

Jair García-Guerrero

Psiquiatría General

para Estudiantes de Medicina

INDICE

Introducción e Historia de la Psiquiatría

Capítulo 1

Delirio, Demencia y Trastornos Amnésicos

Capítulo 2

Trastornos Esquizofrénicos

Capítulo 3

Trastornos Delirantes y otros de Tipo Psicótico

Capítulo 4

Trastornos del Estado de Ánimo

Capítulo 5

Trastornos por Ansiedad

Capítulo 6

Trastornos Somatoformes y Disociativos

Capítulo 7

La Ética en la Práctica Psiquiátrica

Capítulo 8

Trastornos Adaptativos

Capítulo 9

Trastornos de Personalidad

Capítulo 10

Trastornos de Identidad Sexual, Parafilias y Disfunción Sexual

Capítulo 11

Trastornos de la Alimentación

Capítulo 12

Trastornos Facticios

Capítulos 13

Trastornos Mentales en la Infancia, Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia

Capítulo 14

Introducción al Tratamiento Psiquiátrico

Capítulo 15

Psicoanálisis y Psicoterapia Dinámica Prolongada

Capítulo 16

Terapias Somáticas: Psicofarmacología

Capítulo 17

Psicoterapia de Grupo

Capítulo 18

Terapia Familiar y Marital

Capítulo 19

Consulta Psiquiátrica en el Hospital General

Capítulo 20

Psiquiatría Geriátrica

Capítulo 21

Psiquiatría Forense

Capítulo 22

Psiquiatría de Urgencias

Capítulo 23

Psiquiatría Hospitalaria y Comunidad Terapéutica

Capítulo 24

La Relación Médico Paciente
Por Horacio Jinich, MD

Capítulo 25

La Historia Clínica Psiquiátrica

Glosario

Términos comunes en Psiquiatría

INTRODUCCIÓN E HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

En la antigüedad, los enfermos mentales eran tachados de locos, endemoniados y su “tratamiento” era administrado principalmente por sacerdotes, y era basado primordialmente en rituales religiosos.

Pasó el tiempo, y empezó a haber hipótesis acerca de los efectos que los “humores” tenían en las alteraciones mentales, así como las consecuencias de un útero “físicamente fluctuante”, de donde sale el trastorno histeria (“hysterus”), y del exceso de bilis negra, que según Galeno causaba melancolía.

Los primeros manicomios (ahora llamados “Comunidad Terapéutica”), se establecieron por primera vez en el medievo. El Renacimiento (S. XVII y XVIII) fue incisivo en sus tratamientos de la época, en los cuales los desafortunados eran quemados o torturados por considerárseles poseídos, endemoniados o brujos.

Pillipe Pinel (1745-1826) y **William Tuke** (1732-1822) lucharon por los derechos de un tratamiento humanitario para los pacientes mentales. **Franz Mesmer** (1734-1815) hizo el primer intento de rehabilitación con su “mesmerismo”, que luego fue llamado hipnosis.

Emil Kraepelin (1856-1926), alemán, en un intento por clasificar todas las psicosis antes descritas, sugirió dividir los trastornos psicóticos en tres grupos: locura maniaco depresiva, paranoia y demencia precoz. Esto lo hizo en 1896. **Eugen Bleuler** (1857-1939), suizo, en 1911 dividió éstas tres de Kraepelin en solo dos grupos: enfermedad maniaco depresiva y esquizofrenia. A ésta última, le consideraba 4 variables básicas: autismo, alteraciones del afecto, ambivalencia y asociaciones.

Jean Charcot (1825-1893), neurólogo francés, trató la histeria con hipnosis. Le enseñó a Freud a hipnotizar a la gente. **Sigmund Freud** (1856-1939), neurólogo austriaco, no pudo ejercer la neurología, entonces se puso a ver pacientes con síntomas raros, y descubrió en ello que el material inconsciente psíquico (no disponible durante la conciencia) revelaba información con la que describió teorías e historias de casos vinculadas frecuentemente con referencias bíblicas, literatura clásica y cultura renacentista.

El psicoanálisis, inspirado por el Dr. Freud, es ahora el tratamiento y la teoría misma. Freud formuló un **aparato psíquico**, formado por 3 partes: **ello**, **yo** y **superyo**, mismos que componen la **teoría estructural**.

Otro concepto fundamental del psicoanálisis, las **etapas de desarrollo psicosexual**, postula que una persona tiene que llevar a cabo una serie de tareas desde la infancia hasta la edad adulta con el fin de alcanzar la salud psicológica. Estas etapas son: oral, anal y genital.

Una contribución importante del Dr. Freud es la comprensión de que un trauma durante el desarrollo causa psicopatología en la edad adulta. Con el fin de presentarse lo mas posible como una figura neutral durante la psicoterapia, el analista se debe poner en la cabecera del paciente; a ésta se le llama la **regla de abstinencia**.

La **interpretación** es la respuesta que da el analista a la información proporcionada por el paciente.

DSM IV:

EJE I:	Todos los trastornos mentales, excepto t. de personalidad y retraso mental
EJE II:	Trastornos de personalidad y retardo mental
EJE III:	Alteraciones médicas generales
EJE IV:	Problemas psicosociales y ambientales
EJE V:	Valoración global del funcionamiento

Todas las enfermedades tienen un componente biológico, uno psicológico, y uno social, entonces unas tienen mas de un componente que de los otros.

Adolf Meyer, suizo, subrayó la importancia del stress cotidiano como modificador de desarrollo normal de la génesis de todas las enfermedades mentales.

MECANISMOS DE DEFENSA

Se dividen en bajos o escicivos (apreciaciones divididas) y altos o represivos.

Negación: El inconsciente borra literalmente de la conciencia una realidad desagradable o que provoca ansiedad.

Sublimación: Redirige un impulso inaceptable hacia una manera aceptable de conducta.

Formación reactiva: Redirige un impulso inaceptable en su opuesto.

Desplazamiento: Impulso hacia una persona o situación determinadas que se redirige hacia un objeto "más seguro", menos opresivo.

Proyección: Un impulso o afecto inaceptable o que provoca ansiedad se traslada a otro objeto o situación. Por tanto, ahora está "ahí afuera", mas que en uno mismo.

Racionalización: Se utiliza una explicación aceptable para un sentimiento o conducta con el fin de enmascarar el motivo o impulso inaceptable subyacente.

Intelectualización: El acto de evitar el "sentimiento", refugiándose en el "pensamiento".

Represión: Un material psicológico inquietante se saca de la conciencia de manera secundaria, o bien, primariamente, no se le permite hacerse consciente.

Aislamiento del afecto: La separación del afecto, que es molesto e inquietante, de una idea o acontecimiento, manteniéndose con apasionamiento los detalles o la descripción relativos.

Supresión: Es la represión intencional de un material consciente desagradable.

Humor: Es una defensa consciente e inconsciente que permite tolerar mejor en la conciencia al material que remueve efectos desagradables.

CAPÍTULO 1 **DELIRIO, DEMENCIA Y TRASTORNOS AMNÉSICOS**

Al explorar el estado cognoscitivo de un paciente, se deberán acentuar las siguientes variables:

- atención
- orientación
- lenguaje
- memoria
- capacidad de construcción
- cálculos
- razonamiento

Una prueba útil en la valoración cognoscitiva es la llamada MINI MENTAL STATE, que en su versión en español interroga:

- ¿Qué fecha es hoy?
- ¿En dónde estamos?
- Nombre tres objetos. Pida al sujeto que los repita y aprenda.
- Reste empezando del 100 de 7 en 7.
- Pregunte por los tres objetos aprendidos.
- Muestre una pluma y un reloj y pida que los identifique.
- Que repita la frase “tres tristes tigres”.
- Que cumpla una orden como: tome un papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y colóquelo en el piso.
- Escriba una oración.
- Que lea la frase “cierre los ojos”.
- Que copie un diseño gráfico.

Trastornos cognoscitivos:

- son los trastornos de la conducta que afectan a la cognición
- ocurren mas frecuentemente en personas de edad avanzada
- son tan frecuentes, que se piensa que llegada cierta edad es inevitable que aparezcan
- en muchos casos se pueden revertir o curar
- sus síntomas mas frecuentes son:
 - resultados fluctuantes en exploraciones del edo. mental
 - alteración en memoria
 - desorientación
 - alteración cognoscitiva, por ejemplo: discalculia, fondo reducido de información
 - alucinaciones

- formicación
- floclación
- juicio alterado
- pobre control de impulsos
- síntomas vegetativos (taquicardia, fiebre, sudor, HTA)
- falta de respuesta al tratamiento convencional
- enfermedad física previa o síntomas físicos actuales
- inicio repentino sin antecedentes psiquiátricos
- ingesta reciente de sustancias o fármacos

En cuanto a la etiología de los trastornos cognoscitivos, es importante saber que un solo síndrome psiquiátrico puede tener muchas causas orgánicas, y una sola causa orgánica puede originar síndromes diferentes.

Factores que afectan a los signos y síntomas:

- físicos:
 - grado de afección del parénquima cerebral, por ejem. un tumor, isquemia, necrosis, etc.
 - velocidad de afección cerebral
 - estado físico del paciente lesionado
- psicológicos
 - tipo de personalidad del sujeto
 - predominio de mecanismos de defensa del sujeto, ya sean escisivos o represivos
 - inteligencia y educación del sujeto
 - nivel de adaptación psicológica previa a la presentación de los síntomas actuales
 - estrés psicológico y conflictos actuales del paciente
- sociales:
 - grado de aislamiento social y apoyo social
 - grado de familiaridad de los sujetos con su ambiente
 - nivel de estimulación sensorial cotidiana

DELIRIO

Estas personas sufren de desorientación y pérdida de la memoria.

Los niños y los mayores de 60 años son mas susceptibles al daño cerebral, y por tanto, al delirio.

Los adictos a alguna droga o alcohol también son débiles a padecerlo.

Puede aparecer delirio en pacientes postoperados, en los que reciben muchos medicamentos, en los que salen de un coma, etc.

El DSM IV define tres tipos diferentes. Sus **criterios diagnósticos** son:

1. Alteración de la conciencia (claridad reducida de conciencia del ambiente), con capacidad disminuida para enfocar, sostener o cambiar la atención.
2. Cambios en el conocimiento (déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o desarrollo de demencia perceptual.
3. La alteración se desarrolla en un periodo breve (horas a días) y tiende a fluctuar durante el curso del día.

El delirio dura normalmente menos de un mes, y tiene seis variables clínicas mas o menos frecuentes, a saber:

1. Alteración de la conciencia: el paciente no puede poner atención, sostenerla o cambiarla; como resultado de esto, no puede decir los meses al revés, deletrear una palabra al revés o restar desde 100 para atrás.
2. Cambio de percepción: el paciente con frecuencia tiene alucinaciones visuales.
3. Desorientación: la del tiempo es peor que la de nombre o lugar.
4. Déficit de la memoria: investigar la memoria, por ejemplo al pedirle al paciente que repita 5 objetos previamente enumerados, es difícil, puesto que el paciente no puede poner atención.
5. Alteración del lenguaje: el discurso de un paciente con delirio es incoherente, desordenado y/o disártico.
6. Aparición súbita en horas o días: además, durante el día pueden estar inactivos o pasmados, y en la noche agitados o ansiosos.

Los metales pesados cuyas intoxicaciones producen delirio son:

- Arsénico
- Molibdeno
- Cobalto
- Litio
- Talio
- Plomo

Así mismo, la intoxicación por los siguientes medicamentos produce delirio:

- anfetaminas
- aminofilina
- atropina
- cafeína

- cocaína
- alcaloides del ergot
- antidepresivos tricíclicos
- marihuana (por eso la llaman “droga light”)
- mezcalina
- salicilatos
- estricnina
- DDT
- clordano
- lindano
- quinina
- escopolamina
- LSD
- alcohol y su supres
- antihistaminicos
- barbitúricos
- supres de opiáceos

Las causas más frecuentes de delirio son:

- Desequilibrio metabólico:
 - o hipoxia
 - o hipercapnia
 - o enfermedad hepática
 - o enfermedad renal
 - o hiper o hipotiroidismo
 - o hipoglucemia
 - o hipercortisolemia
 - o anormalidades electrolíticas
- Intoxicaciones por drugs o supresiones ya mencionadas arriba
- Traumatismos en cabeza
- Estado posoperatorio
- Deprivación sensorial o sobreestimulación

Se desconoce la patogénesis del delirio, pero parece consistir en disfunción tanto de la corteza cerebral, como de estructuras subcorticales encargadas del ciclo circadiano, y del sistema de alerta (SARA).

