celular para la serotonina tipo 5HT_{2A}.

Factores psicológicos. Se ha afirmado que la mayoría los pacientes presentan una personalidad previa al inicio de la enfermedad, caracterizada por tendencia al perfeccionismo, baja autoestima y personalidad obsesiva. Por otra parte, la imagen que una persona tenga de sí misma puede ser factor de riesgo si ésta es negativa. Rosa M. Raich dice en uno de sus libros: “El sentirse gordo es una de las causas más frecuentes que inciden en la aparición de trastornos alimentarios, y en realidad no es necesario que la persona presente un sobrepeso real, tan sólo es necesario que piense que lo es y que esto le afecte”.

Interpretación psicoanalista. La interpretación psicoanalista pone especial énfasis en que se trata de jóvenes que no son capaces de separarse psicológicamente de la figura materna y que la inanición tendría el significado inconsciente de evitar el crecimiento. La maduración de los órganos genitales que tiene lugar durante la pubertad, puede considerarse por el paciente, según algunos psicoanalistas, como la pérdida del cuerpo idealizado de la infancia.

Problemática familiar. Los problemas dentro del seno familiar pueden ser factor causal de las desviaciones de la conducta alimentaria. La influencia de la autoridad o falta de la misma de padre, madre u otro miembro de la unidad familiar, podría ocasionar respuestas o conductas dañinas.

Factor social. Se ha postulado por parte de diferentes investigadores, la influencia que puede tener en la génesis de la anorexia nerviosa el modelo de cuerpo femenino, extremadamente delgado, que se toma como patrón de belleza en diferentes medios de comunicación audiovisuales.

La asociación de la intensa delgadez con la belleza y su utilización como prototipo de modelo ideal al que todas las mujeres se deben aproximar, puede ejercer un papel, cuya importancia exacta aún no se ha determinado, en el inicio de la enfermedad.

Ésta influencia es menos potente en el caso del varón, pues el modelo masculino suele ser representado con mayor masa muscular y por lo tanto menos delgado. En el clásico estudio llevado a cabo por Garner y Garfinkel, se pudo comprobar

que entre las personas relacionadas con profesiones en las que se daba gran importancia a la delgadez, como modelos y bailarinas, existía mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad.

La llamada anorexia atlética tiene lugar en deportistas que voluntariamente restringen la ingesta alimenticia a fin de intentar aumentar su rendimiento. Simultáneamente a la pérdida de peso, aparecen rasgos obsesivos y fóbicos. Esta conducta es parecida a la que tienen en ocasiones algunos profesionales del ballet, por ejemplo.

Adicionalmente, las personas con desórdenes alimenticios tienden a tener relaciones sociales problemáticas o presentar antecedentes de haber sufrido burlas respecto a su tamaño o peso.

SÍNTOMAS



- Pérdida excesiva de peso
- Mareos
- Dificultad de concentración
- Amenorrea

Síntomas físicos

La mayor parte de los síntomas físicos son consecuencia de la desnutrición y del consiguiente déficit de nutrientes esenciales, vitaminas y minerales. Se pueden afectar diferentes órganos, entre ellos el corazón y sistema cardiovascular, dando como resultado un ritmo cardíaco lento (bradicardia).

Son frecuentes las alteraciones de electrolitos, en particular niveles bajos de fosfato. También se puede presentar debilidad muscular, disfunción inmunológica y muerte. Aquellas personas que desarrollan anorexia nerviosa antes de

la edad adulta pueden sufrir un retraso del crecimiento. Con frecuencia existe disminución en los niveles de hormonas sexuales y elevación de cortisol en sangre.

Asimismo es usual la osteoporosis por disminución de los niveles de calcio y vitamina D.

Algunas de las alteraciones más frecuentes que se producen en el organismo son las siguientes:

- Pérdida excesiva de peso. El índice de **masa corporal** es menor a 17,5 en los adultos, o el 85% del peso esperado para los niños.
- Retraso del crecimiento.
- Alteraciones hormonales que provocan la interrupción del ciclo menstrual (amenorrea), reducción de la libido e impotencia en los hombres.
- Síntomas de inanición tales como alteraciones del metabolismo, ritmo cardíaco lento (bradicardia), hipotensión, hipotermia, anemia, disminución del número de plaquetas (plaquetopenia), pérdida de cabello (alopecia), aparición de lanugo y uñas frágiles.
- Anormalidad en los niveles corporales de minerales y electrolitos.
- Disminución en la función del sistema inmunitario.

Síntomas psíquicos

Los síntomas psíquicos pueden ser muy variados: Personalidad rígida, pensamiento obsesivo relacionado con el peso y los alimentos, obsesión por la imagen y la forma del cuerpo. Alteraciones en la percepción, de tal forma que se ven gordos aunque no le estén. En otras ocasiones se ponen de manifiesto cuadros de ansiedad, depresión, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y conductas agresivas.

TIPOS DE ANOREXIA NERVIOSA

Existen dos subtipos de anorexia nerviosa según el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales):

- **Restrictiva:** Se caracteriza porque el paciente intenta disminuir de peso realizando dieta y practicando ejercicio físico. No existen vómitos autoprovocados ni consumo de medicamentos para acelerar la acción de la dieta.
- **Purgativa:** Además de la dieta y el ejercicio, las personas afectadas por esta modalidad se autoprovocan el vómito, generalmente intentan ocultarlo para que nadie lo sepa. Es frecuente que esta práctica se difunda a amigas o se copie de series de televisión. Además consumen diversos medicamentos que supuestamente pueden ayudar en la disminución de peso.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La anorexia nerviosa debe diferenciarse de la pérdida de peso que se produce en otras enfermedades orgánicas, como en muchos tipos de cáncer, diabetes mellitus, hipertiroidismo, colitis ulcerosa o celiaquía. En cada una de ellas aparecen otras manifestaciones características, como la polidipsia (sed excesiva) en la diabetes mellitus o la elevación de hormonas tiroideas en el hipertiroidismo. Además en estas enfermedades no existe distorsión de la imagen corporal ni obsesión por adelgazar.

Por otra parte diferentes trastornos psiquiátricos pueden cursar con pérdida de peso y falta de apetito, a veces ocurre en la depresión, pero en esta enfermedad no existe el miedo a engordar típico de la anorexia nerviosa. Pueden aparecer conductas alimentarias inusuales en la esquizofrenia o conductas de evitación de comer en público en la fobia social.

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, con frecuencia, no es fácil diferenciar los diagnósticos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros desórdenes alimenticios no especificados (EDNOS), pues existen síntomas comunes a los tres trastornos. No es inusual que una persona con un trastorno de la conducta alimentaria reciba diferentes diagnósticos a medida que cambian sus comportamientos con el paso del tiempo. Un número significativo de pacientes diagnosticados con EDNOS cumplen la mayor parte de los criterios de la anorexia nerviosa, excepto la amenorrea (falta de hemorragia menstrual) de tres meses de duración.

EVOLUCIÓN

La evolución de la enfermedad es muy variable, suele cursar con periodos de recaídas que alternan con fases de recuperación durante años. No debe hablarse de curación hasta que no exista un periodo continuado de cuatro años sin síntomas. Se calcula que alrededor del 50% de los pacientes acaban por recuperarse totalmente, en el 20% persiste alguna secuela tras la curación y en el 30% la enfermedad sigue un curso crónico. La mortalidad del proceso oscila según diferentes estimaciones entre el 4% y el 18%.

Entre los factores que influyen en un buen pronóstico se encuentran el diagnóstico temprano, el apoyo de la familia, la ganancia de peso tras el tratamiento inicial y el reconocimiento por parte del paciente de la existencia de la enfermedad.

TRATAMIENTO

- Psicoterapia
- Administración Farmacológica
- Terapia Nutricionista
- Terapia Espiritual

Es importante conseguir que la persona afectada reconozca que presenta anorexia nerviosa. La mayor parte de los pacientes que sufren la enfermedad, niegan que lo suyo sea un trastorno de la alimentación y por esta causa acuden a recibir tratamiento cuando el problema ha avanzado mucho.

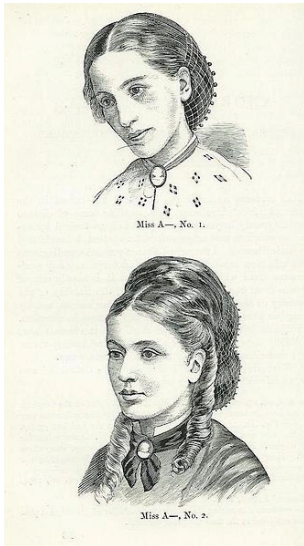
Dada la naturaleza de este padecimiento, el tratamiento busca restaurar el peso corporal ideal, estabilizar al organismo, mejorar su estado nutricional y restablecer hábitos alimenticios saludables. Conforme se avance en este proceso, deben abordarse los aspectos psicológicos y emocionales mediante psicoterapia, en ocasiones se utilizan medicamentos para mejorar la ansiedad, depresión u otros problemas psíquicos acompañantes.

Es posible que sea necesaria la hospitalización cuando la persona ha perdido mucho peso (por debajo del 30% de su peso corporal ideal, respecto a su edad, complexión y talla), continúa perdiendo peso a pesar del tratamiento o se presentan complicaciones médicas (problemas de frecuencia cardíaca, desorden de minerales y problemas mentales, como depresión o intento de suicidio).

Los programas de tratamiento tienen una buena tasa de éxito en la recuperación del peso normal, pero es común que haya recaídas. Las mujeres que

desarrollan este trastorno alimentario a temprana edad tienen una mayor posibilidad de recuperación completa; pero, la mayoría de las personas con esta afección seguirá prefiriendo estar en un peso corporal bajo y estar preocupados hasta cierto punto por los alimentos y las calorías. El manejo del peso puede ser difícil y es posible que se requiera un tratamiento a largo plazo para ayudar a mantener un peso corporal saludable.

RECOMENDACIONES



- Dejar de considerar como verdaderas las opiniones negativas.
- Cuando la persona se mire al espejo no se quede contemplando sus defectos.
- Evitar convivir con personas superficiales si no tienes una personalidad bien formada.
- Ingerir tres alimentos con dietas balanceadas y dos refrigerios al día.

Retrato de una paciente en 1866 y 1870, antes y después del tratamiento. Se trata de uno de los primeros casos publicados de anorexia nerviosa. Tomado de un artículo médico de Sir William Gull.

† b. BULIMIA NERVIOSA

Forma parte de un trastorno psicológico y alimentario. Es un comportamiento en el cual el individuo se aleja de las pautas de alimentación saludable consumiendo comida en exceso en periodos de tiempo muy cortos (lo que le genera una sensación temporal de bienestar), para después buscar o eliminar el exceso de alimento a través de ayunos, vómitos, purgas o laxantes.

Proviene del latín *būlimia*, que a su vez proviene del griego *βουλίμια* (*boulīmīa*), que se compone de *βούς* (*bous*), buey y *λίμος* (*līmos*), hambre. Significa *hambre en exceso o hambre de buey*.

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES

Una de sus características esenciales consiste en que la persona sufre episodios de atracones compulsivos, seguidos de un gran sentimiento de culpabilidad y sensación de angustia y pérdida de control mental por haber comido en “exceso”. Suele alternarse con episodios de ayuno o de muy poca ingesta de alimentos, pero al poco tiempo vuelven a surgir episodios de ingestas compulsivas.

Un atracón consiste en ingerir en un tiempo inferior a dos horas una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de individuos comerían.

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso.

Muchos individuos usan diferentes medios para intentar compensar los atracones: el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga (patrones cíclicos de ingestión excesiva de alimentos y purgas) lo emplean el 80-90 por ciento de los sujetos que acuden a centros clínicos para recibir tratamiento.

Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición inmediata del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. Otras conductas de purga son: el uso excesivo de laxantes y de diuréticos, enemas, realización de ejercicio físico muy intenso y ayuno.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SOBRE LA BULIMIA

Tanto el DSM-IV como el CIE-10 coinciden en que, para poder diagnosticar la bulimia nerviosa, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas han de tener lugar al menos 2 veces por semana durante tres meses.

EFFECTOS DIRECTOS Y SECUNDARIOS

- Aspiración (paso del contenido gástrico al árbol bronquial).
- Rotura esofágica o gástrica.
- Neumomediastino o neumotórax (entrada de aire al interior de la cavidad torácica).
- Hipopotasemia (niveles bajos de potasio en la sangre).

- Arritmia cardíaca.
- Ansiedad o compulsión por comer.
- Obsesión por mantener un peso corporal debajo del normal.
- Abuso en el consumo de medicamentos laxantes y diuréticos.
- Seguimiento de regímenes dietéticos diversos.
- Deshidratación.
- Alteraciones menstruales y amenorrea; esterilidad.
- Incremento y reducción bruscos de peso, desestabilidad en el peso.
- Aumento en la frecuencia de caries dentales.
- Aumento del tamaño de las glándulas salivales e infección de estas.
- Pérdida de cabello.
- Desmayos muy frecuentes, mareos.
- Heridas de la mucosa bucal.
- Alteración o pérdida esmalte dental.
- Dolores de cabeza y migraña.
- Dolores en la garganta (después de vomitar).
- Piel seca.
- Debilidad en las piernas.
- Disfonía.

La tasa de mortalidad se sitúa en un 5%. Un estudio indica que el 20% de las mujeres con bulimia siguen luchando contra el trastorno después de diez años.

TIPOS DE BULIMIA

En función del tipo de purga que utilizan para compensar el atracón, tenemos:

- **Tipo purgativo:** Cuando se utiliza como conducta compensatoria el vómito (emesis), los laxantes, los diuréticos, enemas, jarabe de ipecacuana o incluso la teniasis, (infestación por solium), para eliminar lo más pronto posible el alimento del organismo.¹¹
- **Tipo no purgativo:** Entre el 6% y el 8% de los casos de bulimia se llevan a cabo otras conductas compensatorias, como el ejercicio físico intenso, no hacer nada o hacer mucho ayuno; es un método menos efectivo para contrarrestar y deshacerse de las calorías. El tipo no purgativo se da solo en, aproximadamente, el 6%-8% de los casos de bulimia, ya que es un método menos efectivo de eliminar del organismo un número tan elevado de calorías. Este tipo de bulimia suele presentarse también en quienes presentan el tipo purgativo, pero es una forma secundaria de control del peso.

PRONÓSTICO

Los trastornos en la alimentación presentan una de las tasas de mortalidad más altas dentro del grupo de los trastornos mentales.

Se sabe relativamente poco acerca de los efectos o consecuencias a largo plazo de la bulimia. Las investigaciones más recientes sugieren que el pronóstico es diverso.

La bulimia puede presentarse como un padecimiento a largo plazo, fluctuante durante muchos años, o bien como un problema de salud episódico, precipitándose en función de los eventos y crisis de la vida de quien la padece.

A corto plazo, algunos informes médicos sugieren que hay una mejoría del 50% en el comportamiento (en los atracones y en las purgas) en aquellos pacientes que pueden comprometerse con un tratamiento.

Aún no han podido identificarse factores consistentes que permitan predecir el resultado del tratamiento. Sin embargo, la gravedad de las secuelas de las purgas puede ser un indicador importante del pronóstico; los desequilibrios electrolíticos, la esofagitis y la hiperamilasemia reflejan el hecho de que las purgas fueron más severas, y quizá generarán un pronóstico más desalentador.

En casos graves, la persona puede fallecer como consecuencia de un atracón muy severo, o incluso puede suicidarse. En muchas ocasiones el enfermo presenta síntomas como ansiedad y suele ingerir ansiolíticos excesivamente para revertir el síntoma.

TRATAMIENTO

El tratamiento resulta más eficaz en las primeras fases del desarrollo de este trastorno pero, dado que la bulimia suele esconderse fácilmente, el diagnóstico y el tratamiento no suelen presentarse sólo hasta que este problema ya se ha convertido en un ingrediente permanente en la vida del paciente.

En el pasado, las personas con bulimia eran hospitalizadas con objeto de poner fin al patrón de atracones y purgas, y se le daba de alta en cuanto los síntomas habían desaparecido.

Pero este procedimiento ya no es frecuente hoy en día, dado que de esa manera sólo se ponía atención a lo más superficial del problema y, poco después, cuando los síntomas volvían, lo hacían con una intensidad mucho mayor.