El diagnóstico diferencial es con trastornos funcionales, como esquizofrenia, y trastornos afectivos, disociativos y facticios. Una constante de valor diagnóstico es la evolución súbita de los síntomas.

Es importante recordar que puede haber delirio y demencia al mismo tiempo.

El pronóstico depende de la rapidez en el diagnóstico de la causa subyacente; si se trata con éxito, puede haber una recuperación total; si se deja progresar, el delirio puede culminar en demencia o incluso la muerte.

El tratamiento del delirio incluye medidas generales y específicas, y va orientado a los factores causantes, primero identificándolos mediante cuanto estudio de laboratorio o de imagen sea conveniente. Una vez id la causa, ésta se trata, por ejemplo, para el síndrome de supresión de barbitúricos, se dan dosis decrecientes de los mismos.

Las medidas generales para un paciente de urgencias que llega a Shock-Trauma con un cuadro de delirio incluyen la garantía de líquidos, electrolitos, equilibrio nutricional, y la vigilia de hipertermia, choque, sueño y descanso. Una vez internado, el paciente deberá ser mantenido al tanto de la hora, el día, y el porqué de su internamiento por parte del personal de enfermería. Estas medidas ayudarán a la rápida recuperación de los síntomas, y a evitar cuadros de agitación o inquietud.

DEMENCIA

Existen muchos tipos de demencia, pero en todos, el síntoma predominante es la pérdida de la memoria para eventos recientes, y ésta, además, se acompaña de déficit en múltiples variables cognitivas.

Puede ser acompañada de problemas para encontrar palabras adecuadas para expresarse (afasia), problemas para reconocer objetos (agnosi), o para completar series de movimientos a pesar de poder completar los movimientos individuales (apraxia).

El paciente con demencia es olvidadizo, tiene dificultades para aprender el nuevo material y a menudo tratará de volver mínimos sus déficit o de negarlos.

Criterios diagnósticos del DSM IV para la demencia de cualquier tipo:

1. Alteración de la memoria.
2. Por lo menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:
 - a. Afasia
 - b. Apraxia
 - c. Agnosia
 - d. Alteración del funcionamiento ejecutivo (planeación, organización, secuencia, abstracción)

Es frecuente que estén deprimidos, en especial al inicio de la enfermedad, con riesgo de intentos de suicidio.

Debemos buscar, además:

- deterioro en su aseo
- alteración en el afecto
- deterioro en la introspección
- acentuación de rasgos pre-mórbidos
- dificultad en el pensamiento abstracto

La capacidad de abstracción, alterada en estos pacientes, se explora y confirma cuando al pedirle al paciente que encuentre las similitudes entre una silla y una mesa, éste no las determina.

La demencia puede tener una evolución progresiva, estática o remitente, que dependen de la causa subyacente.

En los E.E.U.U., la demencia de tipo Alzheimer ocurre en un 2 a 4% de la población mayor de 65 años, siendo la más frecuente, con un 50% de los casos; el segundo lugar lo ocupa la de tipo vascular con el 20% y el 30% restante es por múltiples etiologías.

Hay tres tipos de demencia, según el DSM IV:

1. Tipo Alzheimer (inicio lento, con deterioro continuo gradual)
2. Tipo vascular (inicio abrupto, con deterioro progresivo)
3. No específica, por ejemplo, por alguna de las siguientes enfermedades:
 - a. Infección por VIH
 - b. Traumatismo de cabeza
 - c. Enfermedad de Parkinson
 - d. Enf. de Huntington
 - e. Enf. de Pick
 - f. Enf. de Creutzfeldt-Jakob
 - g. Hidrocefalia de presión normal
 - h. Hipotiroidismo
 - i. Neurosífilis
 - j. Tumor cerebral
 - k. Deficiencia de vitamina B12

La demencia tipo Alzheimer tiende a presentarse cuatro veces mas frecuente en familiares de un paciente que la padeció. Se dice que es común que provoque una escisión o una consolidación de los lazos familiares.

El pronóstico depende totalmente de la causa. La de peor es la tipo Alzheimer, que culmina con la muerte en pocos años.

El diagnóstico diferencial se hace con las siguientes enfermedades:

1. Envejecimiento normal (en éste hay pérdidas ligeras de memoria y velocidad de pensamiento ligeramente menor)
2. Delirio (éste tiene un inicio súbito, con fluctuaciones en el día, mientras que la demencia es de inicio gradual)
3. Esquizofrenia (tiende a presentarse en la juventud, además de la desorganización notable con tendencias psicóticas)
4. Enfermedad facticia (el olvido del nombre propio solo ocurre en etapas avanzadas de la enfermedad real, mientras que los simuladores pretenden olvidar incluso su nombre)
5. Trastornos del estado de ánimo (la depresión tiene datos tan similares a la demencia, que es comúnmente llamada “seudodemencia”; la alteración cognoscitiva desaparecerá con la pronta recuperación de la depresión)

Diferenciación de...

Pseudodemencia	Demencia:
Inicio repentino	Inicio gradual
Enfermedad psiquiátrica anterior	No enfermedad psiquiátrica anterior
Signos vegetativos	No hay signos vegetativos
Pxs exponen sus déficit cognoscitivos	Ocultan sus déficit cognoscitivos
Suelen responder “no se”	Intentan responder y la inventan
Memorias recientes y remotas escasas	Memoria remota es mejor que la reciente
No frecuente la “Puesta de sol”	Fenómeno “Puesta de sol” común

Fenómeno “puesta de sol”: Se refiere a la acentuación de la confusión y de las alteraciones cognoscitivas por la noche debido a la disminución de las pistas de orientación, como luz, contacto interpersonal, etc.

Si no podemos diferenciar entre demencia y depresión, tratamos primero la depresión, y vemos si mejora la demencia.

Etiologías:

1. Demencia tipo Alzheimer: (probablemente multifactorial)
 - a. **TC o IRM: (Tomografía o Resonancia)**
 - i. atrofia cortical
 - ii. ensanchamiento ventricular
 - iii. microinfartos corticales
 - b. **TEP: (Tomografía por Emisión de Positrones)**
 - i. metabolismo disminuido
 - c. **EEG: (Electroencefalograma)**
 - i. disminución difusa de la actividad eléctrica del cerebro
 - d. **Cambios histopatológicos:**
 - i. placas seniles microscópicas
 - ii. marañas neurofibrilares
 - iii. degeneración neuronal
 - iv. pérdida de neuronas adrenérgicas del *locus ceruleus*
 - v. alteración del metabolismo neuronal que origina liberación de sustancias.
2. Demencia vascular:
 - a. **Cambios histopatológicos:**
 - i. infartos corticales, subcorticales grandes, pequeños y lacunares con isquemia cerebral que disminuye el tejido cerebral, con la consecuente desconexión con la corteza
 - b. **Antecedentes médicos:**
 - i. pudo haber tenido HTA
 - ii. la demencia se acompaña de focalización de las lesiones
 - c. **TC, IRM o TEP:**
 - i. datos de infartos
 - ii. disminución del riego sanguíneo cerebral

El tratamiento va orientado a la causa, y en la enfermedad de Alzheimer se han intentado, con resultados promisorios los inhibidores de la acetilcolinesterasa, el hidergine, la nimodipina, el captorpil, la selegilina, y algunos fármacos nootrópicos, como oxitracetam, acetilcarnitina e idebenona, entre otros.

Los pacientes con tratamientos combinados tienen mejores resultados que aquéllos con fármacos que atacan solo un mecanismo probable.

Los pacientes con demencia vascular tienen mejor pronóstico si se les aplica aspirina, 325 mg. al día.

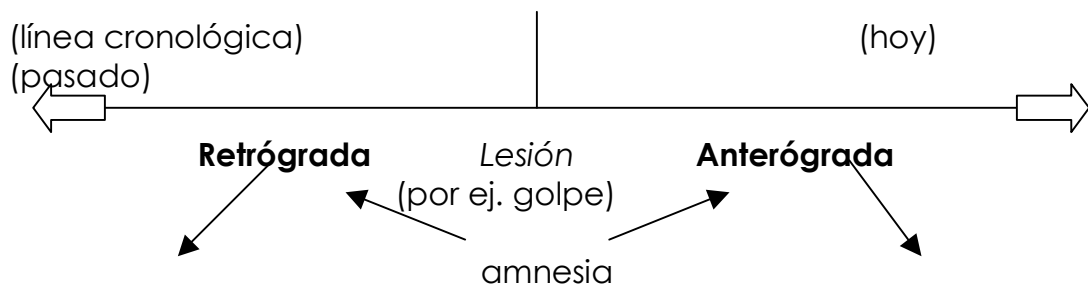
TRASTORNOS AMNÉSICOS

Memoria:

1. Inmediata (dura 30 seg. sin distracción; capacidad de 7 artículos)
2. Mediata o Reciente (funciona al acordarnos de algo 5 minutos después de aprendido)
3. Remota (dura años)

Amnesia:

1. Anterógrada (después de la lesión, no nos acordamos)
2. Retrógrada (antes de la lesión, no nos acordamos)
3. Psicógena (fáctica, con alteración selectiva de memoria)



antes de la lesión

memoria inmediata y reciente normales

memoria remota anormal

después de la lesión

memoria inmediata y remota normales

memoria reciente anormal

Criterios diagnósticos según el DSM IV:

1. Desarrollo de deterioro de la memoria que se manifiesta por incapacidad de aprender nueva información o incapacidad de recordar información que se aprendió anteriormente.
2. La alteración de la memoria origina deterioro significativo en el funcionamiento social y ocupacional.
3. La alteración de la memoria no ocurre de modo exclusivo durante el curso del delirio o de la demencia.
4. Hay datos en la historia clínica, la exploración física o pruebas de laboratorio de una alteración médica general (incluyendo traumatismo físico), que se relacionan con el inicio de la amnesia.

La alteración de la memoria es transitoria si dura menos de un mes, o crónica si dura más.

El pronóstico depende de la causa. Éstas son:

- A. Síndrome de Korsakoff (déficit de tiamina en alcohólicos) (recuperación pobre)
- B. Traumatismo cerebral (recuperación incompleta)

- C. Anoxia cerebral
 - 1. Paro cardiaco
 - 2. Insuf resp aguda
 - 3. Accidente anestésico
 - 4. Intox con CO (recuperación incompleta)
 - 5. Ahogamiento
 - 6. Estrangulación
- D. Lesiones que ocupan espacio
 - 1. Tumores
 - 2. Abscesos
 - 3. Hemorragia
- E. ACV (resuperación incompleta)
- F. Infecciones
 - 1. Virus Herpes Simple (recuperación pobre)
 - 2. Meningitis tuberculosa
- G. TEC (recuperación total)
- H. Epilepsia (recuperación total)
- I. Hipoglucemia aguda
- J. Inducida por sustancias
 - 1. Anticolinérgicos
 - 2. BDZ (recuperación total)
 - 3. Intox con metales pesados
 - 4. Alcohol (recuperación total)
- K. Amnesia global transitoria (de etiología desconocida)

Cuando es por un golpe, aparece súbitamente, y desaparece poco a poco, frecuentemente de manera incompleta.

Cuando ocurre un sdme de Korsakoff, éste aparece lentamente, pero se establece muchas veces de manera irreversible.

El diagnóstico diferencial se hace con delirio, demencia y encefalopatía de Wernicke.

La amnesia global transitoria se caracteriza por inicio agudo de alteración de la memoria en pacientes mayores, sin ningún descubrimiento neurológico relacionado; el trastorno se resuelve en 24 hrs. Su etiología es aun desconocida, y los que la padecen reportan amnesia anterógrada y retrógrada profundas, pero su memoria inmediata está intacta.

El tratamiento va orientado hacia la causa, como en el sdme de Korsakoff se administran dosis de vitamina B1; los pacientes graves pueden ser ayudados con mnemotecnias.

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS

Esquizofrenia: “mente dividida”

- 1890-1910: Emil Kraepelin describió 3 trastornos mentales: locura maniacodepresiva, demencia precoz y paranoia.
- 1911: Eugen Bleuler le cambió el nombre de “demencia precoz” a “esquizofrenia”, y determinó 4 procesos psicológicos centrales para la enfermedad
 - o autismo (volcarse hacia adentro)
 - o ambivalencia (dos ideas o sentimientos poderosos opuestos)
 - o afecto perturbado (“tono de los sentimientos”; es un criterio objetivo)
 - o asociaciones
- Kasanin pensaba que la esquizofrenia y la enfermedad maniacodepresiva, juntas constituían el trastorno esquizoafectivo.
- Langfeldt llamaba “esquizomorfos” a los “esquizoafectivos”.
- Adolf Meyer, suizo, subrayó la importancia del stress cotidiano como modificador de desarrollo normal de la génesis de todas las enfermedades mentales.

Todas las enfermedades mentales tienen un componente biológico, uno psicológico y otro social; algunas tienen más de uno que de otro.

Esquizofrenia:

- a. Sentimientos:
 - a. Perplejidad
 - b. Aislamiento
 - c. Ansiedad y terror
- b. Síntomas
 - a. Alteración del lenguaje y de la comunicación
 - b. Alteración del contenido del pensamiento
 - c. Alteraciones de la percepción
 - d. Alteraciones del afecto
 - e. Alteración del sentido de sí mismo
 - f. Alteración de la voluntad
 - g. Alteración de relaciones con el mundo externo
 - h. Alteraciones de la conducta

Afecto: “tono” de los sentimientos (expresión externa de las emociones).

Estado de ánimo: Se infiere a partir de los datos combinados de afecto y de la propia comunicación de los enfermos.

(Emoción: angustia, stress, paz, tranquilidad, nerviosismo)

(Sentimiento: amor, odio, venganza, felicidad)

Criterios diagnósticos del DSM-IV para la esquizofrenia:

1. Dos o mas de los siguientes síntomas, presentes cada uno durante una parte significativa de tiempo en el período de un mes:
 - a. delirios
 - b. alucinaciones
 - c. habla desorganizada
 - d. conducta muy desorganizada o catatónica
 - e. síntomas negativos (afecto plano, alogia, abulia)
 Nota: Solo se requiere de un síntoma del criterio 1 si los delirios son extraños o las alucinaciones son una voz rara o dos voces.
2. Disfunción sexual/ocupacional: durante una parte significativa del tiempo a partir del inicio de la alteración, una o mas áreas principales de funcionamiento (trabajo, relaciones interpersonales, aseo), están por debajo del nivel logrado antes del inicio.
3. Duración: Signos continuos que persisten por lo menos seis meses. En estos seis meses, hay un mes de síntomas del inciso 1, lo que indican fase activa de la enfermedad.
4. Exclusión de trastorno esquizoafectivo y del estado de ánimo: Se excluyen por:
 - a. ausencia de depresión mayor, manía o síntomas mixtos durante la fase activa
 - b. si hay episodios de alteración del estado de ánimo, su duración ha sido breve, en comparación con períodos activos o residuales.
5. Exclusión de sustancias/alteración médica general: Estos se excluyen.
6. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay antecedente de autismo, o algún padecimiento generalizado durante el desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia se efectúa solo si también existen delirios notables o alucinaciones por lo menos durante un mes.

Px no psicótico: criterio de realidad preservado

Px psicótico: criterio de realidad perdido

(px no distingue lo de adentro de lo de afuera)

No psicótico:	{	Neurosis:	Fobias Depresión TOC etc.
		Border line:	Trastornos leves del carácter Trastornos medios del carácter Trastornos graves del carácter

Psicótico: {
 Esquizofrenia
 Trastorno bipolar
 Psicosis orgánica
 Psicosis inorgánica

Teorías de la esquizofrenia:

1. Bioteorías:

- a. exceso de dopamina en vía dopaminérgica (vía mesolímbica) y eso se traduce en síntomas como delirios, alucinaciones, trastornos del pensamiento
 - i. La disminución de la dopamina produce aislamiento, negación, difícil interrelación con otras personas, difícil socialización: estos son los SINTOMAS NEGATIVOS (casi todos los nuevos antipsicóticos "atípicos" actúan en esta fase)
 - ii. SINTOMAS POSITIVOS: son causados por un exceso de dopamina, y son: alucinaciones, delirios, conducta agitada o desorganizada, etc. (casi todos los antipsicóticos actúan en éstos síntomas)
- b. atrofia de corteza visible en TCEP, TAC, IRM
- c. viral
- d. dilatación ventricular

2. Psicoteorías:

- a. el bebé no distingue lo que está adentro de el y fuera de el, eso se llama "disociación simbiótica"; así crece y de grande genera esquizofrenia. Si está super cuidado se puede traducir en no querer separarse.

3. Teorías sociales:

- a. "Teoría general de sistemas": una alteración en uno de los elementos puede causar una alteración en todos los sistemas. Ejemplos de sistemas:
 - i. Sistema cátedra:
 - 1. subsistema maestro
 - 2. subsistema alumnos
 - ii. Sistema familia
 - 1. subsistema padres
 - 2. subsistema hijos
 - a. subsistema hijos varones
 - b. subsistema hijas hembras
- b. Seudomutualidad

El px esquizofrénico tiene alteraciones en el pensamiento como:

- 1. Ideas de referencia (una paranoia leve)

2. Delirios sistematizados (un estímulo que me llega, me llega alterado y yo lo modifico para sentir que tengo yo la razón)
3. Delirios no sistematizados (éstos ya indican esquizofrenia; es evidente que el paciente está mal)
4. Alucinaciones auditivas (patognomónico de esquizofrenia)
5. trastornos en asociaciones

Nota: el 1 y el 2 se presentan en pacientes paranoicos no esquizofrénicos. Otras alucinaciones (visuales, táctiles, olfatorias) pueden indicar otro trastorno.

Delirio: creencia falsa que puede ser fija o temporal.

Alucinación: Percepción falsa en ausencia de un estímulo externo.

Ilusión: Interpretación falsa de un estímulo real.

Desarrollo de la esquizofrenia:

Fase prodrómica ("jair ha cambiado, jair no es el mismo")

Fase activa (síntomas)

Fase residual

Síntomas de la fase activa:

1. Anhedonia
2. Autismo
3. Aislamiento
4. Delirios no sistematizados
5. Alucinaciones auditivas
6. Lenguaje trastornado de asociación
7. Neologismos
8. Alogia

Recuerda que los síntomas se originan en la vía mesolímbica.

Diagnóstico de esquizofrenia:

6 meses de prodromos

mas un mes de fase activa

0 meses de prodromos

6 meses de fase activa

0 meses de fase residual

0 meses de prodromos

1 mes de fase activa

6 meses de fase residual

Si hay menos de un mes de fase activa: "PSICOSIS BREVE REACTIVA"

Esta última a todos nos puede pasar(¿). (Causas: duelo, drogas, crisis)
Los px's que desarrollan PBR tienen pocas posibilidades de desarrollar esquizofrenia.

Si la fase activa dura mas de un mes pero menos de 6, el dx es de TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME.

El 80% de los trastornos esquizofreniformes evolucionan a esquizofrenia.

Delirio mesiánico: siente que si mueve un dedo se va a acabar o destruir el mundo.

Hay gente enferma que tiene ideas sanas.

Dx. diferencial de la Esquizofrenia:

- TOC
- PBR
- drogas
- retardo mental
- bipolar (trastorno del afecto)
- contratransferencia: (con un esquizofrénico no te relacionas ni emparentas)

Tratamiento de la Esquizofrenia se divide en:

1. Terapia orgánica (biológica), dentro de esta la farmacoterapia, que es la que le debe importar al médico general.
2. Terapia psicológica
3. Terapia ambiental.

1.- Farmacoterapia.

Esta vertiente terapéutica ha tenido muchos avances en los últimos años. En general se deben tener en cuenta los siguientes conceptos:

1. La terapia farmacológica ha disminuido notablemente el número de pacientes hospitalizados, así es que la mayoría puede andar bien en forma ambulatoria.
2. Indispensable para hacer otros tratamientos, por ejemplo: terapia social, psicológica, etc. Se necesita la terapia farmacológica para que los pacientes de vuelvan accesibles.
3. Evita las recaídas de los pacientes y por lo tanto evita la rehospitalización, la reagudización y los problemas sociales. Pero esto implica que la terapia debe ser prolongada, no basta con mejorar los síntomas y retirarlo.
4. Actúa mucho más sobre síntomas positivos que sobre los negativos: porcentaje importante que no recupera (25%).

Tratamiento medicamentoso: receptores diana:

1. Antipsicóticos típicos
 - a. para receptores D2 (buenos para síntomas positivos)
2. Antagonistas de serotonina y dopamina
 - a. 5HT-2 A
 - b. D2
3. Antagonistas parciales
 - a. DA
4. Antipsicóticos atípicos
 - a. D2
 - b. 5HT-2 A
 - c. D3
 - d. D4
 - e. 5HT-2 C
 - f. 5HT3,6,7

Principales antipsicóticos atípicos: Actúa en síntomas

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. Olanzapina (Zyprexa®) | |
| 2. Clozapina | Positivos, negativos, depress, cognitivs |
| 3. Quetiapina | |
| 4. Haloperidol | Positivos |
| 5. Risperidona | Positivos, negativos, depresión |
| 6. Ziprasidona | |
| 7. Aripipazol | |

Los antipsicóticos atípicos tienen menos efectos colaterales, como la galactorrea porque no disminuyen la prolactina.

Akineton (Biperiden®) (2-4 mg) disminuye los síntomas extrapiramidales.

Neurolépticos.

Se dividen en Típicos (convencionales, clásicos) y Atípicos.

Los Neurolépticos **Típicos** se clasifican en:

a) Neurolépticos de baja potencia, pero con buen efecto sedante, útil en pacientes con agitación. Son baratos en relación con los neurolépticos atípicos: **Clorpromazina** y **Tioridazina** (Meleril®). La **clorpromazina** fue el primer neuroléptico, viene en tabletas 25-100 mg y también en forma inyectable y gotas. La **tioridazina** viene en tabletas de 10-25-100 mg, en preparados retard de 30-200 mg y también en suspensión (útiles en personas de edad).

b) Alta potencia (incisivos), con poco efecto sedante, por lo que además pudiera requerirse ansiolíticos. El más importante es el

Haloperidol (Haldol®) que viene en tabletas de 0.5-1-5 mg (10 mg sólo hospitales) y también inyectables en forma prolongada.

Los Neurolépticos **Atípicos** han aparecido en los últimos 15 años, tienen otros mecanismos de acción y otras ventajas. Entre ellos se encuentra: **Clozapina**, de buen efecto, pero peligroso, **Olanzapina** y **Risperidona**. Estos tres medicamentos son relativamente nuevos, por lo que se tiene menos experiencia, aunque tienen ventajas más o menos demostradas y alto costo mensual (\geq \$100.000).

Características generales de los neurolépticos típicos o clásicos

Todos tienen acción similar, con una eficacia parecida donde no se ha demostrado superioridad de alguno de ellos. Se escoge el medicamento por la experiencia anterior del paciente (a cuál respondió bien), por buena respuesta en algún familiar con esquizofrenia y por la experiencia del médico.

Tienen efectos colaterales adversos, fundamentalmente los efectos extrapiramidales y sedantes.

Son efectivos esencialmente en síntomas productivos y tienen poco efecto sobre los síntomas negativos (apatía, autismo, falta de productividad). No hay nivel plasmático que se relacione con la eficacia en sus efectos. No utilizar menos de 4 a 6 semanas antes de saber que el medicamento no tiene efecto.

La acción es diferente de acuerdo a cada medicamento, pero esencialmente actúa a nivel de **receptores dopaminérgicos D2** y menos a través de receptores serotoninérgicos **5HT2**. También son de acción muscarínica e histamínica importante y menos acción α -adrenérgica. Cada medicamento actúa en diferentes proporciones. Los Atípicos actúan en los mismos receptores, pero de manera distinta.