Varios centros de tratamiento en instituciones (internamiento) ofrecen apoyo a largo plazo, consejería e interrupción de los síntomas. La forma más común de tratamiento actualmente incluye terapia, que suele ser terapia de grupo psicoterapia o terapia cognitivo-conductual.

Las personas con anorexia nerviosa o con bulimia nerviosa suelen recibir el mismo tipo de tratamiento y formar parte de los mismos grupos de tratamiento. Esto se debe a que en muchos casos los pacientes padecen de ambos padecimientos, de manera simultánea. Algunos denominan a este fenómeno “intercambio de síntomas”.

Estas formas de terapia se centran tanto en los síntomas que llevan al individuo a presentar estos comportamientos como en los síntomas relacionados con la alimentación. Junto con la terapia, muchos psiquiatras recetan antidepresivos o antipsicóticos. Los antidepresivos se presentan en diferentes formas, y el que ha mostrado resultados más prometedores es la fluoxetina o Prozac.

La prontitud del tratamiento es uno de los factores más importantes para dar un pronóstico. Aquellas personas que lo reciban en las primeras fases del trastorno tendrán una recuperación más alta y más permanente.

La doctora Sabine Naessén, del Instituto Karolinska, descubrió que algunas mujeres con este padecimiento tienen también un desequilibrio hormonal que consiste en la sobreproducción de testosterona (la hormona que, aunque también está presente en el cuerpo femenino, predomina en el organismo de todo varón), y que, para tratarlas, el uso de una píldora anticonceptiva que contiene estrógenos da como resultado la reducción de los síntomas de la bulimia. Por supuesto, hacen falta más estudios para determinar la eficacia de este tipo de tratamiento. Solo es posible recuperarse de esta enfermedad si la persona en cuestión toma la decisión de luchar y cambiar (se trata de una enfermedad mental).

TEMA 12

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS INFANTILES



HISTORIA

Wilhem Thierry Preyer fue, en 1882, uno de los pioneros de la psicología infantil con la publicación de su libro “Die Seele des Kindes” (El alma del niño). Su obra trataba del desarrollo de los sentidos, de la voluntad y del intelecto del niño en base a observaciones realizadas directamente a su propio hijo de 4 años.

Junto al alemán Preyer, James Sully, catedrático de la Universidad de Cambridge, es también considerado pionero en el estudio científico de la psicología infantil con sus “Studies of Childhood”. Una de sus principales tesis era que el niño trae una rebeldía innata que le hace resistirse a la represión de su libertad: la libertad en él es un impulso natural.

Gilles de la Tourette (1857-1904), un francés discípulo de Charcot, describió en 1884 lo que calificó como “una enfermedad nerviosa caracterizada por incoordinación motora, acompañada por ecolalia y coprolalia”. En 1885 registró nueve casos de pacientes juveniles afectados por esta patología. El primero de ellos fue el del Marqués de Dampierre quien había empezado a sufrirla desde los 7 años,

El primer manual sobre psiquiatría de niños se debe a Herman Emminghaus en 1887: “Die Psychischen Störung des Kindesalters” (Trastornos psíquicos de la niñez). Se publicó como tomo aparte del “Manual de las Enfermedades Infantiles”

de Gebhard. En esta obra el autor distinguía las enfermedades mentales de los niños de las de los adultos y dividía las psicosis según fuera su causa física o social. Este libro es citado como el primer intento sistemático y serio en este campo.

En 1888, Paul Moreau de Tours publicó “La Folie chez les Enfants” (La locura en los niños). Afirmaba que los niños pueden ser afectados por la locura.

En 1904 el Ministerio de Instrucción Pública de Francia creó una comisión para estudiar los problemas de los niños llamados anormales. El objetivo era identificar a esos niños para destinarlos a secciones educativas especiales. De esa comisión era parte Alfred Binet quien con Theodore Simón, médico y psicólogo también francés, desarrollaron una batería de pruebas para medir la inteligencia de los niños en forma objetiva.

Emil Kraepelin (1856-1926), otro alemán oriundo de Neustrelitz, una aldea cercana al mar Báltico, y quien escribió uno de los textos de psiquiatría más importante de las primeras décadas del siglo XX, describió lo que llamó la “dementia praecox” (demencia precoz), refiriéndose con este término a ciertas psicosis de la adolescencia. Para él se trataba de un tipo de psicosis endógena con causa hereditaria, la cual a su vez, causa trastornos orgánicos que llevan a ese tipo alteraciones mentales.

En enero de 1907, la psiquiatra italiana María Montessori, que además había estudiado filosofía y psicología, organizaba en Roma una escuela para niños pequeños, “La Casa dei Bambini”. Este fue el inicio de una revolución educativa que luego se extendería a niños subnormales. Montessori sostenía la tesis de que el niño tiene derecho a desarrollarse con sus propios recursos y a través de la exploración activa del medio. Así surgió el método activo de educación.

Según ella al niño hay que guiarlo en esa exploración y no reprimirlo como es costumbre en la educación tradicional. Creía en la existencia de períodos sensitivos en el desarrollo infantil fundamentales para el proceso educativo, siendo una de las labores importantes del educador el saber reconocer esos períodos en cada niño y disponer el ambiente de modo que pueda aprovecharse para el aprendizaje.

Ovide Decroly, médico neurólogo y psiquiatra fundó en 1901 el Instituto de Enseñanza Especial para niños irregulares en Bruselas, Bélgica.

Sigmund Freud (1856-1938), adoptó como fundamento la existencia de una energía libidinal, por la que el instinto sexual es representado en la mente. Esta

energía debe atravesar un proceso de desarrollo para lograr su forma acabada en el adulto, proceso que se inicia en la infancia y pasa por cinco etapas: oral, anal, fálica, de latencia y genital.

- En la *fase oral* la boca es el centro de la actividad erógena y la madre quien proporciona los alimentos y la fuente de placer por medio de la succión del seno, se convierte en el primer objeto de amor.
- En la *fase anal* la excreción es la fuente de placer y las heces en el objeto de amor ambivalente, pues son amadas y retenidas, o son odiadas y expulsadas.
- La *fase fálica* que va desde los tres hasta los seis o siete años, es el período en el que el niño siente un interés erótico por su madre y el deseo de poseerla (Complejo de Edipo), lo que a su vez le genera temor al padre ya que éste puede tomar represalias cortando su pene (Complejo de castración). En el caso de las niñas el objeto amoroso es el padre (Complejo de Electra). Este es el momento en el que la niña descubre la ausencia de pene en ella, siendo el apego al padre el deseo de tenerlo, o de tener un niño que compense esa pérdida del órgano sexual masculino: es la envidia del pene en la niña.
- En la *fase de latencia* los niños experimentan una relativa calma en sus impulsos sexuales y se identifican con el padre del propio sexo. Esta fase dura hasta entrada la pubertad (11 a 13 años).
- La última etapa, la *genital*, reaviva los conflictos de las primeras (los deseos incestuosos) y el joven debe acabar de resolverlos pasando a una madurez definitiva, estableciendo relaciones afectivas y sexuales con personas de sexo opuesto.

Uno de los discípulos de Freud fue Alfred Adler (1870-1937) quien poco tiempo después se separó de su maestro por discrepancias teóricas. En 1919 expuso su incipiente teoría del complejo de inferioridad, manifestando que el niño se siente débil e inferior en relación al adulto siendo esto fundamental en su desarrollo psicológico. Adler afirmaba que los niños deberían ser guiados por los adultos para desarrollar su propia creatividad. Otro discípulo de Freud que luego tomó su propio rumbo fue Carl G. Jung.

En la tercera década del siglo la atención se centró según Kanner en la familia y la escuela. “La práctica fue enseñando que guiar a los niños no es tratar

de comprobar defectos alarmistas, que las perturbaciones infantiles debían ser atendidas porque perturban ahora a los niños y que se podían lograr grandes beneficios atendiéndolos eficazmente en sus problemas diarios. Ampliado de ese modo el horizonte, la higiene mental estuvo, a partir de 1920, en condiciones de ofrecer sus servicios al público”.

En otro ámbito, un discípulo de Iván Pavlov, N.I. Krasnogorski escribió sobre la aplicación de los descubrimientos sobre la actividad nerviosa superior en relación a los niños. En 1907 publicó un trabajo llamado “Sobre la formación de los reflejos condicionados artificiales en los niños de edad temprana”.

John Watson (1878-1958), iniciador del “behaviorismo” (conductismo), trabajaba en la Clínica Phipps de Baltimore por aquellos años y hacia 1915 dirigió su interés hacia las respuestas emocionales de los lactantes.

Arnold Gesell (1880-1961) publicó su “Escala de Desarrollo Infantil” que ha sido uno de los instrumentos más útiles y conocidos para la evaluación del niño en cuatro áreas importantes: motricidad, lenguaje, hábitos personales y funciones adaptativas.

La hija de Sigmund Freud, Anna (1895-1982), trabajó originalmente como pedagoga en Viena.

Melanie Klein (1882-1960) desarrolló la técnica del “análisis precoz del niño”.

En 1926 Florence Goodenough del Instituto de Bienestar Infantil de la Universidad de Minnesota, creó, ayudada por Terman, un test de inteligencia por medio del dibujo de la figura humana, que además permite obtener una impresión sobre los aspectos emocionales del niño.

Vigotski propuso aplicar el método histórico genético argumentando que los distintos aspectos de la actividad psíquica no pueden ser entendidos como hechos dados de una vez y para siempre, sino como producto de una evolución filo y ontogénica, con la cual se entrelaza -determinándola- el desarrollo histórico cultural del hombre.

El suizo Jean Piaget (1896-1980) cuya aportación principal es el conocimiento del desarrollo cognitivo o epistemología genética. Dividió este desarrollo en varias etapas:

- La *sensorio motora* (del nacimiento hasta aproximadamente los dos años).

- La *pre operacional* (desde los dos a los siete años).
- La de *operaciones concretas* (desde los siete a los once años).
- La de las *operaciones formales* (después de los 12 años).

En las primeras décadas del siglo XX, la Psiquiatría Infantil encuentra sus propios métodos y se separa como especialidad propiamente dicha, tanto de la psiquiatría de adultos como de la pediatría. En 1973 se celebró en París el primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil.

- En el ámbito Médico, la Psiquiatría Infantil ha sido considerada durante mucho tiempo como una especialidad menor, totalmente dependiente de la Psiquiatría, y con frecuencia ignorada por otras especialidades.
- En la mayoría de los casos han sido los psiquiatras de adultos con sensibilidad hacia los temas de la infancia, o profesionales de formación pediátrica, los que han ejercido el trabajo clínico.
- Desde luego, la Psiquiatría Infantil debe mucho a su hermana mayor, la Psiquiatría General, de la que ha recibido una base importante de conocimientos y métodos.
- Con su generosa ayuda, la benjamina ha crecido y se ha desarrollado, y necesita de un espacio propio en el mundo asistencial y académico.

LAS RELACIONES DE LA PSIQUIATRÍA INFANTIL CON OTRAS DISCIPLINAS

Con la **Pediatría**, no siempre ha formado una pareja bien avenida, si bien es cierto que muchos de los profesionales de la Psiquiatría infantil, se formaron inicialmente en ese campo.

Es indiscutible que lo somático y lo psíquico se interrelacionan de una manera permanente en el desarrollo evolutivo. Por eso, por encima de discrepancias, a veces ajenas al buen hacer profesional, consideramos que ambas disciplinas están destinadas a entenderse, en esa cruzada común de promover el desarrollo integral de los niños, que serán los adultos del futuro.

La Psiquiatría Infantil, también mantiene estrechos puntos de contacto con la disciplina neurológica, y en particular con la **Neurología Pediátrica**, en la me-

didia en que ambas comparten su interés por las vicisitudes y repercusiones de un sistema nervioso “que se está haciendo”. El cerebro es el órgano de autorregulación por excelencia, y junto con la experiencia, interviene en la adaptación del niño a su ambiente.

A través de sus relaciones con la **Psicología Clínica y la Psicología Evolutiva**, la Psiquiatría Infantil recibe enriquecedoras aportaciones para el psicodiagnóstico desde una perspectiva evolutiva.

La preocupación de la Psiquiatría Infantil por los contextos del desarrollo y por los procesos psicopatológicos que dificultan el aprendizaje, delimitan la colaboración imprescindible con el **Ámbito Escolar y con la Pedagogía Especializada**.

† a. RETRASO MENTAL



INTELIGENCIA

Es el conjunto de habilidades desarrolladas por el hombre para recibir información, analizarla y comprenderla, almacenarla y saberla aplicar en el futuro para la resolución de problemas.

“Las personas intelectualmente más brillantes no necesariamente suelen ser las que más éxito tienen, en su vida personal o en los negocios”.

El coeficiente intelectual (CI) ha fracasado como predictor del desempeño.

COCIENTE INTELECTUAL

El Cociente Intelectual, abreviado CI es un número que resulta de la realización de un test estandarizado para medir las habilidades cognitivas de una persona (“inteligencia”) en relación con su grupo de edad.

TIPOS DE INTELIGENCIA

- 1. Inteligencia Lingüística:** Que tiene que ver con la habilidad para expresar ideas con claridad, perspectiva, pensamientos, sentimientos, agudeza. Aquí están los grandes oradores, los escritores, poetas, etc.
- 2. Inteligencia espacial:** La habilidad de formar modelos mentales del mundo espacial y poder maniobrar u operar con esos modelos. Navegantes, arquitectos, escultores, etc.
- 3. Inteligencia musical:** Sensibilidad ante la melodía, el ritmo y el tono.
- 4. Inteligencia lógico-matemática:** razonamiento matemático, habilidad con los números y las cadenas de razonamiento.
- 5. Inteligencia kinésico-corporal:** Habilidad con el cuerpo o las manos. Atletas, bailarines, cirujanos, etc.
- 6. Inteligencia interpersonal:** Entender, motivar y ayudar a otros: sensibilidad humana, capacidad de darse cuenta y poder diferenciar entre los individuos y sus estados de ánimo, intenciones, motivaciones y temperamento.
- 7. Inteligencia intrapersonal:** Dirigida completamente al mismo individuo. Habilidad para formar una visión verídica de uno mismo y ser capaz de utilizarla para enfrentar la vida.

Son estos dos últimos tipos de inteligencias, los que comprenden la llamada: “inteligencia emocional”.

INTELIGENCIA EMOCIONAL

“Capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos, los sentimientos de los demás, motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones que sostenemos con los demás y con nosotros mismos”.

SINONIMIA

- Retardo mental.
- Retraso mental.
- Deficiencia mental.
- Incapacidad mental.
- Oligofrenia.

DEFINICIÓN DE RETRASO MENTAL

- El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, en las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización.
- Significa “un funcionamiento intelectual por debajo del promedio”.
- Detención o insuficiencia del desarrollo de las facultades, que deja al sujeto en condiciones de inferioridad en lo que concierne a la posibilidad de instrucción y de integración social.

ETIOLOGÍA

Se considera mayoritariamente multifactorial, y la combinación de los diversos factores etiológicos condiciona la gran variedad de manifestaciones clínicas.

Factores Prenatales

1. **Trastornos hereditarios del metabolismo** (de los aminoácidos, grasas, hidratos de carbono, etc.)
2. **Aberraciones cromosómicas:** Las más frecuentes:
 - Trastornos autosómicos (síndrome de Down, trisomía 18, trisomía 22)
 - Anomalías de los cromosomas sexuales (síndrome de Klinefelter, Turner, etc.)
 - Trastornos autosómicos dominantes (neurofibromatosis, craneosinostosis)
 - Anomalías del desarrollo (anencefalia, microcefalia, macrocefalia, hidrocefalia).
3. **Infecciones maternas durante el embarazo:** Rubéola, sífilis, toxoplasmosis, etc.

4. **Medicamentos teratogénos** tomados por la madre.
5. **Síndrome de alcoholismo fetal** (niño nacido de madre alcohólica)

Factores Perinatales

1. Prematuridad
2. Anoxia
3. Hemorragia cerebromeningea
4. Lesiones durante el nacimiento

Factores Postnatales

1. Meningitis
2. Encefalitis
3. Intoxicaciones por plomo o mercurio
4. Traumas
5. Síndromes convulsivos
6. Parálisis cerebral
7. Malnutrición

Factores Socioculturales

1. Problemas médicos
2. Problemas sociales
3. Problemas emocionales
4. Deprivación ambiental

GRADOS DE RETRASO MENTAL

El déficit en la función intelectual es considerado como su principal característica.