Modo de empleo:

Al comienzo se recibe a la persona habitualmente con inquietud psicomotora. Se utiliza por vía parenteral: Haldol (ampollas de 5 mg i.m.), se puede requerir cada 2 horas x 3-4 veces por día, hasta que se tranquilice en unos 2 días. También se puede utilizar clorpromazina inyectable: 50-75 mg, pero deja fácilmente abscesos fríos que pueden ser graves al usar grandes dosis, y por otro lado puede producir hipotensión. Por estas razones no se debe preferir la clorpromazina.

El haloperidol después de 2-3 días puede producir reacciones distónicas agudas (raros), por lo que se usa con relativa tranquilidad. Después de 2, 3 o 4 días se pasa a medicación oral.

En la medicación oral en fase aguda la dosis/día es diferente dependiendo de las circunstancias. En general son las siguientes dosis al día: 400-600 mg de clorpromazina y 400-600 mg de Tioridazina. No debe pasarse de 800 mg/día por problemas en la retina (pigmentaciones

severas) a diferencia de clorpromazina. La medicación puede ser mayor hacia la noche (por efecto sedante). Se puede comenzar con poco y subir relativamente lento para alcanzar estas dosis. El haloperidol se puede usar en 20-40 mg. No se deben subir muy rápido las dosis por aumento del riesgo de efectos colaterales extrapiramidales.

La equivalencia en dosis entre la clorpromazina y la Tioridazina es de **1:1** y entre Clorpromazina/Tioridazina vs el haloperidol es de **1:40-50**.

En la fase aguda hay que llegar a las dosis descritas y mantenerlas. Luego hay que esperar por 4-6 semanas y verificar si hay respuesta o no. En caso de una buena respuesta: mantener dosis por mucho tiempo. Cuando se han controlado los síntomas por 1-2 meses se puede bajar lentamente, en forma semanal, para alcanzar una dosis de mantención.

La dosis de mantención es variable: Clorpromazina y Tioridazina : 100-300 mg y Haloperidol : 1-2 a 10 mg

La tendencia actual es que debido a la compliance baja por parte del paciente se usan fármacos de depósito o acción prolongada, que tienen un efecto que dura 2-4 semanas; entre estos tenemos dos fármacos: **Flufenazina** (Modecate®) y **Haldol**. No son tan caros, y las dosis i.m. deben usarse cada 2-4 semanas dependiendo del cuadro.

Los tratamientos a largo plazo deben pasar de dosis oral a inyección i.m., recalcando que hay que mantener durante largo tiempo ya que el máximo de recaídas se produce en los 5 primeros años de enfermedad y luego los 10 primeros años, y ya que son los períodos más críticos se debe mantener el tratamiento.

Con el Haldol aparecen síntomas extrapiramidales, que deben ser tratados con **antiparkinsonianos**, de uso no profiláctico, sino sintomático. Estos mismos fármacos tienen efectos colaterales (anticolinérgicos), incluso con efectos psicóticos. Su uso es necesario frente a los de alta potencia como el Haldol. Habitualmente se usa durante 3-4 meses y luego se baja la dosis; a veces basta 2/3 de la dosis inicial para buen control. Cuando se bajan las dosis de antiparkinsonianos se debe hacer en forma lenta. El más usado es el **Tonarid®** o Trihexifenidilo en dosis de 2 mg v.o. x 2-3 veces al día.

Efectos colaterales:

- Sobre el SNC con efectos negativos, ya que ocasionalmente los primeros días hay exacerbación de la sintomatología psicótica por efecto anticolinérgico.
- Efecto sedante importante de la Clorpromazina y Tioridazina. Produce sueño importante en los pacientes y se deben utilizar cuando se quiere este efecto.
- En electroencefalograma hay lentitud de ritmos alfa. La clorpromazina puede ser epileptógena.

- Síntomas extrapiramidales, especialmente con el Haldol donde clínicamente se produce síndrome parkinsoniano, prácticamente indistinguible de la enfermedad de Parkinson idiopática.
- Reacciones distónicas agudas, también más con el haloperidol. Son espasmos de la cara, de boca y del cuello. Especialmente en hombres jóvenes, responden a la inyección de antihistamínicos o antiparkinsonianos.
- Acatisia, que es la incapacidad de quedarse quieto, intranquilidad de piernas con sensación subjetiva de angustia intensa. Cede a antiparkinsonianos y benzodiazepinas.
- Disquinesia tardía, que ha aumentado en importancia en los últimos años. Es un síndrome que se presenta después del uso prolongado, sobre todo con los incisivos (no se sabe por qué). Lo primero que aparece son síntomas en región buco-labio-faríngea, con movimientos de lengua, inflarse la boca, con movimientos de los labios (como guagua). Más raro son los movimientos coreatéticos (dedos y pies) y tics y respiración irregular. Se sabe muy bien que el uso durante largos períodos evita las recaídas, por esto mismo aumenta las posibilidades de disquinesia tardía, que también se puede producir cuando se retira bruscamente el fármaco. Este síndrome se presenta después de varios años, no se conoce su etiología. Parece ser que el hecho de retirar el medicamento en sí mismo no sirve mucho, pero sí tener en cuenta que cuando se presenta el cuadro se debe suspender el fármaco y así algunos casos empiezan a mejorar. Los antiparkinsonianos empeoran el cuadro, parece ser que esto está relacionado con la Dopamina (pero no está muy claro). Se han hecho intentos inútiles con el uso de drogas paliativas. No se ha tenido buen resultado con drogas como el Clonazepam, ni tampoco antagonistas de los canales de calcio (salvo en algunos casos). Este cuadro se presenta en el 20-30% de los pacientes que han utilizado el fármaco por tiempo prolongado, cuando se suspende el fármaco se pasa a un 12%, un 8% se hace \pm tolerable, y el 1% son intratables. Lo único \pm efectivo sería el uso de Clozapina (neuroléptico atípico) con buenos resultados, pero de uso muy delicado ya que producen alteración de la serie blanca muy graves (hacer controles semanales de recuento de granulocitos con estudio médico).
- Efectos anticolinérgicos, que son muy notorios y molestos, entre ellos se cuentan sequedad bucal, hipotensión ortostática, alteración de la acomodación ocular (sobre todo con los del grupo sedante), por lo demás no se deben usar en glaucomas ni cuando existen problemas en próstata.
- En la Piel la clorpromazina produce fotosensibilidad (piel tostada).
- Raramente produce agranulocitosis, púrpura trombocitopénica, anemias hemolíticas e ictericias colestásicas (clorpromazina).

- Efecto ocular especialmente con Tioridazina sobre los 800 mg, con retinopatía pigmentaria y depósitos granulares (con alteración de la visión).
- Alteraciones endocrinas con aumento de prolactina. En el hombre esto produce ginecomastia y alteración en la eyaculación (tardía o retrógrada), y en la mujer produce hirsutismo y presencia de leche.
- Aumento de peso (¿posible alteración endocrina?), que puede ser significativo y molesto.
- Pasa la barrera placentaria, por lo que se deben tomar precauciones en la mujer embarazada.

La principal ventaja de los atípicos es que actúan sobre los síntomas positivos y negativos simultáneamente.

Como concepto importante hay que considerar la farmacoterapia como inevitable.

2.- Psicoterapia

Tratamiento psicológico:

1. Internamiento intrahospitalario:
 - a. Tradicional
 - b. Comunidad terapéutica
 - i. Sistemas y subsistemas
 - ii. Psicoanálisis
 - iii. Tratamiento sociológico (también incluye a la familia)
2. Ser un "yo" auxiliar al paciente
 - a. Tu le prestar tu yo para que el tome sus decisiones
3. Asociado a fármacos y al tratamiento sociológico da mejores resultados.

a) Individual.

Es importante en ciertas condiciones:

1. Cuando se han pasado los síntomas agudos y se ha estabilizado el paciente, por lo tanto en la fase aguda debe haber mínimo contacto, sólo con farmacoterapia.
2. Debe ser muy médica, ayudando a resolver problemas prácticos de la vida cotidiana, con una dosis de "buen tino".
3. Formar una alianza con el paciente para mantener la terapia medicamentosa.
4. Ayudar al contacto con el personal paramédico (auxiliar, enfermera, psicólogo, asistente social), que son importantes en el tratamiento.
5. Cuando el tratamiento es muy largo, la relación médico-paciente será larga, debe mantenerse el contacto con el paciente.

6. Ver los estresores sociales que están actuando y que desencadenan el cuadro, por ejemplo en Esquizotípicos es importante la socialización.

b) **Familiar.**

Médicos, psicólogos o asistente social.

Dar apoyo a la familia y educarla, así se evitan mitos negativos y culpas, recordando que la expresividad emocional aumenta las recaídas y dificulta el tratamiento. Se debe velar porque no hayan demasiados conflictos intrafamiliares y ayudar a que entiendan la importancia del tratamiento farmacológico.

3.- Terapias ambientales.

Ayuda a la reinserción en el medio social, mediante hospitales diurnos (actividad diurna en hospital), actividades de rehabilitación de la comunidad, enseñando oficios que ayuden a trabajar, hogares y talleres protegidos.

CAPÍTULO 3

TRASTORNOS DELIRANTES Y OTROS DE TIPO PSICÓTICO

Datos importantes en el diagnóstico diferencial de los trastornos somatoformes y disociativos:

1. Presencia o ausencia de síntomas psicóticos específicos
2. Grado de recuperación de episodios de enfermedad
3. Duración de los síntomas
4. Presencia o ausencia de síntomas notables del estado de ánimo y cuando ocurren en relación con los síntomas psicóticos
5. Presencia o ausencia de factores etiológicos médicos específicos o inducidos por sustancias.

TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME

Es una enfermedad psicótica con los síntomas típicos de la esquizofrenia, pero sin el curso crónico de ésta. Su evolución varía mucho de acuerdo a cada paciente.

El afecto embotado o pobre es un signo de mal pronóstico

Criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno esquizofreniforme:

1. Cumple los criterios 1,4 y 5 de esquizofrenia
2. Un episodio del trastorno (incluyendo las fases prodrómica, activa y residual) dura por lo menos un mes, pero menos de seis meses.
3. Especificar si se presentan:
 - a. buenos datos pronósticos:
 - i. confusión o perplejidad en la cumbre del episodio psicótico
 - ii. inicio de síntomas psicóticos importantes en el lapso de 4 semanas del primer cambio notable de conducta o funcionamiento inusuales
 - iii. buen funcionamiento premórbido social u ocupacional
 - iv. ausencia de afecto exaltado o aplanado
 - b. ausencia de datos pronósticos

Diagnóstico diferencial: se distingue de la esquizofrenia por su curso mas breve, así como por la ausencia de deterioro en los niveles de funcionamiento previos.

Si los síntomas duran menos de un mes: Psicosis Breve Reactiva.

Los síntomas psicóticos en los trastornos delirantes se limitan a delirios entendibles, de sonido agradable y no incluyen alucinaciones notables, asociaciones vagas o delirios extraños.

La mitad de los pttts mejora o se recupera.

Es menos frecuente que la esquizofrenia.

Las causas específicas de este trastorno se desconocen.

Tratamiento:

Es el mismo que para la esquizofrenia.

Para episodios agudos: internamiento intrahospitalario en un ambiente de apoyo estructurado.

Medicamentos: casi todos los requieren (neurolepticos).

La administración suplementaria de benzodiazepinas puede reducir la dosis del neuroleptico requerida.

Después de la estabilización clínica, los mxs se retiran a menos que recurran los síntomas.

El suicidio es una preocupación crucial y hay que sospecharla siempre.

	Sxs psicóticos	Deterioro en Fx	Duración	Cambios en Edo Animo	Etiología orgánica
Esquizofrenia	Si	Si	>6mess	No importan	No
Tr.EdoAnimocn rasgs psic	Sxs positivos	Variable	>2sem	Siempre presentes	No
Tr. Squizofreniforme	Si	No	1-6mess	No importan	No
Tr. Squizoafectivo	Si	Variable	2 sem	Presentes no todo el tiempo	No
Tr. Delirante	Just delirios no raros	No	>1mes	No importan	No
Tr. Psicosis Breve	Sxs positivos	No	1dia-1mes	No importan	No
Tr. Psicosis Compartida	Any delirio compart	No especif	No especif	No importan	No
Psicosis por enfermedad	Any alucinación	No especif	No especif	No especificados	Si
Psicosis por sustancias	Any alucinación	No especif	No especif	No especificados	Si

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

El término "trastorno esquizoafectivo" se usó por primera vez por Jacob Kasanin en 1933, y ha prevalecido a pesar de que aún se debaten sus límites con otros trastornos.