Se toma en cuenta el coeficiente intelectual (CI) para clasificar los grados de retraso. Este debe determinarse mediante la aplicación individual de pruebas de inteligencia estandarizadas y adaptadas a la cultura de la población de la cual es miembro el sujeto

Las escalas de madurez social y de adaptación aportan una información complementaria, siempre y cuando estén adaptadas al medio cultural del paciente. Debiendo complementarse con entrevistas a los padres o a las personas que cuidan al enfermo y que conocen su discapacidad para la actividad cotidiana.

DIAGNÓSTICO

Sin la aplicación de métodos estandarizados, el diagnóstico del retraso mental, debe ser considerado como provisional. Numerosas pruebas de inteligencia hacen posible valorar el coeficiente intelectual.

Los grados o niveles de retraso son clasificados por el CIE- 10 de la forma siguiente.

- F70 Retraso Mental Leve (50 a 69 de CI)
- F71 Retraso Mental Moderado (35 a 49 de CI)
- F72 Retraso Mental Grave (20 a 34 de CI)
- F73 Retraso Mental Profundo (menos de 20 CI)
- F78 Otro retraso mental
- F79 Retraso Mental sin especificación

CI NORMAL: 70-110

Retraso Mental Leve

- Llamado también: Debilidad mental, subnormalidad mental leve, oligofrenia leve.
- Son pacientes que adquieren tarde el lenguaje, aunque son capaces de expresarse en la vida cotidiana.
- Una gran parte llega a alcanzar una independencia para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse y controlar los esfínteres).
- Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares, sobre todo en la lectura y la escritura.
- Pueden desempeñarse en labores prácticas, más frecuentemente en trabajos manuales semicualificados.
- Cuando el Retraso va acompañado de una falta de madurez emocional o social destacadas, pueden presentarse dificultades para hacer frente a las demandas del matrimonio o la educación de los hijos, así como en la adaptación a la cultura.

Retraso Mental Moderado

- Llamado también imbecilidad, subnormalidad mental moderada.
- Los pacientes muestran una lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje, teniendo en esta área un dominio limitado.
- Los avances escolares son limitados, y aprenden solo lo elemental para la

- lectura, escritura y cálculo.
- Tienen dificultad para su cuidado personal.
 - Sus funciones motrices son pobres, y necesitan de una supervisión permanente.
 - En el trabajo desarrollan labores prácticas y sencillas, siempre y cuando estén detalladamente estructuradas y se les supervise de modo adecuado.
 - De adultos es difícil que desarrollen una vida social completamente independiente; sin embargo muchos de ellos son físicamente activos, con total capacidad de movimientos.
 - El nivel de desarrollo del lenguaje varía, desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla, hasta la adquisición de un lenguaje sólo para lo cotidiano.
 - Existen pacientes que nunca aprenden a hacer uso del lenguaje y utilizan la gesticulación manual para compensar la carencia verbal.
 - En la mayoría se detecta una etiología orgánica.

Retraso Mental Grave

- Llamado también subnormalidad mental grave u oligofrenia grave.
- El paciente presenta un cuadro clínico mucho más severo que el anterior.
- Básicamente su etiología es orgánica asociada a otros trastornos con escaso o nulo nivel de desarrollo del lenguaje
- La mayoría de los pacientes presentan marcado déficit motor, o la presencia de otras carencias que dan evidencia clínica de un daño o anomalía del desarrollo del Sistema Nervioso Central.

Retraso Mental Profundo

- Llamado también idiotez, subnormalidad profunda u oligofrenia profunda.
- Los pacientes de este grupo poseen muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión permanente.
- No muestran capacidad para comprender instrucciones o reconocerlas y actuar de acuerdo a ellas.
- Su comunicación no verbal es muy rudimentaria.
- Muestran una movilidad muy restringida o totalmente inexistente.
- No controlan esfínteres.
- La etiología es generalmente orgánica.
- Suelen estar acompañados de trastornos somáticos y neurológicos graves que afectan la motricidad, así como la epilepsia o de alteraciones visuales y auditivas.
- Es frecuente el autismo atípico.

HISTORIA CLÍNICA

1. Anamnesis individual y familiar

- La historia del embarazo y del parto.
- La consanguinidad de los padres.
- Presencia de trastornos hereditarios en la familia.

2. Examen físico

- Debe incluir una minuciosa observación del nivel de actividad del niño y de la cantidad de interacción con los padres, con otras personas y con objetos inanimados.
- El examen físico debe ser prolijo y objetivo.

3. Examen neurológico

- En el examen deben explorarse áreas motoras, sensoriales y síndromes neurológicos.

4. Pruebas de laboratorio

- Exámenes bioquímicos, serológicos, citogenéticos, radiografías de cráneo, tomografías, resonancias, etc.

5. Examen Psiquiátrico

- Abarca la entrevista, la historia psiquiátrica y el examen del estado mental, pruebas de inteligencia y personalidad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diversas condiciones médicas pueden simular el retraso mental, sobre todo la sordera y la ceguera (así por ejemplo Hellen Keller, la ciega y sordomuda famosa por su inteligencia y voluntad), pueden simular un retraso mental.

Sin embargo, es necesario establecer el diagnóstico diferencial con:

1. Los trastornos específicos del desarrollo.
2. Los trastornos generalizados del desarrollo.
3. Capacidad intelectual límite.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO

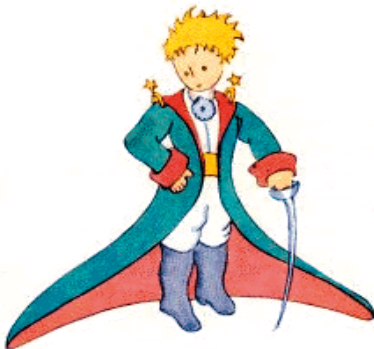
La medicina no posee los medios para curar a un retardado, una vez que el cuadro se ha instalado. El éxito terapéutico reside, en realidad, en el diagnóstico precoz. Se debe prevenir y diseñar un programa terapéutico integral que trate de frenar los diversos factores que en cada caso estén en juego. Sin embargo, se puede programar:

1. **Tratamiento biológico:** Psicofarmacología.
2. **Terapia Psicológica:** Técnicas conductuales: individual y grupal.
3. **Terapéutica recreativa:** Ludoterapia, deporte, actividades artísticas.
4. **Pedagogía terapéutica:** Durante el periodo escolar.
5. **Formación técnica:** Talleres protegidos.
6. **Programas educativos a la familia y la sociedad.**
7. **Organización de servicios especializados.**

PREVENCIÓN

En general, la profilaxis del retraso mental debe tener en cuenta:

1. Información.
2. Prevención de infecciones e intoxicaciones en la gestación.
3. Reducción de contaminación ambiental.
4. Dieta adecuada.
5. Investigaciones de las incompatibilidades sanguíneas.
6. Examen cariotipo.
7. Prevención de los traumatismos obstétricos: anoxia neonatal.
8. Mejoría de la nutrición, agua, desagüe y vivienda.



“El retraso mental puede ser considerado como un problema médico, psicológico o educacional, aunque en último análisis es, fundamentalmente, un problema social”

(Freedman)

Los niños con RM deben recibir todos los apoyos y las técnicas escolares que requieran por derecho y no por caridad.

┆ b. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

CONCEPTO

- Es una condición cerebral que dificulta el que los niños controlen su comportamiento.
- Es una de las condiciones crónicas más comunes de la niñez.
- Afecta de un 4% a un 12% de los niños en edad escolar.
- Se diagnostica tres veces más en niños que en niñas.



SÍNTOMAS

El TDAH incluye tres síntomas de comportamiento:

1. Falta de atención
2. Hiperactividad
3. Impulsividad

Falta de atención

- Le es difícil prestar atención, es soñador.
- Aparentemente no escucha.
- Se distrae con facilidad del trabajo o juego.
- No parecen importarle los detalles.
- Comete errores por descuido.
- No sigue instrucciones o no termina sus tareas.
- Es desorganizado.
- Pierde muchas cosas importantes.
- Se olvida de las cosas.
- No quiere hacer cosas que requieren de un esfuerzo mental continuo.



Hiperactividad

- Está en movimiento constante, como si fuese “accionado por un motor”.
- No puede permanecer sentado.

- Se retuerce, no puede estarse quieto.
- Habla demasiado.
- Corre, salta y se trepa donde no está permitido.
- No puede jugar en silencio.



Impulsividad

- Puede correr hacia la calle sin primero mirar si hay tránsito.
- Actúa y habla sin pensar.
- Tiene problemas para esperar su turno.
- No puede esperar a que le den algo.
- Da respuestas antes de que se complete una pregunta.
- Interrumpe a otros.



TIPOS DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Los niños con TDAH pueden tener uno o más de los síntomas. Los síntomas usualmente se clasifican bajo los siguientes tipos:

1. *Solo falta de atención (ADD)*. Estos niños no son excesivamente activos, ya que no alteran el orden de los salones de clases u otras actividades, sus síntomas podrían pasar desapercibidos. Esta es la forma más común entre las niñas.
2. *Hiperactivo/Impulsivo*. Los niños con este tipo muestran tanto un comportamiento hiperactivo como impulsivo, pero son capaces de prestar atención.
3. *Combinación de falta de atención, hiperactividad e impulsividad*. Estos niños muestran los tres síntomas. Esta es la forma más común de la condición.

DIAGNÓSTICO

Es difícil diagnosticar este trastorno en niños de 5 años de edad o menos. Esto se debe a que muchos niños en edad preescolar presentan algunos síntomas de la condición en varias situaciones. Además, los niños cambian con gran rapidez durante los años preescolares. Se torna también difícil el diagnóstico en adolescentes.

Cómo confirmar el diagnóstico

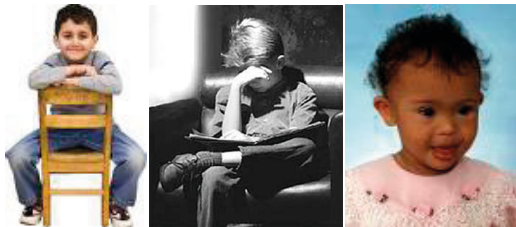
- Ocurrir en más de un lugar (casa, escuela o situaciones especiales).
- Comenzar antes que el niño tenga 7 años de edad.
- Continuar por más de 6 años.
- Tener dificultades en la escuela, la casa o situaciones sociales.



El pediatra llevará a cabo un examen físico, realizará una historia clínica completa para determinar en qué contexto se desarrolla el comportamiento del niño, y evaluar otras condiciones que puedan afectar su comportamiento.

El pediatra podrá referir al niño a un subespecialista pediátrico si existen inquietudes en las siguientes áreas:

- Retardo mental.
- Trastornos del desarrollo, tales como problemas del habla, problemas motores o una discapacidad de aprendizaje.
- Problemas visuales y / o auditivos.
- Historia de maltrato o abuso.
- Ansiedad o depresión graves
- Agresión severa.
- Posibles trastornos convulsivos.



El pediatra deberá solicitar información de los padres, también necesitará obtener información directamente del maestro de la clase.

CONDICIONES COEXISTENTES

Como parte del diagnóstico se deberá buscar otras condiciones que muestren el mismo tipo de síntomas. Las condiciones coexistentes más comunes son:

Trastorno de oposición desafiante o trastorno de conducta

- Casi un 35% de niños lo presentan.
- Los niños con oposición desafiante tienden a perder la paciencia con facilidad y molestar a otras personas a propósito, ser desafiantes y hostiles hacia figuras de autoridad, destruyen la propiedad privada, violan los derechos de otros individuos.
- Este trastorno es más común en niños con hiperactividad /impulsividad primaria y tipos combinados.



Trastornos de estado de ánimo/depresión

- Casi un 18% de los niños lo presentan.
- Frecuentemente existe una historia familiar de este tipo.
- Estos trastornos pueden poner al niño a mayor riesgo de cometer suicidio, especialmente en los años de la adolescencia.



Trastornos de ansiedad

- Casi el 25% de los niños lo presentan.
- Estos niños tienen sentimientos extremos de miedo, preocupación o pánico que dificultan su funcionamiento diario.
- Estos trastornos pueden producir síntomas físicos: aumento del ritmo cardíaco, sudoración, diarrea, náuseas.

Discapacidades de aprendizaje

- Son condiciones que hacen difícil al niño lograr dominar habilidades específicas tales como la lectura o las matemáticas.
- El déficit de atención con hiperactividad no



es una discapacidad para el aprendizaje. Sin embargo, la condición hará más difícil al niño su paso por la escuela.

TRATAMIENTO

Terapia de conducta: La mayoría de los expertos recomiendan emplear tanto medicación como terapia de conducta para tratar el Déficit de Atención con Hiperactividad.

Enfoque multimodal de tratamiento: Existen muchas formas de tratamiento de conducta, pero todas tienen una meta común: *Cambiar el entorno social y físico del niño para ayudarlo en su conducta.*

Principios de la terapia de conducta

1. Determine metas específicas y claras con su hijo(a).
2. Bríndele recompensas y consecuencias.
3. Mantenga el uso de las recompensas y consecuencias.

La terapia de conducta reconoce los límites que el Déficit de Atención con Hiperactividad pone en un niño.

Está enfocada en cuán importante es que las personas y los lugares en la vida de un niño se puedan adaptar para alentar un buen comportamiento y desalentar una conducta inadecuada.

Es muy diferente a la terapia de juego u otras terapias que están enfocadas mayormente en el niño y sus emociones.



┆ c. DEPRESIÓN INFANTIL

CONCEPTO

La **depresión** (del latín *depressus*, que significa “abatido”, “derribado”) es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. Que afecta el desarrollo adecuado de la vida cotidiana de la persona.

- Es una enfermedad que afecta al organismo, el ánimo y la manera de pensar y no solo una sensación de tristeza o desánimo.
- Afecta la forma en que una persona come y duerme.
- Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa.
- No indica debilidad personal.
- No es una condición de la cual uno pueda liberarse a voluntad.



EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios epidemiológicos de trastornos depresivos en niños y adolescentes, han mostrado resultados dispares.

Posibles explicaciones son: los diferentes tipos de población estudiados, la falta de acuerdo para definir depresión (síntoma, síndrome o trastorno) y la falta de concordancia para establecer los criterios diagnósticos.

En niños preescolares la prevalencia de DM (Depresión Mayor) es del 1%, mientras que en niños escolares alcanza una frecuencia cercana al 2%.

En los adolescentes se encuentra un aumento significativo de la ocurrencia de DM. En este grupo se observó además mayor aparición en el sexo femenino. Otros investigadores han demostrado alta co-morbilidad depresiva con otros

trastornos psiquiátricos como son los problemas de ansiedad, de conducta (TC), y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños.

ETIOLOGÍA

La etiología de los trastornos afectivos en los niños y adolescentes es menos clara que en los adultos. Aquí se postula una etiología multi-causal, las principales teorías biológicas y psicológicas las presentamos brevemente:

a) Teorías Biológicas

1. **Alteraciones del eje hipotálamo-hipofisiarioadrenal:** En niños y adolescentes con DM, al igual que en adultos, se ha detectado hiper-cortisolemia y no supresión al test de dexametasona (TD); sin embargo, en niños, los resultados aún no son concluyentes. Se acepta que en niños la respuesta positiva al TD es de ayuda diagnóstica y predice la evolución del cuadro clínico mientras que la respuesta negativa no descarta la enfermedad.
2. **Respuesta anormal de la hormona de crecimiento (HC):** En pacientes con DM se ha demostrado aplanamiento en la secreción de HC en respuesta a la hipoglucemia inducida con insulina, y disminución en respuesta a la estimulación con clonidina.

En niños y adolescentes deprimidos se ha encontrado hiposecreción de HC en respuesta a hipoglucemia, pero durante el sueño observa hipersecreción de la misma que persiste luego de la recuperación del episodio depresivo.

3. **Teoría catecolaminérgica (niveles de norepinefrina disminuidos en pacientes con DM):** En niños y adolescentes también se ha encontrado disminución del derivado metabólico urinario de la noradrenalina, MHPG, (3-metoxi-4hidroxi-fenilglicol). Hallazgo que, hasta ahora, permanece tentativo.
4. **Estudios de sueño:** En adultos se ha demostrado reducción del periodo de latencia e incremento de la densidad del sueño REM, reducción del periodo delta y disminución en la eficiencia del sueño. En niños y adolescentes los resultados aún son controversiales.