Los pacientes en fase aguda tienen síntomas compatibles con la esquizofrenia, pero éstos síntomas con frecuencia se acompañan de notables síntomas maniacos o depresivos.

El trastorno esquizoafectivo se subdivide en tipos trastorno bipolar y depresivo.

Criterios diagnósticos del DSM-IV del trastorno esquizoafectivo:

1. Un período interrumpido de enfermedad durante el cual, en algún momento, existe ya un episodio depresivo mayor o episodio maniaco concurrente con síntomas que cubre el criterio 1 para esquizofrenia.
2. Durante el mismo período han existido alucinaciones, por lo menos en dos semanas, y ausencia de síntomas del estado de ánimo.
3. Existen síntomas para un trastorno del estado de ánimo, por el mismo tiempo de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
4. No se debe a efectos de sustancias o enfermedades.

Especificar si es tipo:

- a. Bipolar: si la alteración incluye algún episodio maniaco o mixto
- b. Depresivo: si hay episodio depresivo mayor

El trastorno esquizoafectivo se puede presentar a cualquier edad; aparece mas frecuentemente en edad adulta juvenil.

Los síntomas esquizofrénicos mas notables y persistentes se relacionan con peor resultado.

Los síntomas del estado de ánimo mas frecuentes se relacionan con un pronóstico mas favorable.

Diagnóstico diferencial:

- Trastornos esquizofreniformes
- Trastornos anímicos
- Drogas
- Trastorno delirante
- Psicosis Breve Reactiva

Etiología desconocida.

Comprenden el 3 al 5% de las admisiones psiquiátricas.

Tratamiento: la mayoría necesita medicamentos.

Si se da además tratamiento para los síntomas anímicos, se puede reducir la dosis del neuroléptico.

Litio o carbamacepina: buen resultado.

Litio mas neurolépticos pueden dar reacciones extrapiramidales severas.

Los bloqueadores del canal de Ca, como el verapamil, pueden ser útiles en los síntomas maniacos.

Si existe el riesgo del suicidio, es mejor evitar los antidepresivos, porque éstos los puede usar el paciente en sobredosis.

TRASTORNOS DELIRANTES

Delirios: ideas fijas irreales que resisten a la modificación cuando son confrontadas con pruebas o lógica objetivas contradictorias. Los

encontramos en todas las formas de trastornos psicóticos, orgánicos y funcionales.

Los delirios se caracterizan por:

- a. grado de realismo
- b. contenido temático (si soy paranoico)
- c. por su consistencia interna (¿dónde empieza la fantasía y donde la realidad?)

La esquizofrenia suele empezar en prepa; los trastornos delirantes en adultez.

Definición de trastornos delirantes:

- no causa orgánica
- ideas delirantes persistentes
- emociones y conductas van de acuerdo con el delirio
- alucinaciones son prominentes (el delirio es una idea, la alucinación es sensitiva, como ver, oír, oler)
- IQ es anormal
- funcionan normalmente fuera del trabajo

Frecuencia: mas en hombres mayores de 40 años.

Criterios diagnósticos del DSM-IV de los trastornos delirantes:

1. Delirios no extraños con duración de menos de un mes (situaciones reales, pero infrecuentes, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia, ser engañado).
2. Nunca ha cumplido el criterio 1 para esquizofrenia. Puede haber alucinaciones olfatorias o táctiles, si se relacionan con el delirio.
3. El funcionamiento no está alterado de manera notable ni la conducta es irregular o extraña, aún con los delirios.
4. Si han ocurrido episodios del estado de ánimo al mismo tiempo que delirios, su duración total ha sido breve en comparación con los períodos delirantes.
5. No se debe a sustancias ni a medicamentos.

Subtipos de delirio:

- a. Erotomaniaco: de que una persona, por lo general de posición superior, está enamorada del sujeto.
- b. Grandioso: de valor inflado, poder, conocimiento, identidad especial o relación especial con una deidad o persona famosa.
- c. Celoso: de que el compañero sexual le es infiel.
- d. Persecutorio: de que la persona o alguien cercano a ella, está siendo tratada malévolamente.

- e. Somático: de que se tiene algún defecto, deformidad o trastorno.
- f. Mixto: mas de uno, sin predominio de alguno.
- g. No especificado.

El inicio es incidioso; sensación de autoimportancia, creencias delirantes.
El trastorno delirante persecutorio no es igual a la hipocondriasis porque:

En el TRASTORNO DELIRANTE SOMATICO: si le demuestras que no tiene la enfermedad, sigue con la misma idea.

En la HIPOCONDRIASIS: si le demuestras que no tiene la enfermedad, sigue con otra enfermedad.

Enfermedad de Capgras: "delirio de dobles", cree que los demás son clones.

Dx diferencial:

- a. esquizofrenia
- b. trastorno esquizofreniforme
- c. trastorno mental orgánico
- d. trastornos afectivos: depresión, manía
- e. abuso de alcohol
- f. personalidad paranoide
- g. trastorno psicótico inducido

Objetivo del tratamiento psicológico:

- intentar que el paciente no hable de sus delirios
- decirle que no estamos de acuerdo, pero que los respetamos

Se pueden tratar con antipsicóticos.

TRASTORNO PSICÓTICO BREVE

Personas "normales" pueden desarrollar síntomas psicóticos cuando se enfrentan a un estrés abrumador.

Las psicosis breves siempre están precedidas por una serie de éstos:

- a) evento estresante como un accidente automovilístico,
- b) una separación
- c) un divorcio
- d) contratiempos financieros
- e) período posparto
- f) desastres naturales
- g) experiencias de combate

Inicio de los síntomas es abrupto, y con frecuencia son dramáticos y cargados de detalles y se relacionan con la temática de las circunstancias que precipitaron la alteración.

Criterios diagnósticos del DSM-IV del trastorno psicótico breve:

1. Presencia de por lo menos uno de los siguientes síntomas:
 - a. delirios
 - b. alucinaciones
 - c. lenguaje desorganizado
 - d. conducta ampliamente desorganizada o catatónica
2. La duración de un episodio de la alteración es por lo menos de un día y no dura más de un mes, con retorno total final hacia el nivel premórbido de funcionamiento.
3. No se explica mejor mediante un trastorno del estado de ánimo con rasgos psicóticos, trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia, y no se debe a sustancias o enfermedades médicas.

Especificar si se presenta:

- a. Con estresor o estresores marcados (psicosis reactiva breve): si los síntomas ocurren poco tiempo después y de manera aparente en respuesta a sucesos notablemente estresantes para casi cualquier persona similar.
- b. Sin estresor o estresores marcados: sin estos.
- c. Con inicio posparto: si su inicio se presenta en un lapso de cuatro semanas después del parto.

Se caracteriza por ser autolimitado y con funcionamiento normal premórbido.

Diagnóstico diferencial:

1. Intoxicación con alguna sustancia de abuso
2. Enfermedad médica general
3. Esquizofrenia
4. Episodio maniaco de una alteración del estado de ánimo
5. Trastorno facticio

Los parientes de estos enfermos son a su vez propensos a desarrollar psicosis breve reactiva también.

Patogenia:

Cuando un individuo afronta una situación de estrés, su reacción natural es recurrir a los patrones de conducta de solución de problemas que le son familiares, en vez de tomar una decisión o conservar el equilibrio psicológico hasta que cambien los acontecimientos externos.

En algunos sujetos, los acontecimientos caóticos como los ya mencionados son de gravedad suficiente como para alterar el equilibrio.

Tratamiento:

1. Evaluación del paciente para probables tendencias suicidas.
2. Psicotrópicos para controlar la agitación y el insomnio.
3. Neurolépticos
4. Benzodiazepinas
5. Tratamiento psicológico
6. Terapia familiar

TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO

Es un padecimiento poco frecuente caracterizado por la aceptación acrítica de una persona, de las ideas o creencias delirantes de otra, por lo general más psicótica.

Es más frecuente que se involucren dos personas.

Los enfermos siempre son parientes o personas que han vivido largo tiempo juntos.

El aislamiento marcado sirve como una fuerte motivación para mantener a toda costa esta relación.

Descartar la esquizofrenia.

Criterios diagnósticos del DSM-IV del trastorno psicótico compartido:

1. Un delirio que se desarrolla en un individuo en el contexto de una relación con otra(s) persona(s), que ya tiene(n) establecido un delirio.
2. En cuanto a contenido, el delirio es similar al de la persona que ya lo tiene establecido.

No se explica mejor mediante otro trastorno psiquiátrico, y no se debe ni a sustancias, ni a enfermedades médicas.

El pronóstico es buen para el receptor, si es posible separarlo de la parte dominante.

En más de 90% de los casos están involucrados miembros de una sola familia.

Los casos más frecuentes involucran a dos hermanas.

Luego madre e hijo

luego padre e hijo

luego esposo y esposa.

25% de los compañeros receptores (sumisos) padecen alguna incapacidad física.

Se cree que éste surge de la interdependencia entre los compañeros y sirve para preservar su relación.

Tratamiento: separar a la pareja.

CAPÍTULO 4

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

DEPRESIÓN

Introducción

El término 'depresión' se utiliza a menudo para describir una emoción que experimenta mucha gente. Todos nos sentimos ocasionalmente tristes o 'decaídos', pero tales sensaciones pueden pasar con relativa rapidez. Por contra, las personas que han sido diagnosticadas por su médico como que sufren de 'depresión mayor' experimentan una severa enfermedad médica, que afecta no sólo a su estado de ánimo, sino también a una variedad de otras funciones corporales normales. La depresión puede afectar no sólo al sueño y a la alimentación, sino también a la forma en que se sienten los pacientes. Esto no es un estado de ánimo pasajero, y a las personas con depresión no se les pueden 'reprochar' sus sentimientos.

Las personas con depresión mayor suelen sentirse tristes, impotentes, desesperadas e irritables. Mientras es normal que todos experimentemos ocasionalmente estas sensaciones, las personas que sufren depresión clínica simplemente no pueden 'sobreponerse'. Es la persistencia y severidad de las emociones lo que distingue a la enfermedad mental de la depresión de lo que son los cambios normales de humor. A diferencia de las experiencias emocionales normales de tristeza, derrota, o estados de humor transitorios, la depresión clínica es persistente y puede interferir significativamente con la capacidad del individuo para funcionar. La depresión puede ser devastadora en todas las áreas de la vida diaria de una persona, incluyendo las relaciones familiares, amistad, y la capacidad de trabajar o de ir a la escuela.

Cuando alguien ha sido diagnosticado de depresión (el médico puede referirse también a 'depresión clínica') significa que los síntomas que sufre la persona son lo suficientemente severos como para requerir tratamiento. Los médicos distinguen diversos tipos de depresión clínica, que difieren en importantes puntos. Entre éstos están la depresión mayor, distimia, depresión doble, trastorno bipolar, y trastorno afectivo estacional (SAD).

La depresión es un grave problema de salud a nivel mundial, y supone una gran demanda de servicios sanitarios y sociales. En un año cualquiera, casi uno de cada diez adultos puede estar sufriendo síntomas de depresión; la depresión es, por sí sola, la mayor causa de los problemas de discapacidad en todo el mundo. Los índices más elevados de enfermedades depresivas se encuentran entre las personas comprendidas entre los veinte y los cuarenta años, y el índice de depresión clínica en las mujeres (aproximadamente el 12%) es casi el doble que en los hombres (aproximadamente el 7%). Una de cada cuatro mujeres tiene posibilidades de experimentar una depresión grave y, pese a ello, sólo una quinta parte de las mujeres con depresión reciben el tratamiento correcto. Las mujeres también tienen más probabilidades de padecer otros síntomas, tales como ansiedad, trastornos del sueño, ataques de pánico, y trastornos alimentarios, al mismo tiempo que la depresión.

Las enfermedades depresivas generalmente comienzan en la adolescencia o en la edad adulta temprana, pero para muchas personas, su depresión pasa desapercibida durante varios años. Esto puede estar debido en parte a la creencia pública de que la depresión no es una enfermedad real. Debido a esto, las personas con depresión pueden no darse cuenta que tienen una enfermedad susceptible de tratamiento, o pueden desanimarse y no solicitar tratamiento por sentir vergüenza (al creer que son culpables de sus síntomas). Como resultado, muchas personas sufren durante años sin haber sido diagnosticadas o tratadas adecuadamente. Esto es muy desafortunado, pues la depresión es una de las enfermedades mentales con más posibilidades de tratamiento. Entre el 80 y el 90% de las personas con depresión responden al tratamiento, y casi todas las personas con depresión que reciben tratamiento experimentan al menos cierto alivio de sus síntomas. Los psiquiatras están de acuerdo en que los pacientes gravemente deprimidos se benefician más de una combinación de medicación y psicoterapia. Sin embargo, sin tratamiento, los síntomas de la depresión pueden durar semanas, meses o años. El tener un episodio de depresión aumenta en gran medida el riesgo de tener otro.

La depresión es una enfermedad que afecta a las personas durante muchos años, y requiere períodos prolongados de tratamiento. Puede parecer que algunas personas se recuperan, pero después pueden presentar recaídas, por lo que es importante admitir la necesidad del tratamiento. Sin embargo, esto significa que algunas personas pueden sentirse bien, pero necesitar seguir tomando la medicación para evitar la reaparición de sus síntomas.

La depresión en las personas más mayores no suele ser detectada ni reciben un tratamiento adecuado. A medida que una persona envejece,

es mucho más probable que los signos de la depresión sean descartados y considerados como excentricidad o mal genio. También puede ser difícil de reconocer la depresión en las personas ancianas, debido a que la confusión o los problemas de atención causados por la depresión a veces pueden parecerse a la enfermedad de Alzheimer u otros trastornos cerebrales. Los cambios de humor y los indicios de depresión también pueden estar causados por las medicinas que toman los ancianos para regular la presión sanguínea alta o para las enfermedades cardíacas.

Síntomas y diagnóstico

Las personas que padecen depresión a menudo experimentan varios de los síntomas siguientes (pese a que no todas las personas deprimidas experimentan todos y cada uno de los síntomas, y la gravedad de los mismos varía entre las distintas personas). Si estos tipos de síntomas persisten durante dos semanas o más, es recomendable que la persona afectada consulte a un médico.

- Humor triste
- Sentimientos de impotencia o desesperación
- Pensamientos reiterados sobre la muerte o el suicidio
- Pérdida de interés o de gusto por las actividades de las que una vez disfrutaron
- Dificultades para pensar o para concentrarse
- Agitación
- Pérdida de energía; fatiga; lentitud física
- Cambios en el apetito; pérdida o ganancia significativa de peso
- Síntomas físicos, tales como dolor de cabeza o dolores de estómago

Un médico hará un diagnóstico de depresión mayor si la persona muestra al menos cinco de estos síntomas, y su funcionamiento diario normal se ve afectado la mayor parte del tiempo a lo largo de un período de unas 2 semanas.

Algunas personas serán diagnosticadas con una forma menos severa de depresión, llamada distimia (o trastorno distímico). La distimia se diagnostica cuando la persona ha sufrido de humor depresivo durante al menos 2 años, y también muestra dos de los síntomas de depresión anteriormente listados. Muchas de las personas con distimia también tienen episodios de depresión mayor. Mientras que la depresión mayor y la distimia son formas primarias de depresión, se reconocen otros tipos de depresión.

Las enfermedades físicas y la depresión suelen ir juntas. En algunos casos, los síntomas físicos (dolor de cabeza, dolor de estómago o náuseas, dolores continuos en la espalda o el cuello, problemas respiratorios) para los cuales los médicos no son capaces de encontrar una causa física, pueden ser indicios de una depresión subyacente. Pero lo contrario también puede ser cierto. La depresión puede ocultar otros problemas de salud que, a veces, pasan desapercibidos y no reciben tratamiento en el caso de las personas deprimidas. Problemas inexplicables de insomnio, temblor de las manos, mareos, trastornos digestivos, y migrañas, son signos corrientes de que algo puede ir mal.

Suicidio

La depresión es la enfermedad tras la que se ocultan la mayoría de los suicidios. El suicidio es una causa frecuente de muerte en muchos países y, en particular, es una de las causas más importantes de la muerte entre los adolescentes y los adultos jóvenes. El problema del suicidio en personas que padecen depresión parece ser un resultado directo de la falta de tratamiento médico o de un tratamiento inadecuado. Una de las mejores estrategias para reducir el índice de suicidios es el reconocimiento y tratamiento precoz de la depresión.

Causas de la depresión

No existe una sola causa de la depresión; pueden contribuir muchos factores. Sin embargo, para algunas personas parecen estar implicados varios factores, mientras que para otras, un sólo factor puede conducir a la aparición de los síntomas. La depresión suele afectar a personas que antes se encontraban bien, pero que están tratando de sobrellevar la muerte de un familiar o una enfermedad repentina, aunque, a veces, las personas se deprimen sin motivo aparente alguno. Independientemente de los factores implicados, la depresión necesita ser diagnosticada y tratada. Es importante recordar que la depresión clínica puede ocurrirle a cualquier persona a cualquier edad.

Pese a que no se comprendan del todo los mecanismos que desencadenan la depresión, parece ser que el estrés puede desencadenar un episodio depresivo en individuos vulnerables. El exceso de estrés puede ser el resultado de una pérdida importante (especialmente la muerte de un familiar próximo o de un amigo), de una enfermedad crónica, de problemas con una relación personal, de dificultades financieras, o cualquier cambio poco grato en los esquemas

vitales. El divorcio puede causar un episodio de depresión, especialmente cuando implica a los niños y a las peleas por su custodia. Ciertos sucesos traumáticos, tales como la violación y otras formas de abuso sexual, suceden más frecuentemente a las mujeres y pueden contribuir a la incidencia creciente de la depresión en las mujeres.

Es interesante que tanto las experiencias positivas como las negativas a veces puedan provocar la depresión. En otras palabras, la depresión puede ser desencadenada por la ansiedad que, a su vez, puede estar causada por un cambio importante en la vida, incluso si dicho cambio representa una mejora.

La depresión puede darse en las familias. En las familias de las personas diagnosticadas con depresión hay una mayor proporción de depresión (y otros trastornos mentales) que en el resto de la población. Esto significa que las personas con un historial familiar de depresión corren mayor riesgo de desarrollar una enfermedad depresiva (pese a que la depresión también puede aparecer en personas cuya familia no tiene ningún miembro con depresión). Algunas de las evidencias más claras proceden de estudios realizados con gemelos, en los que se ha observado si sólo uno de los gemelos o ambos tienen depresión. En casi el 40% de los gemelos idénticos, se ha encontrado que los dos gemelos sufrían depresión, mientras que sólo en un 17 % de los gemelos no idénticos ambos están afectados. Se cree que la diferencia se debe al hecho de que los gemelos idénticos tienen una predisposición genética idéntica. Es probable que la vulnerabilidad a la depresión sea consecuencia de la influencia de varios genes, que actúan junto con otros factores tales como el estrés y otras experiencias.

Las personas con esquemas mentales negativos, que son pesimistas, que tienen poca autoestima, que se preocupan demasiado o notan que tienen poco control sobre los acontecimientos cotidianos, también pueden tener mayor propensión a desarrollar depresión clínica.

Las técnicas que permiten al médico obtener imágenes del cerebro de una persona viva están poniendo de manifiesto que en la depresión, las áreas del cerebro responsables del estado de ánimo, del pensamiento, del sueño, del apetito, y del comportamiento pueden no estar funcionando correctamente, y que la actividad de importantes compuestos químicos del cerebro (neurotransmisores) está afectada. En las personas con depresión parecen haberse reducido o aumentado los niveles de neurotransmisor. Estos cambios pueden causar, o contribuir, a la depresión clínica.

Los cambios en los niveles de hormonas tales como el estrógeno o la progesterona parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres. Los cambios en los niveles hormonales se producen durante una serie de acontecimientos que están asociados a la depresión, incluyendo el ciclo menstrual y el tiempo que transcurre después del alumbramiento (casi todo el mundo ha oído hablar de la 'etapa melancólica' o 'baby blues'). Este estado de ánimo depresivo tras el alumbramiento se considera relativamente normal, y suele resolverse rápidamente sin tratamiento. Para algunas mujeres, este estado de ánimo depresivo puede subsistir y hacerse más severo, y los fármacos y/o el asesoramiento pueden ser útiles, pese a que deberían discutirse con el médico las consecuencias de tomar medicamentos antidepresivos mientras se da la lactancia materna. Las mujeres muestran más propensión a la depresión tras el alumbramiento si ya han experimentado depresiones antes. El uso de anticonceptivos, que funcionan alterando los niveles hormonales, también ha sido asociado con la depresión.

A veces, la depresión aparece durante el uso de ciertos fármacos, y durante otras enfermedades. Algunos medicamentos utilizados para tratar la artritis, los problemas cardíacos, la presión sanguínea alta, o el cáncer pueden causar depresión como efecto secundario. Estos efectos secundarios pueden no aparecer inmediatamente. El consumo de alcohol ha sido vinculado a la depresión, tanto como causa posible y como síntoma. El alcohol es, por sí mismo, un depresivo, especialmente cuando se toma en combinación con ciertos fármacos. Los estupefacientes, tales como la cocaína, también han sido asociados con la depresión.

Se ha observado a menudo que los pacientes que sufren ciertas enfermedades (tal como la enfermedad de Parkinson, derrame cerebral y trastornos hormonales) a menudo desarrollan síntomas de depresión. Los problemas médicos, tales como las enfermedades del tiroides, pueden causar depresión, por lo que se debería realizar un examen físico antes de que pueda confirmarse un diagnóstico de la misma. La depresión también puede estar influenciada por factores nutricionales, tales como niveles bajos de vitamina B12, o anemia por deficiencia de hierro, que podrían estar causados por una dieta deficiente o por la menstruación.

Las personas que sufren de trastorno afectivo estacional (SAD) pueden deprimirse al comenzar el invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de las horas de luz solar afecte al equilibrio de ciertos compuestos químicos del cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.

Tratamiento

La depresión puede ser tratada con éxito, pero parece ser que distintos tratamientos funcionan mejor en personas diferentes. Por ejemplo, un fármaco puede ser eficaz y tolerarse bien por una persona, pero no por otra. Los grupos de apoyo pueden ayudar a algunas personas a hacer frente a cambios muy importantes en su vida que exigen nuevas dotes o el apoyo social. También son útiles los distintos tipos de tratamientos psicológicos (hablados). La elección del tratamiento correcto es un proceso individual que dependerá no sólo de la gravedad de la depresión, sino también de las preferencias de la persona y de su médico.

a.- Psicoterapia

La psicoterapia puede ser útil para algunas personas con depresión. La psicoterapia ofrece a las personas la oportunidad de identificar los factores que contribuyen a su depresión y a tratar de forma eficaz con las causas psicológicas, conductuales, interpersonales y ambientales. Ciertos tipos de psicoterapia, tales como la terapia cognitiva-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP), parecen ser especialmente útiles.

Un terapeuta hábil puede trabajar con personas deprimidas para ayudarles a identificar los problemas que contribuyen a su depresión, y a comprender cuáles de esos problemas pueden ser susceptibles de solucionarse o de mejorarse. Podría identificar posibilidades para el futuro y establecer objetivos realistas que les permitan mejorar su bienestar mental y emocional. El terapeuta también puede ayudar a los individuos a identificar las formas en que han tenido éxito al enfrentarse con sentimientos similares, si ya han estado deprimidos en el pasado.

Estos tratamientos también intentan a ayudar a las personas a identificar esquemas mentales negativos o distorsionados que contribuyen a los sentimientos de desesperación e impotencia que acompañan a la depresión. Por ejemplo, los individuos con depresión pueden tender a generalizar demasiado (a pensar en las circunstancias en términos de 'siempre' o 'nunca'). También pueden tomarse los acontecimientos de forma personal. Un terapeuta puede ayudar a la persona a contemplar la vida de una forma más positiva.