5. **Estudios de familia y genéticos:** La preponderancia de enfermedad depresiva en niños y adolescentes con antecedentes familiares positivos es significativamente alta. El impacto de la depresión en los padres, es complejo, ya que los síntomas interfieren en la interacción con el niño y con el resto de la familia.

b) Teorías Psicológicas

1. **El Modelo psicoanalítico:** Postula que la depresión se debe a la pérdida real o imaginaria del objeto ambivalentemente amado con la consiguiente internalización de agresividad, rabia y culpa.
2. **El Modelo de estrés:** Postula que los síntomas depresivos en los niños se producen como una reacción a problemas familiares como son la agresión parental, disciplina punitiva y discordia entre los padres, entre otros.
3. **El Modelo conductual de reforzamiento:** Postula que los sentimientos y comportamientos depresivos son causados por insuficientes o inadecuados reforzamientos positivos. Las habilidades sociales disminuidas en los niños con depresión, limitarían aún más la llegada de refuerzos positivos.
4. **El Modelo de desesperanza aprendida:** La ocurrencia de eventos percibidos como incontrolables causa en la persona vulnerable sentimientos de desesperanza e incapacidad para enfrentar las demandas de la vida.
5. **El Modelo de distorsión cognitiva:** La persona que responde al estrés con ideas negativas acerca de sí misma, del mundo y del futuro (triada cognitiva) con mayor probabilidad se deprimirá.

CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO

La identificación de síntomas depresivos en los niños es difícil, aún para los padres. Se recomienda que la evaluación del niño se base en el examen comprensivo del niño y de su entorno:

Las entrevistas y aplicación de instrumentos diagnósticos se realizan con el niño, la familia y personas significativas en la vida del mismo; además de evaluación física, neurológica y evaluaciones de laboratorio y psicológicas.

Aquí es necesario recalcar que el diagnóstico y el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes son asuntos muy complejos para que sean puestos en manos inexpertas.

Cualquier niño puede sentirse triste en un momento determinado, pero para recibir el diagnóstico de episodio depresivo mayor debe cumplir los criterios diagnósticos de DSM-IV o CIE-10 (si utilizamos la clasificación internacional de enfermedades de la OMS).

Aunque los criterios para diagnosticar un episodio depresivo mayor así como el trastorno distímico son los mismos en niños y adolescentes que en adultos, el cuadro clínico puede variar considerablemente según el nivel de desarrollo del niño. Por ejemplo, los niños generalmente presentan más síntomas de ansiedad, quejas somáticas, alucinaciones auditivas, rabietas y problemas de conducta. Conforme el nivel de desarrollo cognitivo va progresando, los niños de más edad pueden ser capaces de mostrar componentes cognitivos de su humor disfórico y baja autoestima, así como sentimientos de culpa y de infelicidad. Los adolescentes suelen manifestar más problemas de apetito y del sueño, delirios, ideación o intentos autolíticos, así como mayor repercusión funcional en su vida social y familiar que los niños. Además tienden a presentar menos síntomas neurovegetativos y quizás una mayor irritabilidad que los adultos con depresión mayor.

Muchos niños y adolescentes con depresión mayor presentan además otro trastorno psiquiátrico, siendo frecuente que se presenten dos o más trastornos comórbidos. Los diagnósticos comórbidos más frecuentes son el trastorno distímico (la llamada “depresión doble”), trastornos de ansiedad, trastornos de conducta y trastornos por uso de sustancias. El trastorno por ansiedad de separación es una comorbilidad habitual en niños pequeños. Los trastornos de personalidad, en especial el trastorno borderline de personalidad, son frecuentes, aunque algunos de los síntomas de estos trastornos pueden ser secundarios al trastorno depresivo.

Las relaciones familiares de los niños y adolescentes deprimidos suelen caracterizarse por la existencia de conflictos, maltrato, rechazo, y problemas de comunicación con pobre expresión de afecto positivo y apoyo. Los padres pueden estar también ellos mismos deprimidos o padecer otros trastornos psiquiátricos u otras enfermedades que condicionen una reducción de la efectividad de la educación parental. No obstante, estos problemas en el estilo educativo de los padres pueden ser secundarios a la interacción con un niño deprimido, irritable o desafiante.

Existe suficiente evidencia como para afirmar que experiencias adversas en la infancia (muerte o separación de los padres) incrementan el riesgo de depresión o ansiedad en la edad adulta.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en una cuidadosa evaluación diagnóstica psiquiátrica, que debe incluir entrevistas con el niño, sus padres, y otros posibles informantes (profesores, pediatras, etc.).

La valoración diagnóstica de niños y adolescentes deprimidos puede ser difícil. Debe ser llevada a cabo por clínicos experimentados ya que debe tenerse en cuenta el nivel de desarrollo evolutivo así como otros factores culturales (étnicos) que puedan influir en la presentación clínica. Los pacientes pueden tener dificultades para expresar sus sentimientos, o bien pueden mostrarse irritables y cooperar muy poco en la exploración.

Las entrevistas estandarizadas desarrolladas para fines de investigación son habitualmente demasiado extensas para poder ser utilizadas en la práctica clínica, requieren un alto nivel de adiestramiento y no son generalmente adecuadas para niños pequeños. Estas entrevistas estandarizadas aplicadas a niños menores de 8 años de edad han obtenido una buena fiabilidad inter-entrevistador así como una buena fiabilidad test-retest, pero un bajo nivel de acuerdo entre la información de los padres y del niño.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la depresión en niños y adolescentes comprende intervenciones psicoterapéuticas, sociofamiliares y farmacológicas. La planificación terapéutica se realizará sobre la base del diagnóstico, de la edad y de las características clínicas y sociofamiliares del paciente.

La intervención incrementa su utilidad cuando se combinan diversos tipos de tratamiento. Una buena propuesta de modelo incluiría estrategias de intervención que incidan sobre las alteraciones afectivas, cognitivas, conductuales y biológicas, pero también en la familia y en la escuela. La hospitalización se recomienda cuando existe riesgo de suicidio o cuando existe una importante conflictividad familiar.

Entre las terapias que vale la pena destacar tenemos:

- Terapias cognitivo-conductuales
- Terapia interpersonal
- Terapia psicodinámica
- Tratamiento farmacológico

PREVENCIÓN

- Teniendo buenas relaciones familiares y de amigos.
- Estar al tanto de su comportamiento en el colegio.
- Estar al tanto de su comportamiento fuera del colegio.
- Conocimiento sobre la depresión.

Ambiental:

- Tratar que el niño o adolescente tenga mayor contacto con la naturaleza.
- Práctica de la natación.
- Caminatas con amigos.
- Participar de grupos.
- Clases de danza.

Todo esto requiere una motivación y la disposición de tiempo por parte de los padres.

Las cuatro situaciones que se debe realizar:

- Identificar el problema.
- Tratamiento.
- Prevenir el primer episodio.
- Prevenir el próximo episodio.

TEMA 13

TRASTORNOS DEL SUEÑO

FISIOLOGÍA

Algunos parámetros importantes del sueño son los siguientes:

- **Tiempo de sueño:** 7-8 horas/noche (si son menores a cuatro o superiores a nueve hay mayor tasa de mortalidad).
- **Ciclo sueño/vigilia:** 25 horas (sincronizado luego por el ritmo luz/oscuridad).
- **Ciclo “intrínseco” del sueño:** 70-100 minutos (4-5 ciclos/noche). Fases del ciclo intrínseco: no-REM (fases 1, 2, 3, y 4) y REM.
- Las variaciones con la edad son las siguientes:
 - **Recién nacido:** Más de 20 horas/día; duerme en pequeñas siestas; más del 50% en fase REM, que disminuye según avanza el desarrollo y se estabiliza en la infancia (también agrupa el sueño en dos periodos, vespertino y nocturno).
 - **Anciano:** Desaparece el sueño profundo (en disminución desde los 30 años); disminuye el sueño nocturno y aumentan las siestas diurnas (aunque el sueño total es muy parecido).

┆ a. INSOMNIO

El insomnio se presenta hasta en una tercera parte de la población, siendo más frecuente en los ancianos, en las mujeres y en los pacientes psiquiátricos. Según el momento en el que aparece, se divide en insomnio “de conciliación”, “de mantenimiento” (fragmentado, con despertares frecuentes) y “terminal” (por despertar precoz). Algunos pacientes no se despiertan, pero refieren un “sueño no reparador”.

Según la duración, se divide en:

- **Insomnio transitorio (días) y a corto plazo (semanas):** Se incluye:
 - **Insomnio reactivo a una situación estresante** (recuperación de una intervención o de una enfermedad aguda, acontecimiento vital importante).
 - **Insomnio extrínseco:** Por cambio de ambiente, ruido, calor, altitud, etc.
 - **Insomnio secundario a cambios cronobiológicos:** Cambios de huso horario (jet lag) o cambios de turno de trabajo.
 - **Insomnio psicofisiológico:** Suele desencadenarse tras un acontecimiento adverso que altera los hábitos de sueño y condiciona un círculo vicioso en el que la preocupación por dormir interfiere con la conciliación del sueño; se recomienda revisar la “higiene” del sueño, el entrenamiento en relajación y los ciclos cortos de hipnóticos (benzodiazepinas de vida media corta).

- **Insomnio prolongado o crónico (meses):** Es el resultado de enfermedades médicas, psiquiátricas o de trastornos primarios del sueño.
 - **Insomnio secundario a tóxicos y a fármacos:** Cafeína (la causa farmacológica más frecuente), alcohol, nicotina, estimulantes, insomnio de rebote por suspensión de benzodiazepinas.
 - **Insomnio en las enfermedades psiquiátricas:**
 - **Esquizofrenia:** Disminuyen las fases 3-4, con sueño más superficial.
 - **Depresión:** Puede verse cualquier clase de insomnio, pero es típico el despertar precoz (en las depresiones “endógenas”).
 - **Manía:** Disminución del tiempo de sueño sin cansancio diurno (“reducción de las necesidades de sueño”).
 - **Trastorno obsesivo:** Alteraciones similares a la depresión.
 - **Alcoholismo:** Sueño fragmentado, disminución del REM y del sueño profundo.
 - **Ansiedad:** Si es generalizada, puede tener insomnio de conciliación; los ataques de pánico y las pesadillas del trastorno por estrés postraumático interrumpen el sueño.

- **Insomnio en las enfermedades médicas:**

- **Demencias:** Pérdida del ritmo sueño/vigilia (se lesiona el marcapasos hipotalámico) con insomnio nocturno y siestas diurnas; disminución del REM y del sueño profundo.
- **Insomnio fatal familiar:** Degeneración espongiiforme de núcleos talámicos que debuta con insomnio y progresa hasta el coma y la muerte. Es una enfermedad priónica hereditaria (autosómica dominante).
- **Neurológicas** (ataques nocturnos de la cefalea de Horton, epilepsia nocturna), respiratorias (típicamente, el asma y la EPOC), cardiológicas (isquemia cardíaca, disnea paroxística nocturna) y reumatológicas (dolor crónico, fibromialgia reumática).

┆ **b. DISOMNIAS POR MOVIMIENTOS DURANTE EL SUEÑO**

- **Síndrome de piernas inquietas:** Es una sensación molesta (malestar, hormigueo, inquietud) que aparece al acostarse y sólo se calma con el movimiento (a diferencia de la neuropatía periférica, que no mejora); se asocia con el embarazo, la anemia, el déficit de hierro, la insuficiencia renal y el mioclonus nocturno, pero muchos casos son primarios (incluso familiares); se trata con agonistas dopaminérgicos (ropirinol, pramipexol) o con benzodiazepinas.
- **Movimientos periódicos de las piernas durante el sueño:** Contracciones breves y rítmicas de los pies propias de las fases 1-2 (no-REM) del sueño; muy frecuentes (en mayores de 65 años), no está claro si son causa o consecuencia de trastornos del sueño; se asocian con frecuencia a las piernas inquietas; pueden responder igualmente al tratamiento con benzodiazepinas o con agonistas dopaminérgicos.

┆ **c. HIPERSOMNIAS**

1. **DE CICLO CORTO**

Son hipersomnias que duran minutos u horas:

- **Síndrome de apnea del sueño.**

- **Narcolepsia (síndrome de narcolepsia-cataplejía o de Gélineau):** Se da sobre todo en jóvenes (menores de 30 años). No existen diferencias entre sexos. Hay factores genéticos implicados: asociación al HLA-DR15 (antes DRw2) casi 100% en la raza caucasiana; agrupación familiar (en modelos animales con patrón autosómico recesivo). Siendo una alteración de la neurobiología del sueño, puede debutar tras alguna situación estresante que desestructure el sueño normal durante unas semanas.

Clínica

Tiene una tétrada sintomática (sólo en el 14% de los casos) que es la siguiente:

- **Ataques de sueño incoercible de breve duración (minutos):** Aparece en todos los pacientes y puede dar lugar a accidentes; se asocia a mala calidad del sueño nocturno.
- **Cataplejía:** Pérdida de tono muscular con las emociones o con los movimientos bruscos (sin afectación del nivel de conciencia) que varía desde la ptosis mandibular hasta la parálisis y respeta la musculatura extraocular y la respiratoria; supone la aparición de un fenómeno REM en vigilia (atonía); puede precipitarse por emociones intensas; es patognomónico de la enfermedad (aunque un 20% de los casos no lo presenta). No hay que confundir cataplejía (que forma parte de la narcolepsia) con catalepsia (rigidez típica del síndrome catatónico).
- **Parálisis del sueño:** Es un fenómeno REM similar a la cataplejía, pero sólo sucede al dormirse o al despertarse (el paciente no se puede mover).
- **Alucinaciones** (sobre todo visuales) al inicio del sueño (hipnagógicas) o al despertarse (hipnopómpicas); es un fenómeno REM.

Diagnóstico

Es clínico y se realiza por estudios polisomnográficos: presentan disminución de la latencia REM, con posibilidad de inicio directo en REM (fenómeno SO-REM); somnolencia excesiva en el MSLT (test de latencia múltiple del sueño con latencia de sueño menor de cinco minutos); disminución de las fases 3-4 y aumento de las fases 1-2 (sueño más superficial); los ataques de sueño suelen entrar directamente en REM.

En la hipersomnia idiopática, no existe cataplejía ni las alteraciones polisomnográficas de la narcolepsia (por lo que responde peor al tratamiento).

Tratamiento

- **De la hipersomnias:** Estimulantes anfetamínicos (metilfenidato, dextroamfetamina).
- **De los fenómenos REM (sobre todo de la cataplejía):** Anti-depresivos.
- Modafinil (agonista adrenérgico α -1) para los dos tipos de síntomas.

2. DE CICLO LARGO

Tienen una duración de días o de semanas.

- **Síndrome de Kleine - Levin:** Hipersomnias recurrente en varones que se asocia con hiperfagia y con alteraciones psicopatológicas (conducta sexual anormal, alucinaciones, síntomas afectivos); se inicia en la adolescencia y desaparece cerca de los 30 años de edad; como tratamiento, se usa el litio o la carbamazepina.
- **Hipersomnias asociada a la menstruación:** Forma similar al Kleine- Levin, en mujeres y asociada a los ciclos menstruales; tiene igual tratamiento que la anterior (a veces mejora con anticonceptivos hormonales).

3. SECUNDARIAS A OTROS TRASTORNOS

Psiquiátricos (como por ejemplo: la depresión “atípica”, el trastorno afectivo estacional, la depresión en adolescentes) y médicos (benzodiazepinas, hipotiroidismo, hipoglucemia, encefalopatía hepática, ACVAs).

┆ d. PARASOMNIAS

En las parasomnias el paciente no se queja de la cantidad o de la calidad del sueño; su preocupación son los fenómenos extraños que le suceden cuando está dormido.

- **Sonambulismo:** Del sueño profundo 3-4 (se asocia al terror nocturno).

Es más frecuente en los niños varones (15% al menos tiene un episodio) entre cuatro y ocho años de edad desapareciendo habitualmente tras la adolescencia; se considera una anomalía en el desarrollo de los mecanismos reguladores del sueño, sin relación con enfermedad psiquiátrica alguna (salvo si aparece en edad adulta, pues entonces pueden existir alteraciones psicopatológicas o neurológicas).