El terapeuta también trabaja con la persona para explorar otros pensamientos y conductas ya sabidas que podrían crear problemas y contribuir a la depresión. Por ejemplo, el terapeuta puede ayudar a los individuos con depresión a comprender y mejorar sus relaciones con otras personas que contribuyen a su depresión.

El terapeuta ayuda a las personas a recuperar un sentido de control y de placer en la vida. La psicoterapia ayuda a las personas a darse cuenta de las posibilidades y a volver a incorporar gradualmente a sus vidas actividades satisfactorias y placenteras.

Hay evidencia de que la psicoterapia puede reducir las posibilidades de que se produzcan futuros episodios de depresión o reducir su intensidad. Las personas pueden aprender técnicas para evitar sufrimientos innecesarios cuando se producen posteriores episodios de depresión.

b.- Fármacos antidepresivos

Para las personas que están tan deprimidas que no puedan desenvolverse, o con tendencias suicidas, los fármacos antidepresivos literalmente pueden salvarles la vida. Es importante que el médico exponga con claridad las dosis adecuadas de los fármacos antidepresivos, los posibles efectos secundarios, y las interacciones con otros medicamentos.

Los antidepresivos pueden mejorar el estado de ánimo, el sueño, el apetito, y la concentración. Sin embargo, con algunos fármacos pueden ser necesarias entre 6 y 12 semanas antes de que se aprecien signos reales de mejoría. Una vez que los síntomas hayan desaparecido, es corriente que las personas necesiten seguir tomando los medicamentos durante 6 meses o más, para evitar la reaparición de los síntomas. En general, los antidepresivos se toman durante varios meses. En algunos casos, sin embargo, el paciente y sus médicos pueden decidir que es necesaria una terapia más prolongada. Cuando una persona ha sufrido varios episodios de depresión, puede ser recomendable que continúe con la medicación durante períodos mucho más prolongados, incluso de por vida.

Se dispone de varios tipos de fármacos antidepresivos. Se cree que funcionan alterando los efectos de importantes compuestos químicos del cerebro (neurotransmisores), que se encuentran en las células nerviosas (neuronas), y que dichas células utilizan para comunicarse entre si. Entre los neurotransmisores más conocidos, y más relevantes para el tratamiento de la depresión, cabe citar la serotonina y noradrenalina.

c.- Antidepresivos tricíclicos (ATC) e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Los fármacos antidepresivos más antiguos [los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)] producen efectos tanto sobre la serotonina como sobre la noradrenalina. Su desventaja estriba en que pueden ser difíciles de tolerar debido a los efectos

secundarios o, en el caso de los IMAO, debido a las limitaciones dietéticas y de medicación. Los efectos secundarios corrientes causados por estas medicinas incluyen sequedad en la boca, visión borrosa, estreñimiento, dificultades al orinar, empeoramiento del glaucoma, cansancio y dificultades para pensar. Estos fármacos también pueden afectar a la tensión arterial de las personas y a su ritmo cardíaco. Los ATC también interaccionan con muchos otros fármacos.

La administración de cualquier otro antidepresivo al mismo tiempo que un IMAO podría ser fatal. Si se ha de comenzar con otro antidepresivo, es necesario dejar de tomar el IMAO cierto tiempo antes, para permitir que se elimine el fármaco del cuerpo.

d.- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se encuentran entre los antidepresivos más recientes. Tienen tendencia a producir efectos secundarios más leves y de menor cuantía que los fármacos más antiguos, por lo que las personas los encuentran fáciles de tomar. Algunos de los efectos secundarios que pueden ser causados por los ISRS incluyen la reducción del apetito, náuseas, nerviosismo, insomnio, dolores de cabeza, y problemas sexuales. Los ISRS también pueden aumentar los efectos de otros fármacos, tales como los ATC y ciertos medicamentos utilizados para tratar la ansiedad y los trastornos del sueño, como es el caso del diazepam (Valium).

e.- Otros antidepresivos más recientes

También hay disponibles otros tipos de antidepresivos más recientes. En general, éstos están menos asociados con efectos secundarios que los ATC y los IMAO.

Todos los diferentes tipos de fármacos antidepresivos pueden ser eficaces en la reducción de los síntomas de la depresión, pero algunas personas pueden responder a un cierto tipo de fármaco, pero no a otro.

La mayoría de las personas con depresión mejoran cuando reciben un tratamiento adecuado con medicación o psicoterapia. Parece ser que lo más eficaz es una combinación de ambos.

f.- Terapia electroconvulsiva (TEC)

La terapia electroconvulsiva (TEC) se recomienda con más frecuencia cuando han sido probados otros tratamientos y sus resultados no han sido

satisfactorios, o cuando la espera a que un fármaco haga efecto resulte poco práctica (p. ej., cuando es muy probable que la persona va a intentar suicidarse). La TEC es un tratamiento eficaz para las personas que sufren depresiones graves, y actúa rápidamente en la mayoría de los pacientes.

La TEC es un procedimiento en el se aplica brevemente un impulso eléctrico destinado a producir un ataque epiléptico generalizado. No se sabe cómo ni porqué funciona la TEC ni cómo afecta el ataque al cerebro. En los años '40 y '50, el tratamiento se administró principalmente a personas con enfermedades mentales graves. Hoy en día, la TEC se utiliza generalmente para tratar a pacientes con depresión grave, manía aguda, y ciertos síndromes esquizofrénicos.

La TEC puede ser de utilidad en las condiciones siguientes.

- La depresión grave con insomnio (problemas para conciliar el sueño), cambios de peso, sentimientos de desesperación o culpabilidad, e ideas suicidas u homicidas.
- La depresión grave que no responde a los antidepresivos (medicamentos utilizados para tratar la depresión) o el asesoramiento.
- La depresión grave en pacientes que no pueden tomar antidepresivos.
- La manía severa (hablar demasiado, insomnio, pérdida de peso y comportamiento impulsivo) que no responde a los medicamentos.

La TEC se da bajo la forma de una serie de tratamientos, unas tres veces por semana, durante dos a cuatro semanas. Antes del tratamiento, se administra al paciente anestesia general y un relajante muscular. A continuación se conectan electrodos en el cuero cabelludo del paciente y se aplica una corriente eléctrica que provoca una breve convulsión. Minutos más tarde, el paciente se despierta, sin recordar los sucesos que tuvieron lugar durante el tratamiento. Al igual que ocurre con otros tratamientos antidepresivos, a menudo es necesario un tratamiento de refuerzo con fármacos o TEC ocasional para ayudar a evitar una recaída en la depresión.

Para llevar al máximo los beneficios de la TEC, es esencial un diagnóstico exacto de la enfermedad del paciente, y que se sopesen cuidadosamente los riesgos y efectos adversos en comparación con los de otros tratamientos alternativos. Entre los efectos secundarios más corrientes se incluyen las pérdidas temporales de memoria a corto plazo, náuseas, dolores musculares y dolor de cabeza. A veces varía la presión sanguínea

o el ritmo cardíaco. Si se produjeran estos cambios, se supervisarán cuidadosamente durante el tratamiento con TEC y serán inmediatamente tratados. Los efectos secundarios de la TEC no suelen durar mucho tiempo.

La TEC sigue siendo un tratamiento objeto de controversia. Gran parte de esta controversia se refiere a cuestiones sobre la eficacia y los efectos secundarios. Debido a la preocupación que se siente frente a una pérdida de memoria permanente y a la confusión relacionada con el tratamiento TEC, algunos expertos recomiendan que el tratamiento se utilice sólo como último recurso. Mientras que algunos estudios han demostrado un 80% de mejorías en los pacientes con depresión grave tras la TEC, otros estudios indican que las recaídas son frecuentes, incluso en los pacientes que toman medicación tras la TEC.

El papel de la familia y de los amigos

El médico de cabecera suele ser la primera persona implicada en el proceso de evaluar a una persona que parece estar sufriendo de depresión. El médico deberá comprobar si existen razones médicas o farmacológicas para justificar la depresión. Tras un examen completo, el médico puede sugerir una entrevista con un especialista en enfermedades mentales, que será capaz de realizar una evaluación más detallada de los síntomas del paciente.

Si la persona no está dispuesta a acudir al médico para el tratamiento, los familiares o amigos pueden ayudarle. Pueden explicar cómo el tratamiento puede ayudar a la persona a sentirse mejor. En algunos casos, cuando una persona no quiere ir a la clínica, el médico podría comenzar llamando por teléfono a la persona y, a veces, se puede concretar una visita a domicilio.

El apoyo y participación de la familia y amigos puede jugar un papel crucial a la hora de ayudar a una persona que sufre de depresión. La gente puede ayudar a un ser querido que está deprimido, animándole a seguir con el tratamiento y a poner en práctica las técnicas adquiridas mediante la psicoterapia, para hacer frente y resolver los problemas que se les puedan presentar.

La convivencia con una persona deprimida puede ser muy difícil y estresante para los familiares y amigos. El dolor de contemplar como un ser amado sufre depresión puede provocar sentimientos de impotencia y pérdida. La terapia familiar o conyugal puede ser beneficiosa para reunir a todas las personas afectadas por la depresión y ayudarles a encontrar formas eficaces para enfrentarse juntos a los problemas que se les

presenten. Este tipo de psicoterapia también puede proporcionar una buena ocasión a los individuos que nunca han experimentado por sí mismos una depresión, para aprender más sobre ella y para identificar los puntos positivos para apoyar a un familiar que está sufriendo una depresión.

CAPÍTULO 5

TRASTORNOS POR ANSIEDAD

TRASTORNOS POR ANGSTIA

Criterios diagnósticos del DSM IV para la crisis de angustia:

La crisis de no es un trastorno al que se le pueda codificar. Se codifican los diagnósticos específicos en los que ocurre una crisis de angustia.

Un período de miedo o incomodidad intenso, en el cual se desarrollan cuatro o más de los siguientes síntomas, de manera abrupta y llegan a su punto más alto en diez minutos:

- 1) transpiración
- 2) temblor o agitación
- 3) sensación de asfixia
- 4) palpitaciones
- 5) dolor en pecho
- 6) náusea o aflicción abdominal
- 7) mareo
- 8) desrealización o despersonalización
- 9) miedo de volverse loco
- 10) miedo a morir
- 11) parestesias
- 12) destellos de frío o calor

Criterios diagnósticos del DSM IV para el trastorno por angustia sin agorafobia:

1. Tanto el punto i. como el ii.:
 - i. Crisis de angustia inesperadas recurrentes
 - ii. Al menos una de las crisis ha sido seguida durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes:
 - a. Preocupación persistente por presentar crisis adicionales.
 - b. Preocupación acerca de las implicaciones de las crisis o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, presentar un ataque cardíaco).
 - c. Un cambio significativo en la conducta, relacionado con las crisis.

2. Ausencia de agorafobia
3. Las crisis de angustia no se deben a efectos fisiológicos de alguna sustancia, un medicamento o una alteración médica general.
4. Las crisis de angustia no se explican mejor mediante otro trastorno mental, como fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno por ansiedad postseparación.

Criterios diagnósticos del DSM IV para el trastorno por angustia con agorafobia:

- 1) Tanto el punto a. como el b:
 - a. Recurrentes crisis de angustia inesperadas.
 - b. Al menos una de las crisis ha estado seguida durante un mes (o mas) de los siguientes:
 - i. Preocupación persistente por presentar crisis adicionales.
 - ii. Preocupación acerca de las implicaciones de las crisis o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, presentar un ataque cardíaco).
 - iii. Un cambio significativo en la conducta, relacionado con las crisis.
- 2) Presencia de agorafobia
- 3) Las crisis de angustia no se deben a efectos fisiológicos de alguna sustancia, un medicamento o una alteración médica general.
- 4) Las crisis de angustia no se explican mejor mediante otro trastorno mental, como fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno por ansiedad postseparación.

FOBIAS

Las fobias suceden en distintas formas. Una *fobia específica* significa un miedo a algún objeto o situación determinada. Una *fobia social* es el miedo a colocarse en una situación sumamente vergonzosa en un medio social. Por último, la *agorafobia*, que frecuentemente acompaña al trastorno de pánico es el miedo que siente la persona de encontrarse en cualquier situación que pueda provocar un ataque de pánico o de la cual le sea difícil escapar si éste llegara a ocurrir.