El niño se incorpora en la cama, camina, o realiza una actividad sin establecer contacto con el ambiente (dormido); puede presentar somnoliquios; si está cansado o estresado aumenta el número de ataques; no tiene tratamiento específico (si es muy frecuente o hay accidentes, se pueden dar benzodiazepinas para reducir el sueño profundo).

- **Terros nocturnos:** Aparecen en el sueño profundo 3-4, por lo que son típicos de las primeras horas de sueño; sigue un curso similar al sonambulismo (inicio en la infancia, desaparición tras la adolescencia); el niño se muestra agitado, con una descarga vegetativa intensa (taquicardia, taquipnea, sudoración) y sensación de pánico, permanece estuporoso, y cuesta despertarle, sin que por la mañana recuerde lo sucedido; no suele precisar tratamiento (benzodiazepinas si resulta muy incómodo para el entorno).
- **Pesadillas:** Aparecen en el sueño REM y, por tanto, son más frecuentes en las últimas horas del sueño, lo que ayuda a diferenciarlas de los terros nocturnos; además el niño recuerda un sueño desagradable y tiene miedo de volver a dormirse (no hay estupor, ni fenómenos vegetativos); en el caso de adultos, no implica psicopatología grave (aunque se asocia al trastorno por estrés postraumático); no precisa tratamiento, pero si hace falta (por ser muy frecuentes), se usan los antidepresivos (suprimen el REM).
- **Trastorno de la conducta en la fase REM:** Por fallo de la inhibición motora de la fase REM; actividad motora desordenada (violenta con frecuencia), recordando al despertar el contenido del sueño (a diferencia del sonambulismo). Se ve, sobre todo, en ancianos, relacionándose con deterioro neurológico o con la toma de psicofármacos; puede mejorar con clonazepam.
- **Bruxismo:** Aparece en la fase 2 (no-REM); se producen movimientos masticatorios (rechinar de dientes) y trismus, con riesgo de daño de los dientes; se ponen férulas nocturnas de descarga dental.

TEMA 14

TERAPÉUTICA PSIQUIÁTRICA

Los medicamentos pueden ser una parte efectiva del tratamiento de varios desórdenes psiquiátricos. La recomendación por parte del médico del uso de medicamentos, muchas veces causa mucha inquietud y preguntas. Por eso, el médico que recomienda el medicamento debe de tener experiencia en tratar enfermedades psiquiátricas y él/ella debe de explicar claramente:

- Las razones para el uso de medicamentos.
- Los beneficios que debe de producir.
- Cuáles son los posibles riesgos, cuáles son sus efectos secundarios y los otros tratamientos alternos.

Los medicamentos psiquiátricos *no se deben de usar solos*. El uso de medicamentos debe de basarse en una evaluación psiquiátrica comprensiva y ser parte de un plan de tratamiento comprensivo.

Antes de recomendar cualquier medicamento, el psiquiatra deberá realizar una evaluación diagnóstica minuciosa. En algunos casos la evaluación puede incluir un examen físico, pruebas psicológicas, pruebas de laboratorio y otras pruebas médicas, tales como electrocardiograma (EKG) o electroencefalograma (EEG) y la consulta con otros especialistas médicos.

Los medicamentos que tienen efectos beneficiosos pueden también tener efectos secundarios, que pueden variar desde pequeñas molestias hasta síntomas muy serios. Cada paciente es diferente y puede tener reacciones individuales a los medicamentos, por lo que se recomienda mantenerse en contacto con el médico que lo está tratando. No debe dejarse o cambiar los medicamentos sin hablar con el médico tratante.

Los medicamentos psiquiátricos deben de ser usados como parte de un plan integral y minucioso de tratamiento, que incluye evaluaciones médicas periódicas, y en la mayoría de los casos, psicoterapia individual y/o de familia.

Cuando un psiquiatra receta las medicinas adecuadamente y éstas se toman según fueron recetadas, los medicamentos pueden reducir o eliminar los síntomas problemáticos y mejorar el funcionamiento.

┆ a. FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS (AP)

Reciben también el nombre de neurolépticos (por la alta frecuencia de efectos extrapiramidales) o tranquilizantes mayores (por la sedación que algunos de ellos producen). Los modernos AP carecen en gran medida de esa toxicidad neurológica, por lo que se evita el nombre “neuroléptico” y se habla de antipsicóticos tradicionales o típicos y de antipsicóticos modernos o atípicos.

Indicaciones: Principalmente se emplean para el tratamiento de los trastornos psicóticos, sobre todo de la esquizofrenia, pudiendo usarse también en todas aquellas enfermedades en las que aparezcan síntomas psicóticos, cualquiera que sea su origen (psicosis afectivas, psicosis tóxicas, psicosis secundarias a enfermedades neurológicas o sistémicas) y en otras enfermedades médicas o psiquiátricas.

Clasificación:

- **Antipsicóticos típicos (AP-t):** Forman un grupo heterogéneo en cuanto a su estructura química, pero homogéneo en lo referente a su mecanismo de acción. Básicamente, son antagonistas competitivos de los receptores dopaminérgicos D2, capaces por tanto de reducir eficazmente la sintomatología de las psicosis al inhibir la actividad dopaminérgica; sin embargo el bloqueo D2 está asociado con síntomas extrapiramidales (SEP) y con aumento de prolactina (ya que el principal inhibidor de la liberación de ésta a nivel de la hipófisis es precisamente la dopamina). Los más usados son el haloperidol y la flufenacina.

En función de la dosis necesaria para alcanzar el efecto antipsicótico, se clasifican en AP-t de alta potencia o incisivos (se usan a dosis bajas, siendo su principal efecto secundario los efectos extrapiramidales) y de baja potencia o sedantes (se utilizan a dosis altas). En estos últimos, la elevada dosis que hay que administrar (debido a su baja potencia) hace que aparezcan efectos secundarios debidos al bloqueo de otros sistemas de neurotransmisión (muscarínico, adrenérgico, histaminérgico, como con los antidepresivos tricíclicos). Sin embargo, cuando se emplean dosis equivalentes en potencia, la eficacia es similar en todos los fármacos de este grupo.

Se obtiene una mejoría significativa en cerca del 70% de los pacientes tratados (frente al 25% que responden a placebo), sobre todo de los síntomas “positivos” (alucinaciones, delirios).

- **Antipsicóticos atípicos (AP-a):** Los AP-a surgieron inicialmente como opción para:
 - Los pacientes resistentes a los AP-t.
 - En aquellos casos en los que predomina claramente la sintomatología “negativa” (apatía, indiferencia, asociabilidad), pues ésta apenas responde a los AP-t (incluso pueden agravarla).
 - En aquellos pacientes en los que los fármacos tradicionales les provocan graves efectos extrapiramidales, por la baja tasa de efectos de este tipo de los AP-a. Se cree que este perfil de acción se debe a su efecto sobre receptores dopaminérgicos distintos del D2 (D3, D4) y sobre otros sistemas de recepción (serotoninérgico, fundamentalmente).

La clozapina fue el primero; en los últimos 15 años han aparecido otros AP-a: Risperidona, olanzapina, sertindol, ziprasidona, quetiapina, aripiprazol, amisulpride, paliperidona.

TEC: La terapia electroconvulsiva se utiliza en la esquizofrenia en casos muy concretos:

- El síndrome catatónico.
- La coexistencia de depresión grave o de elevado riesgo de suicidio.
- La resistencia del brote a los AP (una vez comprobado el cumplimiento).

‡ b. ANSIOLÍTICOS

Benzodiacepinas (BZD)

Son fármacos cuya principal acción es ansiolítica, pero también tienen acciones hipnótico-sedantes, miorelajantes y anticonvulsionantes.

Indicaciones:

- **Trastornos por ansiedad:**

- Crisis de angustia.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastornos fóbicos y obsesivos.
- Trastorno por estrés postraumático.

- **Otros trastornos psiquiátricos:**

En el insomnio de conciliación, por despertar precoz o por despertares frecuentes.

El síndrome de piernas inquietas durante el sueño y otras parasomnias similares.

Síndrome de abstinencia del alcohol, delirium tremens

Agitación inducida por sustancias.

Trastorno bipolar I.

- **Indicaciones “médicas”:**

Epilepsia.

Contracturas y en espasmos musculares.

Clasificación: La clasificación de las BZD según la vida media de sus efectos es la siguiente:

- **Corta (menos de 24 h):**

- **Ultracortas (menos de 6 h):** Midazolam, triazolam.

- **Cortas (6-8 h):** Alprazolam, lorazepam.

- **Larga (más de 24 h):** Clonazepam, flunitrazepam, clorazepato, diazepam, bromazepam, flurazepam, etc.

Mecanismo de acción

Las benzodiacepinas actúan sobre receptores específicos (receptores BZD u C2) que se encuentran acoplados al receptor GABA-A, incrementando la afinidad de éstos por el GABA, lo que provoca la apertura de un canal de cloro al que están unidos dichos receptores y la hiperpolarización resultante de la membrana neuronal.

Hay enormes diferencias de potencia entre unas BZD y otras; algunas tienen un margen de seguridad muy amplio en caso de sobredosis. Otras sustancias que actúan sobre el mismo complejo GABA-A, pero de una forma directa sobre el canal de cloro, son los barbitúricos, el clorometiazol o el alcohol.

Otros ansiolíticos no-benzodiazepínicos

- Buspirona
- B-bloqueantes
- Otros:

La zopiclona, el zolpidem y el zaleplón.
La gabapentina y la pregabalina (anticonvulsivantes).
La hidroxicina y otros antihistamínicos H1.
El clometiazol o hemineurina.
Los barbitúricos y el meprobamato.

┆ c. FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS

Generalidades

Son un grupo heterogéneo de fármacos que tienen en común que actúan sobre el SNC potenciando la neurotransmisión monoaminérgica (noradrenérgica y serotoninérgica sobre todo) mediante mecanismos diferentes (bloqueando la recaptación presináptica, disminuyendo la degradación de los neurotransmisores o por acción sobre autorreceptores presinápticos).

Así como los cambios en la neurotransmisión se producen en pocas horas, su acción antidepressiva no aparece inmediatamente (latencia de respuesta), necesitando de cuatro a seis semanas para alcanzar su máximo efecto; la causa de esta tardanza en la aparición del efecto antidepressivo no se conoce, pero cuando el paciente mejora clínicamente se detecta una reducción del número y de la sensibilidad de los receptores B-adrenérgicos postsinápticos, que es además común a las diferentes estrategias antidepressivas (todo tipo de fármacos antidepressivos, TEC).

Las **indicaciones** de este grupo de fármacos son las siguientes:

- La principal es la depresión.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos somatomorfos.
- Trastornos del control de impulsos.
- Trastornos por sustancias.
- Insomnio.
- Otras indicaciones psiquiátricas: la narcolepsia, la enuresis nocturna y el trastorno por déficit de atención en la infancia.
- Indicaciones médicas: dolor crónico, cefalea tensional, prurito psicógeno, fibromialgia reumática y síndrome de fatiga crónica.

- **Inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas:** Son los llamados antidepresivos tricíclicos. En realidad, es un grupo de estructura química diversa, por lo que también se les denomina “heterocíclicos”. Los más usados son la imipramina, la amitriptilina y la clomipramina.

Actúan inhibiendo la recaptación de serotonina y de noradrenalina, aumentando así sus niveles en la hendidura sináptica y con ello su actividad, pero además bloquean los receptores de muchos otros neurotransmisores (anticolinérgicos, muscarínicos, histaminérgicos, adrenérgicos) lo que explica muchos de sus efectos adversos.

Se pueden medir los niveles plasmáticos de algunos antidepresivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina), lo que resulta útil para comprobar el cumplimiento del tratamiento.

- Existe un grupo de antidepresivos clásicos cuyo mecanismo de acción es diferente al de los ADT y que, en ocasiones, se clasifican como **antidepresivos atípicos**:
 - La mianserina actúa bloqueando los autorreceptores presinápticos adrenérgicos y aumentando la liberación del neurotransmisor.
 - La trazodona inhibe la recaptación de serotonina de forma débil y antagoniza algunos receptores serotoninérgicos postsinápticos.
- **Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs):** Los IMAOs clásicos inhiben la MAO, enzima intraneuronal que degrada los neurotransmisores monoaminérgicos que han sido recaptados, de forma irreversible y no selectiva (afecta a las dos formas de MAO, A y B), aumentando así la disponibilidad de monoaminas (serotonina, noradrenalina y dopamina) en la hendidura sináptica.

Se han buscado alternativas a los IMAOs clásicos, entre las que se encuentran:

- Los RIMA: Moclobemida.
- La selegilina y la rasagilina.
- **Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS):** Estos fár-

macos han supuesto una revolución en el tratamiento antidepresivo debido a que, teniendo una eficacia similar a la de los tricíclicos e IMAOs, poseen muchos menos efectos secundarios (no presentan efectos anticolinérgicos, antia-adrenérgicos, ni antihistamínicos); además, no son letales en sobredosis (al no ser cardiotoxicos) y no potencian los efectos del alcohol. Son los fármacos elegidos actualmente como primera opción, fundamentalmente en pacientes con pluripatología médica.

Su nombre describe su mecanismo de acción principal, que produce un aumento de la neurotransmisión serotoninérgica: fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, sertralina, citalopram y escitalopram.

- **Nuevos antidepresivos:**
 - **Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN):** Venlafaxina, Duloxetina.
 - **Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN):** Reboxetina, Atomoxetina.
 - **Antagonista selectivo de receptores noradrenérgicos y serotoninérgicos (NaSSA):** Mirtazapina.
 - **Otros antidepresivos:** Bupropión (está autorizado para el tratamiento de la dependencia de la nicotina y como antidepresivo), Agomelatina.

Otros tratamientos neurobiológicos:

- **Terapia Electroconvulsiva (TEC):** La terapia electroconvulsiva es la provocación de crisis convulsivas generalizadas tónico-clónicas mediante la aplicación de una corriente eléctrica en el cráneo. Es una técnica muy segura desde el punto de vista físico que se realiza con anestesia general de corta duración y miorelajación. Habitualmente, se aplica la corriente de forma bilateral bifrontal o bifrontoparietal (esta técnica provoca más trastornos cognitivos, pero es también más efectiva); la técnica unilateral, menos eficaz, se reserva para pacientes con alteraciones cognitivas previas (p. ej.: ancianos).

En la depresión, se suelen dar entre nueve y doce sesiones en días alternos, mientras que en otros trastornos, el número de sesiones es mucho más variable.

Indicaciones: La depresión mayor; el síndrome catatónico, cuadros

maníacos y esquizofrénicos resistentes al tratamiento o en los casos de esquizofrenia con depresión postpsicótica (de alto riesgo suicida).

Contraindicaciones: No tiene contraindicaciones absolutas, aunque algún autor mencione la existencia de hipertensión intracraneal. Determinadas patologías médicas graves, agudas o mal controladas (IAM reciente, ACV reciente, HTA, aneurismas cerebrales, etc.) pueden causar problemas con la anestesia.

Efectos secundarios y complicaciones:

- La mortalidad es muy baja (menor que una anestesia general o que un parto). Su principal causa son las complicaciones cardiovasculares, sobre todo en pacientes con patología previa.
- Los efectos secundarios más frecuentes son los trastornos de la memoria (amnesia anterógrada), confusión y delirium en los minutos posteriores a cada crisis.

• **Otros tratamientos biológicos no farmacológicos:**

Fototerapia: Su principal indicación es el trastorno afectivo estacional, tanto en el tratamiento de la depresión invernal como en la prevención de recaídas. Consiste en la exposición a una fuente de luz artificial de gran intensidad durante dos o tres horas al día (generalmente, antes de amanecer). La mejoría es rápida, pero corta, si no se acompaña de antidepresivos. En depresiones no invernales, también se puede utilizar como estrategia de potenciación de antidepresivos.

Privación de sueño (agripnia): Se propone su uso como tratamiento potenciador de los fármacos antidepresivos y para distinguir entre una demencia real (que empeora con la privación) y una pseudodemencia depresiva (que mejora con la misma). En general, el efecto dura poco tiempo y debe completarse con antidepresivos.

┆ **d. FÁRMACOS EUTIMIZANTES O ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO**

- **Litio:** El litio es un ion monovalente que se administra por vía oral en forma de carbonato de litio (no hay presentaciones parenterales). Su mecanismo de acción está poco claro. Inhibe la regeneración de PIP-2 (fosfatidil-inosi-

tol-bifosfato), reduciendo la excitabilidad neuronal, lo cual repercute en las concentraciones cerebrales de diferentes neurotransmisores (fundamentalmente monoaminas). Además, inhibe la adenilato ciclasa, lo que explica algunos efectos secundarios (disfunción tiroidea por interferencia con la TSH, diabetes insípida nefrogénica por interferencia con la ADH) y modifica la función de diversos canales iónicos.

Las **indicaciones** son las siguientes:

- Trastorno bipolar.
- Episodios agudos maníacos y depresivos también resulta eficaz.
- Depresiones unipolares cuando haya marcadores de “bipolaridad”.
- Trastornos del espectro bipolar como la ciclotimia y el trastorno esquizoafectivo.
- Otras indicaciones más discutibles son: Trastornos esquizofreniformes, control de agresividad y de conductas impulsivas en trastornos orgánicos cerebrales y trastornos de la personalidad.
- **Anticonvulsivantes:** Tanto el ácido valproico como la carbamazepina se consideran eficaces como fármacos eutimizantes en el trastorno bipolar y, como el litio, lo son más en los episodios maníacos que en los depresivos. Se usan como alternativa al litio en casos resistentes (un 20 - 30% de los pacientes no responden al mismo) o en casos de intolerancia a los efectos secundarios o contraindicación del litio.
- **Otros estabilizadores del ánimo:** Otros anticonvulsivantes (clonazepam, anticonvulsivantes de última generación como oxcarbazepina, gabapentina, lamotrigina o topiramato), antipsicóticos atípicos (clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina). Se usan casi siempre en combinación con los estabilizadores principales (litio, CBZ, VPA).

┆ e. PSICOTERAPIAS

Por psicoterapia se entiende toda aquella técnica que trata de modificar el curso de una enfermedad mental mediante el diálogo con el paciente, ya sea de forma individual o en grupo, en pareja o con toda la familia. Hay más de 200

técnicas, la mayoría carentes de estudios sobre su validez y con escasa base teórica. Las tres técnicas principales son las derivadas de las teorías psicoanalítica, del aprendizaje y sistémica, aunque cada vez más se tiende a una psicoterapia integradora, en la que se combinen elementos de las tres anteriores.

TEORÍA PSICOANALÍTICA (PSICODINÁMICA)

Desarrollada por Freud. Sus principios básicos son los siguientes:

- La estructuración de la mente en tres estratos o niveles (consciente, pre-consciente e inconsciente); del inconsciente, tenemos noticia a través de vías indirectas (sueños, actos fallidos, síntomas de las enfermedades mentales).
- La diferenciación de tres funciones del psiquismo:

El ello: Reúne lo instintivo (la “libido”); en un principio, se dio mucha importancia a la sexualidad y a la agresividad.

El superyó: Lo social, lo aprendido (normas, leyes, prohibiciones).

El yo: Con la misión de conectar con la realidad (función primaria) y de armonizar la relación entre el mundo instintivo (el ello) y el mundo normativo (el superyó).

- La importancia del desarrollo sexual infantil (fases oral, anal y fálica), que condiciona la aparición de un trauma fruto del enfrentamiento entre lo instintivo y lo normativo, trauma que es reprimido y supone la creación de un complejo latente (conflicto inconsciente).

Para esta teoría, los síntomas de las enfermedades surgen de la transformación de la angustia generada por el conflicto inconsciente mediante los “mecanismos de defensa”, para liberarla al exterior en una forma más tolerable que la original.

Desde el punto de vista terapéutico, dio lugar al psicoanálisis y a las terapias dinámicas, más breves y focalizadas, derivadas de él. Se basan en la interpretación de cualquier material que el paciente aporte a través de la libre asociación de ideas (con especial importancia de los sueños y su función simbólica) y en el estudio de los fenómenos de transferencia (sentimientos que provoca el terapeuta en el paciente) y de contratransferencia (sentimientos que provoca el paciente en el terapeuta).

Actualmente, tanto la teoría como el propio psicoanálisis son muy cuestionados; su principal indicación serían los trastornos de la personalidad y los trastornos neuróticos.

TEORÍA DEL APRENDIZAJE

Se ha desarrollado en tres etapas, pero todas ellas comparten la idea de que los síntomas de las enfermedades mentales son comportamientos aprendidos, considerando imposible acceder a los fenómenos inconscientes:

- **Condicionamiento clásico:** Su autor fundamental es Pavlov. Establece que la asociación repetida entre un estímulo que provoca siempre una misma respuesta (incondicionado) y otro inicialmente neutro acaba por producir que éste ocasione una respuesta similar a la original (respuesta condicionada). El sujeto mantiene una actitud pasiva ante este aprendizaje, sin poder intervenir voluntariamente en su respuesta.
- **Condicionamiento instrumental u operante:** Su autor principal es Skinner. El estímulo inicial debe ser seguido de una respuesta (operación) que dará lugar a una consecuencia (refuerzo o castigo), cuyas características determinarán la probabilidad de que esa respuesta se mantenga, será el “instrumento” del condicionamiento. Aquí, el sujeto sí tiene la capacidad de discriminar entre estímulos y respuestas.
- **Condicionamiento social:** Desarrollado por Bandura. Establece que muchas de las conductas se aprenden observando “modelos” (aprendizaje vicariante), siendo capaces de ejercer un buen autocontrol sobre nuestra propia conducta después de analizar las consecuencias que tuvo en otros que la llevaron a cabo.

Desde el punto de vista terapéutico, estos tres modelos de condicionamiento han dado lugar a las terapias cognitivo-conductuales, con gran aplicación en trastornos de ansiedad (fobias, obsesiones), trastorno de la alimentación, trastornos de conducta, de las psicosis o del retraso mental, etc.

TEORÍA SISTÉMICA

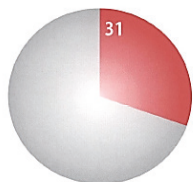
Esta teoría se basa en la importancia de la comunicación interpersonal, sobre todo dentro del núcleo familiar, como elemento crucial en el mantenimiento de conductas anormales. Trabaja en sesiones de grupo familiar, utilizando intervenciones de las demás teorías (psicodinámicas, conductuales, cognitivas)

con el objetivo de provocar cambios en los patrones de relación. Desde el punto de vista terapéutico, tiene su aplicación fundamental en el tratamiento a largo plazo de las enfermedades mentales, destacando su aplicación sobre determinantes de recaídas (esquizofrenia) o cronificaciones (depresión, anorexia).

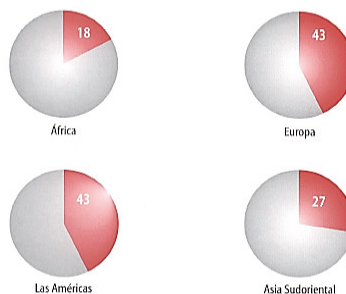
INTRODUCCIÓN: LA «EPIDEMIA» DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Los trastornos mentales afectan a todas las poblaciones en todos los países

Los trastornos neuropsiquiátricos explican casi la tercera parte de la discapacidad en el mundo



Esa discapacidad se da en todas las regiones del mundo



Los trastornos mentales y de conducta se dan en gentes de todas las regiones, países y sociedades. Se calcula que, en el mundo, alrededor de 450 millones de personas sufren cada año enfermedades mentales. Esto significa que al menos una vez en nuestra vida, uno de cada cuatro de nosotros desarrollará un problema mental o de conducta.

Alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año. Cuatro de las 6 causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos.

Asimismo se estima que las enfermedades mentales continuarán aumentando. En el año 1990 se calculó que las condiciones neuropsiquiátricas explicaban el 10% de la discapacidad global. En el 2000, estos porcentajes aumentaron hasta el 13%. Si estas previsiones siguen confirmándose, para el año 2020, las enfermedades mentales explicarán el 15% de la discapacidad mundial, siendo la depresión por sí sola, la segunda causa en el mundo.

Además de las consecuencias para la salud, los costes sociales y económicos derivados de los problemas mentales son enormes. A los costes de los servicios sanitarios, hay que sumarle los costes por desempleo y reducción de produc-

tividad, los del impacto en las familias y cuidadores, los asociados con niveles de crimen e inseguridad ciudadana, y el coste atribuido al impacto negativo de la muerte prematura. Adicionalmente, hay muchos otros costes incalculables que no se tienen en cuenta, como por ejemplo los que se derivan de las oportunidades perdidas para los individuos que sufren enfermedades mentales y sus familiares.

Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Los miembros de la familia son frecuentemente los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. La magnitud de la carga en la familia es difícil de justipreciar, y por eso es frecuentemente ignorada. No obstante, es dable afirmar que el impacto es importante en la calidad de la vida familiar.

Además de los costos de salud y sociales, las personas afectadas por trastornos mentales son víctimas de violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación, dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas.

REALIDAD DE LA SALUD MENTAL EN BOLIVIA

- El sistema de salud boliviano no aplica la salud mental como integrante importante de la salud.
- Escaso personal de salud mental y desproporcionadamente distribuido.
- Personal poco o no capacitado.
- Poco conocimiento de la salud mental por parte de los trabajadores de salud.
- Desconocimiento de la epidemiología de los trastornos mentales en el país.
- No hay atención diversificada en salud mental.
- Psicofármacos poco accesibles.
- Inequidad e inaccesibilidad de la atención.
- Desnutrición y acoso de enfermedades físicas.
- Ínfima asignación de recursos y apoyo a la salud mental por parte del Estado, del sector privado y de ONGs.
- Falta de integración interinstitucional de la salud mental.
- Las autoridades políticas desconocen la problemática de la salud mental.



LA IMPORTANCIA DE ACTUAR

1. Alarmante carga de los trastornos mentales.
2. Repercusiones económicas.
3. Comorbilidad física.
4. Estigma y discriminación.
5. Inaccesibilidad e inequidad.
6. Nuevas esperanzas gracias a adelantos terapéuticos.

PSIQUIATRÍA SOCIAL Y COMUNITARIA

Operativamente definimos la Psiquiatría Comunitaria como el conjunto de actividades que promueve y despliega el psiquiatra en una comunidad con el objetivo de elevar el nivel de salud mental de dicha población.

Para G. Caplan “es el cuerpo de conocimientos que requiere el psiquiatra para participar en programas comunitarios organizados para la prevención y tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación y reincorporación a la población de los que fueron pacientes psiquiátricos. Exige del psiquiatra que se relacione con la sociedad en sentido amplio”. Para este autor, otros términos utilizados para designar la Psiquiatría Comunitaria son los de Higiene Mental Comunitaria, Psiquiatría Social y Psiquiatría Preventiva.

Estas actividades incluyen la participación real y efectiva de la comunidad en la continuidad del tratamiento y en el desarrollo de acciones de prevención.

RESOLVER LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

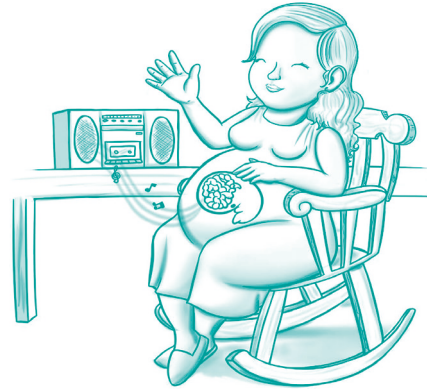
A lo largo del último medio siglo. El modelo de la atención de salud mental ha pasado de la institucionalización a un enfoque de atención comunitaria, respaldada por la disponibilidad de camas en hospitales generales para los casos agudos y atención primaria y comunitaria. Este cambio se basa tanto en el respeto por los derechos humanos como en el empleo de intervenciones y técnicas modernizadas.

Un diagnóstico objetivo correcto es fundamental para planificar la asistencia en cada caso individual y escoger el tratamiento adecuado.

El manejo de trastornos específicos comprende medidas de intervención en las áreas de la promoción, prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Dentro del espectro de intervenciones de salud mental, la promoción y la prevención

son posibles y ambas cuentan con bases científicas.

Las intervenciones de prevención de los trastornos mentales deben comenzar en la etapa prenatal y ser sostenida durante la etapa postnatal. Las estrategias preventivas son útiles durante la infancia y la adolescencia.



El cuidado prenatal y su influencia en el cerebro

Es de vital importancia orientar a las mujeres embarazadas acerca del desarrollo cerebral de su bebé en la etapa prenatal, ya que su estado de salud y también su bienestar emocional, pueden influir y perfilar este proceso. Al respecto, cabe señalar que aunque las corrientes sanguíneas de la madre y su hijo están separadas por la barrera placentaria, existen varias sustancias que pueden traspasar esta barrera, influenciando el desarrollo cerebral del feto (los nutrientes, vacunas, drogas, vitaminas, alcohol, nicotina, entre otros).

Asimismo, es necesario considerar que hay otros factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo del bebé: edad y estado nutricional de la madre, rayos X, enfermedades y desórdenes maternos, herpes genital, enfermedades virales, toxemia del embarazo, factor RH negativo en la sangre, estado emocional de la madre, estrés.

Las experiencias de la madre durante esta etapa determinan, favorablemente o no, las fases posteriores del desarrollo del nuevo ser humano. Las exposiciones a sustancias nocivas, tóxicas o radiactivas durante la etapa prenatal dañan e interrumpen irreversiblemente el normal desarrollo del sistema nervioso y esto se debe a que la señalización y la regulación de la expresión genética durante la fase temprana del desarrollo neural son vulnerables a los efectos de las mutaciones genéticas, por lo que las acciones de muchos fármacos y toxinas pueden comprometer la formación y organización de un nervioso normal.

La insuficiencia o el exceso de nutrientes elementales durante los primeros meses de vida intrauterina disminuye significativamente la consolidación de estructuras nerviosas en el feto, mientras que una nutrición adecuada en

la vida temprana y en el desarrollo posnatal permite el fortalecimiento de los procesos de aprendizaje en posteriores etapas.

Por otra parte, la facilidad o dificultad con la cual nace un bebé, la rapidez con la que empieza a respirar, la efectividad del médico obstetra, pueden afectar significativamente el proceso de desarrollo cerebral.

Los seres humanos requieren de una experiencia posnatal significativa para adaptarse al nuevo entorno y aprender una forma de comunicación que les permita sobrevivir en él. El cerebro del recién nacido necesita atravesar varias fases de maduración para poder adquirir y mostrar sus distintas capacidades y habilidades.

La primera infancia es la plataforma de despegue de nuestro universo sensorial y perceptivo. En definitiva es una etapa para cuidarse. Experiencias desfavorables durante la infancia pueden afectar de manera traumática a un niño, al ejercer una fuerte influencia en su salud mental o, en grados más elevados, al provocar una limitación del desarrollo de su cerebro.

Investigaciones acerca del desarrollo del cerebro han demostrado que es justamente en la primera infancia donde se asientan las bases para funciones cerebrales superiores como la memoria, el razonamiento lógico, el lenguaje, la percepción, entre otras. Por lo tanto, las consecuencias de la desnutrición en la primera infancia pueden ser irreversibles, entre ellos, el crecimiento inadecuado del cerebro.

“Más vale prevenir que curar”

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Son objetivos, valores y estrategias gubernamentales que ayudan a establecer planes y programas de SM para la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales, la rehabilitación de personas con trastornos mentales y el fomento de la salud mental en la comunidad, reduciendo de esta manera la carga.

PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Prevenir es adoptar medidas anticipadas para evitar o impedir la producción de un daño. Por su parte la prevención de los trastornos mentales, se basa en

los principios de salud pública, y se caracteriza por su enfoque en la reducción de factores de riesgo y la promoción de factores de protección relacionados con un trastorno mental o problema de conducta, con el objetivo final de reducir su prevalencia e incidencia.



La Psiquiatría preventiva es el cuerpo de conocimientos profesionales que se pueden utilizar para planear y llevar a cabo programas para reducir la frecuencia, duración de los trastornos mentales y el deterioro resultante.

CLASES DE PREVENCIÓN

La clasificación de prevención en salud pública: prevención primaria, secundaria y terciaria, ha sido adaptada por el Instituto de Medicina para la prevención de trastornos mentales. Esta nueva clasificación está compuesta por un continuo que abarca la prevención universal, selectiva e indicada, el tratamiento y la manutención. Mientras estos dos últimos corresponden respectivamente a la prevención secundaria y terciaria.

Los tres tipos de prevención primaria

- **Prevención universal:** Intervenciones que se dirigen al **público en general** o a todo un grupo determinado que no ha sido identificado basándose en el riesgo.
- **Prevención selectiva:** Se dirige a individuos o grupos de la población cuyo **riesgo** de desarrollar un trastorno mental es significativamente más **alto** que la media, y se evidencia por factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales.
- **Prevención indicada:** Se dirige a personas identificadas como alto riesgo, **con signos o síntomas de un trastorno mental, mínimos** pero detectables, pero que no cumplen los criterios de diagnóstico para trastorno en ese momento.

Prevención Primaria

La enfermedad mental existe en la interacción entre el individuo, el grupo social y todo cuanto lo rodea.

La prevención primaria es un concepto comunitario ya que intenta reducir el riesgo de enfermar de toda una población.

Se debe atender a:

- a) Condiciones perjudiciales externas.
- b) Factores que alteran la resistencia de las personas expuestas a dichas condiciones (vulnerabilidad).

El problema es que sabemos muy poco sobre la etiología de los trastornos mentales. Pero debemos partir de la motivación fundada en la creencia de que es posible prevenir las enfermedades mentales, aunque no conozcamos la causa que la produce, el agente etiológico.

Para no enfermar mentalmente una persona necesita la provisión de continuos aportes, adecuados a las diversas etapas de crecimiento y desarrollo. La prevención primaria implica la provisión de aportes básicos para el Desarrollo de la Personalidad.

- Aportes Físicos: Alimentación, vivienda, estimulación sensorial – Oportunidad de ejercicio físico.
- Aportes Psicosociales: Estimulación del desarrollo intelectual y afectivo por medio de la interacción personal con otros miembros significativos de la familia, de la escuela, iglesia, trabajo, club, etc.
- Satisfacción de las necesidades interpersonales, (intercambio de amor y afecto, participación de la actividad colectiva).
- Aportes Socioculturales: Ver la influencia de valores de la cultura y de la sociedad.

En la P. Primaria se debe actuar antes de la aparición de la enfermedad y a través de medidas tales como:

- a) Promocionar al máximo la salud general.
- b) Proteger al hombre contra los agentes ambientales.
- c) Preparación anticipada de la población para las crisis.

Prevención Secundaria

Según Leavell y Clark (1965) “es el diagnóstico precoz, rápido y adecuado tratamiento de las enfermedades ya declaradas, para evitar secuelas y limitar la aparición de incapacidades”.

Depende del rápido reconocimiento de los síntomas precoces, y la aplicación individualizada del tratamiento. El diagnóstico y tratamiento precoces en Salud Mental facilitan el tratamiento de las enfermedades mentales, aumentando la eficacia y disminuyendo su duración.

La P. Secundaria se logra mediante:

1. Revisión de grandes grupos de población para encontrar gente enferma y orientarla terapéuticamente.
2. Desarrollo de Servicios de Intervención en situaciones de crisis (Servicios de prevención de suicidios, intervención en disputas familiares).
3. Educación Pública para reconocer Salud y Salud Mental.
4. Aumentar la disponibilidad de toda clase de servicios de Salud Mental.

Prevención Terciaria

Prevenir las secuelas de la enfermedad. Se logra mediante la rehabilitación, una vez que ha cesado la enfermedad (objeto de la Prevención Secundaria), y que se visualizan las incapacidades y defectos. El objetivo de la Prevención terciaria es evitar o disminuir la incapacidad o secuelas de las enfermedades.

En el campo de la Salud Mental el territorio de aplicación de la Prevención Terciaria es amplio, pero se entiende desde situaciones normales, como la vejez, hasta anormales, como el alcoholismo y la dependencia a drogas, personas sujetas a abuso agudo o crónico (en especial mujeres y niños), hasta las patologías mentales en sí mismas.

El problema mayor en psiquiatría es el grado de deterioro que producen las enfermedades mentales, en especial las esquizofrenias. Por esto, el principal objetivo de la rehabilitación psiquiátrica es lograr que el paciente pueda reinsertarse en la sociedad en forma aceptable por ésta y por el paciente. No se

trata de una total reconstrucción de la personalidad o de lograr entender el inconsciente del paciente, sino que pueda reinsertarse socialmente en forma aunque sea aceptable, sin mayor dependencia de los servicios de seguridad social.

La mayoría de los casos puede ser cubiertos durante la internación mediante los Talleres protegidos y Talleres Pre – Laborales, que son lugares donde aprenden un oficio y reanudan así la integración social, y luego con el alta se continúa con Hospitales de Día, (pacientes que concurren durante el día al hospital, y luego retornan a sus hogares), Hospitales de Noche (pacientes sin familia, pero recuperados, duermen de noche en hospital y de día salen a trabajar fuera de él), Casas de Medio Camino (lugares donde un grupo reducido de pacientes conviven en forma autónoma y son visitados periódicamente por un médico que interviene en lo que soliciten). Todo ello cubre las necesidades de Alojamiento y Empleo para la completud del paciente.

P. Primaria: Previene la aparición de la enfermedad.

P. Secundaria: Previene el desarrollo de la enfermedad tras su aparición.

P. Terciaria: Previene las secuelas de la enfermedad.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Es frecuente que se valore la salud cuando se la pierde (enfermedad), lo lógico es para cualquier persona basarse en valores positivos (salud) y no en negativos (enfermedad = ausencia de salud).

En la Conferencia de San Francisco en 1945, cuando se estableció la Carta de las Naciones Unidas, se declaró la salud como uno de los derechos inalienables del hombre, y se sentaron las bases para una “Organización Mundial de la Salud” (OMS).

La OMS define la salud como el complejo estado de bienestar físico, mental y social y no la simple ausencia de enfermedad.

La OMS y sus miembros elaboraron una serie de políticas en materia de salud que han modificado radicalmente el concepto de la Salud Pública. Estas políticas se ex-



presan en la meta de la “Salud para Todos” en el año 2000 que la OMS definió como el objetivo de alcanzar para todos los ciudadanos del mundo un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Para alcanzar esta meta se ha preparado una Estrategia Mundial, basada en las estrategias nacionales y regionales.

La OMS, ha establecido un programa de acción para la justicia social en materia de salud basado en la atención primaria de salud, la tecnología biomédica y de salud pública y un buen conocimiento de los factores socio – culturales.

En 1978 en la Confederación Internacional de Alma-Ata, Rusia, todos los países del mundo se comprometieron a cumplir con la meta “Salud para Todos” en el año 2000. Para lograr este objetivo, los países decidieron ampliar el acceso a los servicios de salud, de los grupos más pobres y desprotegidos de sus poblaciones, reconociendo que la estrategia básica para lograrlo, es la Atención primaria de Salud.

La Atención Primaria de la Salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad pueda soportar con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La APS forma parte del Sistema Nacional de Salud, constituye su núcleo central o principal y todos los otros niveles de Atención Sanitaria, se deben supeditar a este nivel (que es el 1er. Contacto que la comunidad tiene con el Sistema de Salud).

Pero la APS incluye también, la consideración de factores económicos, sociales, ambientales e institucionales que intervienen en el estado de salud de los individuos, las familias y sus comunidades.

- 1) La APS es una estrategia básica para ampliar el acceso de los servicios de salud. Representa el primer nivel de contacto de la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible del lugar de residencia y trabajo, la Atención Primaria.
- Los servicios de salud han sido orientados cada vez más, hacia una mayor cobertura de las poblaciones, con miras, sobre todo, a alcanzar las periferias social y geográfica.

- Con la nueva estrategia de APS se incrementa la atención del primer nivel donde se desarrollarán más las tareas enumeradas en la Declaración de Alma-Ata: educación sanitaria, suministro de alimentos y nutrición, abastecimiento de agua y saneamiento básico, salud materno-infantil, inmunizaciones, prevención y lucha contra las enfermedades transmisibles, atención curativa básica y medicamentos esenciales.
- 2) La estrategia de APS es la racionalización del esfuerzo total con el objeto de redistribuir en términos más equitativos, los recursos que se aplican en forma desequilibrada.
- Si se esquematizan las patologías en una pirámide donde en la base se encuentran las patologías más frecuentes (gripe, resfríos, diarreas, hambre, etc.) y a medida que vamos ascendiendo en la pirámide vamos colocando las patologías menos frecuentes, menos extendidas, hasta llegar al vértice de la pirámide donde se encuentran las patologías más raras, obtenemos un esquema de las enfermedades de acuerdo a su porcentaje de presentación. Si intentamos hacer lo mismo con los recursos de los países destinados al sistema de salud por patologías, vemos que existe una pirámide pero en sentido inverso, la mayor parte de los recursos, está destinada a las patologías menos frecuentes, (transplantes) y las patologías más frecuentes, son a las que se les dedica menor cantidad de recursos.
 - La estrategia de la Atención Primaria de la Salud, busca invertir esta relación y conseguir que la mayor parte de los recursos sea destinada a resolver los problemas más frecuentes, las patologías más comunes y básicas. Si un país tiene escasos recursos y debe decidir entre la compra de un aparato de alta tecnología y vacunas para toda la población, debe elegir la compra de vacunas que son prioritarias para la mayor parte de la población. La compra de la aparatología compleja no está mal a nivel privado, pero a nivel público los estados deben privilegiar los problemas de su comunidad en forma masiva.
- 3) Representa una nueva ordenación de prioridades para todos los niveles de atención y para todos los sectores. La necesidad de frenar la escalada de los costos de los servicios de salud y de equilibrar esos costos con su eficacia ha surgido como uno de los problemas permanentes y la APS es una de las claves para solucionarlo.
- La organización de los servicios se ha modificado en consecuencia, con varios escalones de servicios que abarcan desde la comunidad hasta los grandes servicios de alta complejidad.

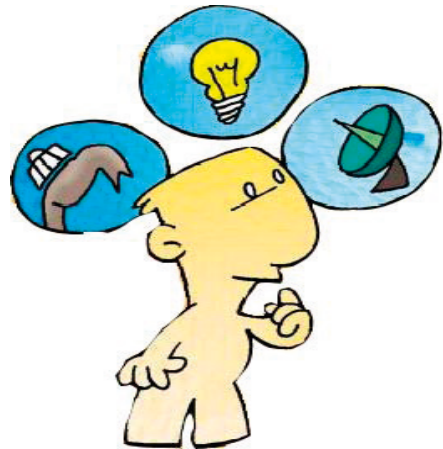
- La APS es el eje de los sistemas de salud y todos los otros niveles de atención deben supeditar a este primer nivel que es el primer contacto que la comunidad tiene con el sistema de salud.
- La APS es un enfoque de atención integral de la salud, para lograr un impacto sobre las condiciones de salud de la población, y por ende, la esencia de una atención de buena calidad.
- Esta estrategia ha sido propuesta para lograr un nivel de salud digno del ser humano, para toda la población como palanca del desarrollo y el bienestar social.
- Una APS efectiva comprendería una serie de medidas sencillas y eficaces en términos de costo, técnica y organización, de fácil acceso para las personas que la necesitan, que contribuiría a mejorar las condiciones de vida de las personas, las familias y las comunidades y que incluiría actividades preventivas, promotoras de salud, curativas, rehabilitadoras y de desarrollo de la comunidad.

ACTIVIDADES EN APS

En la Asistencia Primaria debe considerarse como mínimo la educación de la población acerca de los principales problemas de salud que la afecten, así como los métodos para prevenirlos y combatirlos, la promoción de una nutrición adecuada, acompañada de la sistematización correspondiente en el suministro de alimentos, el saneamiento básico, que incorpora como elemento primordial el abastecimiento adecuado de agua potable, la asistencia materno infantil, la erradicación y el control de las enfermedades locales endémicas, las inmunizaciones contra las principales enfermedades transmisibles, y el suministro de medicamentos esenciales.

Los tres principios básicos de la estrategia mundial de salud son:

1. La equidad en la salud; toda acción a favor de salud debe ser pertinente desde el punto de vista social.
2. La interacción entre salud y desarrollo; la salud contribuye al desarrollo social y económico, de la misma manera que el desarrollo favorece a su vez a la salud.



3. La aplicación de tecnología apropiada a las circunstancias locales; por medio de una estructura sanitaria bien organizada. Cada país debe adaptar la tecnología sanitaria que posee a sus propias circunstancias y aplicarla por medio de una estructura bien organizada.



Los elementos principales que caracterizan a la Atención Primaria de la Salud son:

- **Integral:** Considerando al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial.
- **Integrada:** Que interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y re inserción social que han de formar parte de las actuaciones desarrolladas. Se integra con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.
- **Continuada y permanente:** A lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos y en cualquier circunstancia (consulta, urgencia, seguimiento).
- **Activa:** Los profesionales de la salud no pueden actuar como meros receptores pasivos de las demandas, han de promover activamente la salud y prevención de las enfermedades, poniendo énfasis en la educación sanitaria.
- **Accesible:** Los ciudadanos no deben encontrar dificultades para poder utilizar los medios sanitarios.
- **Basada en el trabajo en equipo interdisciplinario:** Integrado por profesionales de diversas disciplinas y áreas de la salud.
- **Comunitaria y Participativa:** Atención de los problemas de salud colectivos y no solo de los individuales, mediante la utilización de técnicas de la salud pública y medicina comunitaria y la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actividades.
- **Programada y evaluable:** Actuación basada en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.

- **Docente e investigadora:** Desarrollando actividades de docencia y formación continua de los profesionales del sistema y de investigación básica y aplicada en materias propias de su ámbito.

EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

El Equipo de APS está constituido por profesionales que atienden la primera línea, debiendo estar capacitado para resolver un buen número de los problemas emocionales y psicológicos que los pacientes presentan; aunque los especialistas en Salud Mental no se integran orgánicamente en el Equipo de APS, éste ha de contar con la colaboración estrecha de los Equipos de Salud Mental. Por ello son los Equipos de Salud Mental los encargados de prestar atención a la patología psiquiátrica y emocional que necesita de una intervención especializada. Sin embargo, numerosos expertos y sociedades científicas reconocen la necesidad de incorporar a profesionales de la Salud Mental a los equipos de Atención Primaria.

Este equipo de APS básicamente está constituido por:

- Médico general
- Lic. en enfermería
- Auxiliares de enfermería
- Otro personal paramédico

NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL:

- 1) **Primer Nivel:** Son los centros de salud integrados a la comunidad, por ejemplo un centro barrial, que cada grupo comunitario debería tener, cerca del domicilio, un centro de salud de fácil acceso ya que este nivel significaría el primer contacto de la comunidad con el sistema de Salud Mental.
 - En este centro se pueden resolver los problemas más comunes en materia de salud mental como atención de emergencias psiquiátricas, de gente en crisis, realización de psicoterapias breves para problemas comunes y actividades de prevención y promoción de la salud mental.
 - Este centro debe contar con Médicos Psiquiatras, Psicólogos y Asistentes Sociales.
- 2) **Segundo Nivel:** Se da en los servicios de Psicopatología de los Hospitales Generales. En ellos se realizan interconsultas psiquiátricas de otros servi-

cios, tratamientos ambulatorios y en algunos de ellos tienen internación para casos agudos.

- 3) **Tercer Nivel:** Es el Hospital Psiquiátrico. Son hospitales que se dedican exclusivamente a la atención de problemas psicopatológicos. En ellos se deben internar patologías más severas, los casos que no pueden resolverse en otros centros.
- 4) **Cuarto Nivel:** En Psicopatología es la Colonia, donde se internan aquellos pacientes, sobre todo orgánicos, que no van a recuperarse, que no van a poder volver a reinsertarse en el medio social. Allí se los contiene, y se realizan prácticas de rehabilitación.

TEMA 16

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

CONCEPTO DE URGENCIA PSIQUIÁTRICA

Es cualquier alteración de los pensamientos, sentimientos o acciones que requieran intervención terapéutica especializada e inmediata. Implica cualquier comportamiento mórbido que amenace la vida del paciente o la de otros.

Las urgencias psiquiátricas incluyen los más frecuentes trastornos que pueden llegar al consultorio del médico no psiquiatra, lo que se busca es que el diagnóstico, el tratamiento y la referencia de esos pacientes, pueda ser realizado de forma idónea y eficiente.

Se incluyen entre otros temas:

- La depresión
- El suicidio
- Las crisis de pánico
- La psicosis
- La agitación y la violencia
- El abuso de sustancias

┆ a. SÍNDROME DEPRESIVO

Es consulta de urgencias sólo cuando la severidad de la depresión es muy grande, cuando hay depresión agitada, cuando está asociada a ideas suicidas o cuando se presenta en la etapa involutiva de la vida.

La tristeza, pérdida de interés, los trastornos del sueño y del apetito, son síntomas importantes en la depresión del adulto, mientras que en los niños puede manifestarse como una fobia escolar o apego excesivo a los padres. La depresión en los adolescentes se asocia con frecuencia a bajo rendimiento académico, abuso de sustancias, promiscuidad sexual y problemas de conducta.

Los síntomas suelen subvalorarse muy a menudo por quienes rodean al paciente considerándolos reacciones “normales”, a situaciones de estrés, poca voluntad o una ganancia secundaria. Es frecuente que al deprimido le digan “ponga

de su parte”, o “tómese unas vacaciones”, lo que sabemos que no tiene utilidad alguna.

Sólo la mitad de los pacientes con un trastorno depresivo mayor recibe tratamiento médico adecuado. El síndrome depresivo no tratado tiende a hacerse crónico, y los pacientes suelen recaer. En general, a medida que el paciente sufre más episodios depresivos, el tiempo entre estos se reduce y la gravedad se incrementa. Por el contrario, episodios leves, ausencia de síntomas psicóticos y hospitalizaciones cortas se consideran indicadores de buen pronóstico.

La farmacoterapia combinada con psicoterapia es el tratamiento más efectivo. En la actualidad se dispone de modernos medicamentos específicos con pocos efectos colaterales y la efectividad comparable a sus predecesores.

┆ b. EL PACIENTE SUICIDA

Estudios poblacionales sugieren que el intento de suicidio puede alcanzar cifras muy elevadas. Por tanto, es un grave problema de frecuente consulta en los servicios de urgencia y además constituye una gran dificultad diagnóstica y de manejo para el médico no especialista.

El conocimiento de factores de riesgo que diversos estudios han determinado, parece ser la herramienta más valiosa con que cuenta el clínico para asegurar el manejo apropiado de estos pacientes.

Se ha encontrado una asociación muy alta en pacientes que intentan suicidarse y que padecen trastornos afectivos (depresión) o que abusan de alcohol; si bien otras causas que lo precipitan incluyen situaciones asociadas a estrés psicológico (pérdidas significativas, desempleo, etc.)

Los niños y los ancianos se han considerado grupos de edad muy especiales en esta situación, pues la frecuencia de intento suicida en estas poblaciones, es particularmente alta.

Ciertas enfermedades mentales y condiciones médicas generales tienen un fuerte vínculo con los intentos suicidas. Por lo tanto, reconocer tal asociación tiene implicaciones de evaluación y tratamiento al tiempo que constituyen modelos invaluableles que sirven para comprender mejor la fisiopatología del suicidio.

Si se valora que el paciente tiene un alto riesgo de suicidio, fundamentalmente si existe depresión, hay que proceder a la hospitalización psiquiátrica (incluso

con carácter involuntario), con vigilancia estrecha del paciente e instauración rápida de un tratamiento eficaz; inicialmente puede ser necesaria la sedación (con antipsicóticos o benzodiacepinas) y la contención mecánica.

┆ c. **CRISIS DE PÁNICO**

Muchos pacientes buscan ayuda en los servicios de urgencia y muchos casos son diagnosticados de manera incorrecta con el consiguiente resultado de tratamiento inadecuado.

Se requiere de un diagnóstico preciso y de un tratamiento apropiado pues el paciente comienza a presentar ataques o crisis repetidas que le generan preocupación o serias limitaciones, hasta el punto de obligarlo a modificar su vida laboral, familiar y social.

Para disminuir rápidamente los niveles de angustia:

- Intentar medidas de apoyo y conductuales (técnicas de relajación, meditación, incrementar la confianza del paciente en sí mismo). Colocar bolsa de papel sobre nariz y boca del paciente para que respire lentamente y disminuya la hiperventilación.
- Medicación ansiolítica, las crisis de angustia se controlan habitualmente de forma rápida y eficaz con cualquier benzodiazepina, preferiblemente por vía oral y con una vida media corta (alprazolam o lorazepam).
- Informar al paciente sobre su condición clínica, explicando el origen vegetativo de sus síntomas con aclaraciones comprensibles, así como las intervenciones terapéuticas que vamos a realizar y lo que se puede esperar de las mismas, de modo que se pueda instaurar un tratamiento definitivo para el trastorno básico.

┆ d. **PSICOSIS AGUDA**

La psicosis es un trastorno que implica desconexión con la realidad, y presenta sintomatología grave como delirios, alucinaciones, alteración del afecto y el comportamiento.

La “Psicosis aguda” no es un diagnóstico que corresponda a una entidad nosológica independiente; es un estadio de cualquier tipo de psicosis, una crisis, y

corresponde a la instalación rápida y dramática de los síntomas. Los síntomas, generalmente consisten en:

- Agitación
- Comportamientos que no miden consecuencias
- Delirios
- Alucinaciones
- Desequilibrio afectivo
- Alteración del ciclo biológico (vigilia-sueño, apetito)

Las entidades diagnósticas en las cuales aparecen estos síntomas son:

- Esquizofrenia
- Trastornos Paranoides
- Psicosis Reactiva Breve
- Trastornos Afectivos

En la actualidad se mantienen como antipsicóticos de primera línea los tradicionales, como el haloperidol y clorpromazina. Si la respuesta a estos medicamentos es inadecuada, o presenta efectos adversos de difícil manejo, se recomienda el uso de los antipsicóticos de última generación, como la risperidona, la clozapina. En presencia de sintomatología intensa y desorganizada, insomnio prolongado, catatonia, se recomienda benzodiazepinas como lorazepam, diazepam o clonazepam.

‡ e. SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA. DELIRIUM TREMENS

El síndrome de abstinencia alcohólica es el conjunto de alteraciones que aparecen tras la deprivación brusca, parcial o total, de la ingesta de alcohol en un paciente con una dependencia física a este tóxico y se explica por un brusco desequilibrio en neuroadaptación lograda en ese paciente por el consumo prolongado de alcohol. La abstinencia alcohólica es siempre una urgencia médica, que requiere un rápido tratamiento, con una potencial evolución a delirium o crisis comiciales.

Las causas por las que un bebedor crónico abandona bruscamente el consumo de alcohol suelen ser, bien una decisión voluntaria (p. ej., por la toma de conciencia de su problema a raíz de conflictos personales, familiares o laborales), bien por situaciones que le impiden salir a la calle a consumir (una enfermedad o un ingreso hospitalario, por ejemplo).

Los síntomas suelen comenzar cuando las concentraciones de alcohol en sangre disminuyen bruscamente en las 4-12 horas posteriores a la última ingesta, alcanzando su mayor intensidad en las primeras 48 horas y mejorando a partir del cuarto o quinto día.

La característica fundamental del síndrome de abstinencia alcohólica es el estado de hiperactividad neuronal con hiperactividad autonómica (taquicardia, taquipnea, sudoración e HTA), ansiedad, insomnio, náuseas o vómitos, temblor distal de frecuencia rápida y necesidad imperiosa de beber o craving. Cuando la abstinencia es severa aparece el denominado **Delirium Tremens** en el que a la clínica anteriormente descrita se añade la posibilidad de aparición de crisis convulsivas generalizadas, ilusiones o alucinaciones (típicamente visuales, de insectos pequeños, denominadas zoopsias, y con menor frecuencia táctiles o auditivas), ideas delirantes secundarias, insomnio y agitación psicomotriz. A esta fase sólo llegan el 5% de los cuadros de abstinencia alcohólica, pero la gravedad de la misma es tal que el riesgo de muerte sin un manejo adecuado es del 20% y de un 5% aún con tratamiento, siendo las causas más frecuentes de este desenlace fatal el colapso vascular periférico, trastornos hidroelectrolíticos, hipertermia, infecciones, arritmias y suicidio.

En la anamnesis se debe intentar conocer la cantidad de alcohol ingerida habitualmente, el tiempo de abstinencia y los antecedentes de delirium tremens (existe un mayor riesgo en pacientes que ya han tenido episodios previos).

Durante la valoración de este tipo de pacientes es conveniente realizar, además de una adecuada anamnesis y exploración física, unas pruebas complementarias mínimas (analítica general y de orina, ECG y radiografía de tórax) que permitan descartar la existencia de otras patologías asociadas al consumo crónico de alcohol, que puedan condicionar el tratamiento de la abstinencia o requerir un tratamiento agudo por sí mismas, como una hepatopatía crónica, una miocardiopatía dilatada, hipoglucemias o consumo concomitante de otros tóxicos.

Es preciso evaluar el estado hidroelectrolítico, especialmente en los casos con fiebre y vómitos, incluido el calcio y magnesio (existe una correlación entre la hipomagnesemia y la presencia de convulsiones).

El mejor tratamiento para la abstinencia alcohólica es la prevención. Una vez iniciada la abstinencia el tratamiento debe ir dirigido hacia la sedación, la reposición vitamínica para prevenir la encefalopatía de Wernicke (tiamina I.M. inicial y posteriormente complejo B1-B6-B12 v.o.), el control del equilibrio hidroelectrolítico y la aparición de posibles complicaciones médicas, así como

situar al paciente en un ambiente adecuado para prevenir posibles cuadros de confusión mental (escasos estímulos, iluminación suficiente, acompañamiento, etc.).

Los fármacos más utilizados en el manejo de la sedación son las benzodiacepinas (lorazepam, diazepam), de elección si el paciente presenta antecedentes de crisis convulsivas, aunque deben administrarse con cautela en caso de insuficiencia respiratoria. Es preferible la vía oral, pero siempre que se deba recurrir a la administración parenteral se deben utilizar perfusiones lentas y bajo una estricta monitorización.

‡ f. PACIENTE AGITADO-VIOLENTO

Una situación muy dramática en el ejercicio médico es el caso del paciente agitado o violento. Esto puede ocurrir como parte de una consulta de urgencias médicas o quirúrgicas, como referencia de la comunidad al médico más cercano o como complicación clínica de un paciente médico o quirúrgico hospitalizado. En cualquier circunstancia, se trata de una situación amenazante, para la cual el médico y el personal auxiliar deben estar preparados. Es indispensable que el médico disponga de los elementos para la adecuada identificación de este síndrome, su manejo en condiciones de rapidez, eficacia y seguridad para el equipo médico, y las debidas consideraciones para con el enfermo.

LA AGITACIÓN PSICOMOTORA

“Es el aumento de la actividad mental y motriz, de tal manera, que llega a ser desordenada e incontrolable, y por lo tanto, peligrosa para el individuo y para los demás”

Un paciente agitado - violento se presenta en forma amenazante o con una historia de haber cometido un acto violento o agresivo.

MEDIDAS A SEGUIR

El personal de salud debe considerar tres aspectos frente a un paciente potencialmente violento o peligroso:

- La seguridad en el proceso de la evaluación.
- La evaluación de la etiología.
- El tratamiento del problema de base.

La seguridad

- 1) **El Ambiente:** Donde se va a realizar la entrevista debe ofrecer todas las condiciones; ese ambiente debe garantizar tanto la seguridad del paciente como la del personal médico.
 - a. El lugar de la entrevista debe ser un consultorio abierto con una salida accesible al entrevistador.
 - b. El paciente no puede estar armado.
 - c. Personal médico debidamente entrenado, debe estar cerca para auxiliar al entrevistador en caso de que el paciente se descontrola.
- 2) **Inicio de la interacción con el paciente:** El entrevistador:
 - a. No hace juicios.
 - b. Se presenta con una actitud tranquila.
 - c. Manifiesta al paciente su deseo de ayudarlo.
 - d. Le asegura la confidencialidad de la interacción.
 - e. Transmite al paciente los límites requeridos acerca del comportamiento. Por ej. Sin amenazar, señala el tipo de comportamientos que no serán tolerados. Es importante recordar que la mayoría de los pacientes agitados-violentos temen perder el control de sus actos; si el entrevistador es capaz de poner límites a los actos agresivos del paciente, él se sentirá más en control y por lo tanto más tranquilo.
- 3) **Restricción física:** Si el proceso de agitación aumenta, o el paciente no colabora; el comportamiento se vuelve incontrolable, la restricción física se hace indispensable.

Formas de contención en Psiquiatría:

- a. Contención verbal o emocional, se hace un esfuerzo consciente por escuchar y persuadir, buscando tranquilizar al paciente y estimular su confianza.

- b. Contención ambiental, es el retiro del paciente a un espacio apropiado, lejos de estímulos excitadores.
- c. Contención farmacológica o química, se administra un medicamento para aliviar los síntomas. Se debe explicar detalladamente el procedimiento.
- d. Contención mecánica o física, es la limitación y/o privación de la posibilidad de movimiento y /o desplazamiento físico de la persona afectada, con técnicas especiales o con elementos mecánicos (correas, vendas u otros).

La evaluación de la etiología

La agitación y la agresión son el resultado de un trastorno médico, neurológico o mental. La evaluación del paciente agitado, incluye la búsqueda de los siguientes aspectos:

1. Causas orgánicas:

- a. Tóxicas: Alcohol, fármacos anticolinérgicos, antiparkinsonianos, anti-depresivos, antihistamínicos, digitálicos, corticoides, lidocaina, ansiolíticos, y especialmente cuando se inicia o abandona un tratamiento con fármacos con actividad sobre el S.N.C. (especialmente en ancianos y consumidores de drogas ilegales).
- b. Metabólicas: Encefalopatía hepática, uremia, hipoglicemia, hiponatremia, acidosis, hipoxia, hipercapnia, fiebre, deshidratación, endocrinopatías.
- c. Neurológicas: Confusión postconvulsiva en epilépticos, traumatismo de cráneo, pos cirugía cardíaca, infecciones intracraneales. *AVC Accidente Vascular Cerebral* y encefalopatías hipertensivas.

2. La patología psiquiátrica aguda:

- a. Esquizofrenia.
- b. Manía.
- c. Trastornos de ansiedad.
- d. Trastornos de personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Barlow D y Durand V. Psicopatología. Madrid España; 2006.
- Belloch A, Sandín B y Ramos F. Manual de Psicopatología. Vol. I. Madrid España; 2008.
- Brumberg JJ. The Appetite as Voice. Food and Culture: A Reader. Ed. Carole Counihan. New York: Routledge, 1997.159-179.
- Capponi R. Psicopatología y Semiología Psiquiátrica. 12ª ed. Chile; 2013.
- Cerda E. Una Psicología de hoy. 11ª ed. Barcelona España; 1980.
- Cia A. H. Trastornos de ansiedad generalizada. Buenos Aires Argentina; 2009.
- Cortese EN. Manual de Psicopatología y Psiquiatría. 2ª ed. Buenos Aires Argentina: Universidad Abierta Interamericana; 2004.
- Encyclopedia of Mental Disorders. Bulimia nervosa. [sitio en internet]. USA: 2016 [fecha de acceso Septiembre 2016]. Dirección electrónica o URL <http://www.minddisorders.com/Br-Del/Bulimia-nervosa.html>
- Ey H. Tratado de Psiquiatría. 8ª ed. Barcelona España; 1998.
- Huidobro A. Manual CTO de Medicina y Cirugía: Psiquiatría. 11ª edición. Grupo CTO Editorial.
- Kaplan HI y Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. 6ª ed. Barcelona España; 1998.
- López-Ibor JJ, Gelder M y Andreasen N. Tratado de Psiquiatría. 2003
- Marietán RH. Semiología Psiquiátrica. Buenos Aires Argentina; 1996.
- Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Ginebra Suiza: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; 2004.
- Pancheri P y Pérez-Rincón H. Manual de Psiquiatría Clínica. 2ª ed. México; Trillas, 1990.

- PROYECTO ISS – ASCOFAME. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia: Urgencias Psiquiátricas. Colombia; 1997.
- Schulz S. Introducción a la Esquizofrenia y trastornos relacionados. [sitio en internet]. USA: 2017 [fecha de acceso Agosto 2017]. Dirección electrónica o URL <http://www.msd-manuals.com/es/profesional/trastornos-psiquiátricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/introducción-a-la-esquizofrenia-y-trastornos-relacionados>
- Serrato G. Psicología anorexia y bulimia, trastornos de la conducta alimentaria. 1ª ed. Madrid España; 2000.
- Sue D, Sue DW y Sue S. Psicopatología: Comprendiendo la conducta anormal. 9ª ed. México; 2010.
- Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 7ª ed. Barcelona España; 2011.