FOBIA SOCIAL

Criterios diagnósticos del DSM IV para el trastorno para la fobia social:

- A. Un miedo marcado y persistente de una o mas situaciones sociales o de desempeño, en las cuales la persona se expone a personas desconocidas o a una posible

inspección por parte de otros. El individuo teme que actuará de alguna manera (o mostrará síntomas de ansiedad) que será humillante o avergonzante. **Nota:** en niños, debe haber evidencia de la capacidad para las relaciones sociales adecuadas con la edad, con personas familiares y la ansiedad debe ocurrir en ambientes semejantes, no solo en la interacción con adultos.

- B. La exposición a situaciones sociales de ansiedad casi invariablemente provoca temor, que puede manifestarse como unión situacional, o de una crisis de angustia predispuesta situacional. **Nota:** en niños, la ansiedad puede expresarse mediante llanto, berrinches, frío o evadiendo situaciones sociales con personas desconocidas.
- C. La persona reconoce que el miedo es excesivo o irracional. **Nota:** es posible que esta característica no se presente en niños.
- D. Se evaden las situaciones ansiosas sociales o de desempeño, o se soportan con ansiedad o aflicción intensas.
- E. La evasión, anticipación de la ansiedad o aflicción en la situación o situaciones temidas sociales o de desempeño, interfieren de manera significativa en la vida.
- F. En menores de 18 años, la duración es por lo menos de 6 meses.
- G. El miedo o la evitación no se deben a los efectos de una sustancia, o una alteración médica general y no se explica mejor por algún otro trastorno mental.
- H. Si está presente una alteración médica general u otro trastorno mental, el miedo en el criterio A no está relacionado con éste.

“Yo no podía aceptar invitaciones ni ir a fiestas. Por un tiempo ni siquiera podía ir a mis clases. En mi segundo año de facultad tuve que quedarme en mi casa durante un semestre. Mi miedo podía presentarse en cualquier situación social. Sentía ansiedad aún antes de salir de mi casa y aumentaba al irme aproximando a mi clase, a la fiesta o adonde quiera que iba. Sentía el estómago descompuesto y casi creía tener gripe. Mi corazón latía fuertemente, las palmas de las manos se me llenaban de sudor y tenía la sensación de estar separada de mí misma y de todos los demás. Cuando entraba a un salón lleno de gente, me ruborizaba y sentía que todos los ojos estaban puestos en mí. Me daba vergüenza pararme en un rincón yo sola pero no podía pensar en qué decir a nadie. Me sentía tan torpe que me quería ir inmediatamente.”

La fobia social es un miedo intenso de llegar a sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de tal modo que se coloque uno en una situación vergonzosa frente a las demás personas. Frecuentemente es hereditaria y puede estar acompañada de depresión o de alcoholismo. La fobia social frecuentemente comienza alrededor del principio de la adolescencia o aún antes.

Si usted sufre de fobia social tiene la idea de que las otras personas son muy competentes en público y que usted no lo es. Pequeños errores que usted cometa pueden parecerle mucho más exagerados de lo que en realidad son. Puede parecerle muy vergonzoso ruborizarse y siente que todas las personas lo están mirando. Puede tener miedo de estar con personas que no sean las más allegadas a usted. O su miedo puede ser más específico, como el sentir ansiedad si tiene que dar un discurso, hablar con un jefe o alguna otra persona con autoridad, o bien aceptar una invitación. La fobia social más común es el miedo de hablar en público. En ocasiones, la fobia social involucra un miedo general a situaciones sociales tales como fiestas. Menos frecuente es el miedo de usar un baño público, comer fuera de casa, hablar por teléfono o escribir en presencia de otras personas, como por ejemplo, escribir un cheque.

Aunque este trastorno frecuentemente se confunde con timidez, no son lo mismo. Las personas tímidas pueden sentirse muy incómodas cuando están con otras personas, pero no experimentan la extrema ansiedad al anticipar una situación social y no necesariamente evitan circunstancias que las haga sentirse cohibidas. En cambio, las personas con una fobia social no necesariamente son tímidas. Pueden sentirse totalmente cómodas con otras personas la mayor parte del tiempo, pero en situaciones especiales, como caminar en un pasillo con personas a los lados o dando un discurso, pueden sentir intensa ansiedad. La fobia social trastorna la vida normal, interfiriendo con una carrera o con una relación social. Por ejemplo: un trabajador puede dejar de aceptar un ascenso en su trabajo por no poder hacer presentaciones en público. El miedo a un evento social puede comenzar semanas antes y los síntomas pueden ser muy agotadores.

Las personas con fobia social comprenden que sus sensaciones son irracionales. Sin embargo, experimentan una gran aprensión antes de enfrentarse a la situación que temen y harán todo lo posible para evitarla. Aún cuando puedan enfrentarse a lo que temen, generalmente sienten gran ansiedad desde antes y están muy incómodas todo el tiempo. Posteriormente, las sensaciones desagradables pueden continuar con la preocupación de haber sido juzgados o con lo que los demás hayan pensado u observado respecto a ellos.

Aproximadamente el 80 por ciento de las personas que sufren de fobia social encuentran alivio a sus síntomas cuando se les da tratamiento de terapia de comportamiento cognoscitivo, de medicamentos, o una combinación de ambos. La terapia puede involucrar aprender a ver los eventos sociales en forma diferente; exponerse a una situación social aparentemente amenazadora de tal manera que les sea más fácil enfrentarse a ella; además, aprender técnicas para reducir la ansiedad, adquirir habilidades sociales y practicar técnicas de relajamiento.

Entre los medicamentos que han probado ser efectivos están los antidepresivos llamados inhibidores MAO. Las personas que padecen de una forma específica de fobia social llamada fobia de actuación han recibido ayuda de unos medicamentos llamados bloques-beta. Por ejemplo, se puede recetar bloques-beta a músicos y otras personas con este tipo de ansiedad para que los tomen en día en que van a actuar.

FOBIA ESPECÍFICA

Criterios diagnósticos del DSM IV para fobia específica:

- A. Miedo marcado o persistente que es excesivo o irracional, detectado mediante la presencia o anticipación de un objeto, o situación específica.
- B. Exposición a los estímulos fóbicos, que provoca casi de manera invariable una respuesta inmediata de ansiedad, que puede manifestarse como una unión situacional o una crisis de angustia predispuesta de manera situacional. Nota: en niños la ansiedad puede manifestarse mediante llanto, berrinche, frío o no despegándose de la persona que lo cuida.
- C. La persona reconoce que el miedo es excesivo o irracional. Nota: es posible que esta característica no se presente en niños.
- D. Se evade la situación o situaciones fóbicas o se soportan con ansiedad o aflicción intensas.
- E. La evasión, anticipación ansiosa o aflicción en una situación o situaciones de ansiedad, interfiere de manera significativa con la rutina normal de la persona, su funcionamiento ocupacional o académico o actividades sociales o de relación con otras personas o existe aflicción marcada a presentar la fobia.
- F. En menores de 18 años, la duración es de por lo menos 6 meses.

G. La ansiedad, crisis de angustia o evasión fóbica asociados con el objeto de situación específicos, no se explican mejor mediante otro trastorno mental.

Especifique si:

Tipo animal

Tipo del ambiente natural

Tipo de sangre-inyección-heridas

Tipo situacional

Otro tipo

“Tengo miedo de viajar en avión y por lo tanto ya no lo hago. Es una sensación horrible la que siento cuando se cierra la puerta del avión y me siento metido en una trampa. Mi corazón late fuertemente y sudo la gota gorda. Si alguien comienza a hablarme me pongo tenso y me preocupo. Cuando el avión comienza a ascender no hace otra cosa que reforzar el miedo de que no puedo salir de ahí. Me imagino que estoy perdiendo el control, que mi mente danza como loca, que subo por las paredes, pero por supuesto, nunca lo hago. No me da miedo que el avión se estrelle o que nos toque clima turbulento. Es únicamente esa sensación de estar atrapado. Siempre que he querido cambiar de trabajo tengo que pensar “¿va a ser necesario viajar en avión?”. Por el momento solamente voy a lugares a los que pueda ir manejando o por tren. Mis amigos siempre me dicen que, de todas maneras, no podría salirme de un tren que va viajando a altas velocidades así que ¿por qué los trenes no me molestan? Yo les contesto que éste no es un miedo racional.”

Muchas personas experimentan fobias específicas, miedos intensos e irracionales a ciertas cosas o situaciones; algunos de los más comunes son: perros, espacios cerrados, alturas, escaleras eléctricas, túneles, manejar en carreteras, agua, volar y heridas que produzcan sangre. Las fobias no son únicamente miedo extremo, son miedo irracional. Usted puede esquiar en las montañas más altas con toda facilidad pero siente pánico de subir al 10° piso de un edificio de oficinas. Los adultos con fobias comprenden que sus miedos son irracionales pero frecuentemente enfrentarse a los objetos o a las situaciones que las ocasionan o siquiera pensar en enfrentarlos, ocasiona un ataque de pánico o ansiedad severa.

Las fobias específicas atacan a más de una de cada diez personas. Nadie sabe exactamente qué las ocasiona aunque parece que son hereditarias y que son más comunes en las mujeres. Generalmente las fobias aparecen primero en la adolescencia o en la edad adulta. Comienzan repentinamente y tienden a ser más persistentes que las que se inician en la niñez; de las fobias de los adultos únicamente más o menos el 20 por ciento desaparecen solas. Cuando los niños tienen fobias

específicas, por ejemplo, miedo a los animales, esos miedos por lo general desaparecen con el tiempo aunque pueden extenderse a la edad adulta. Nadie sabe por qué persisten en algunas personas y desaparecen en otras. Las personas con fobias no sienten la necesidad de recibir tratamiento, si les es fácil evitar lo que les causa miedo. Sin embargo, en ocasiones tendrán que tomar decisiones importantes en su carrera o en lo personal para evitar una situación que les produzca fobia.

Cuando las fobias interfieren con la vida de una persona, el tratamiento puede servir de ayuda. Un tratamiento efectivo generalmente involucra cierto tipo de terapia de conocimiento cognoscitivo llamada insensibilización o terapia de exposición, en la cual los pacientes se exponen gradualmente a lo que los asusta hasta que el miedo comienza a desaparecer. Tres cuartas partes de pacientes se benefician grandemente con este tratamiento. Los ejercicios de relajamiento y respiración también contribuyen a reducir los síntomas de ansiedad.

No existe hasta ahora un tratamiento comprobado a base de medicamentos, para fobias específicas, pero en ocasiones ciertas medicinas pueden recetarse para ayudar a reducir los síntomas de ansiedad antes de que la persona se enfrente a una situación de fobia.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Criterios diagnósticos del DSM IV para trastornos obsesivo-compulsivos:

- A. Ya sean obsesiones o compulsiones:
 - a. Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4.
 1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes o persistentes que se experimentan en algún momento durante el disturbo, como invasivas e inapropiadas y que originan ansiedad o angustia notables.
 2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no son simples preocupaciones excesivas acerca de problemas de la vida diaria.
 3. La persona intenta ignorar o suprimir tales pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos mediante algún otro pensamiento o acción.
 4. El individuo reconoce que los pensamientos, impulsos o imágenes no son producto de su mente (no impuestos desde fuera como en la inserción de pensamientos).

- b. Las compulsiones se definen por 1 y 2.
 - 1. Las conductas repetitivas o actos mentales que el individuo se siente forzado a realizar en respuesta a una obsesión, o de acuerdo a normas que deben aplicarse de manera rígida.
 - 2. Los actos de conducta o mentales están dirigidos a prevenir o reducir la angustia o evitar algún hecho o situación atemorizantes; sin embargo, ya sea que estos actos de conducta o mentales no se conecten de manera realista para la cual están diseñados a neutralizar o evitar, son claramente excesivos.
 - B. En algún momento durante el trastorno, el individuo ha reconocido que son excesivas y sin razón las obsesiones o compulsiones. Nota: esto no se aplica a niños.
 - C. Las obsesiones o compulsiones originan notable angustia, consumen tiempo o interfieren significativamente con la rutina normal, desempeño ocupacional o actividades o relaciones sociales comunes de la persona.
 - D. Si existe otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se restringe a él.
 - E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a cierta alteración médica general.
- Especifique si:** con insight pobre: Si, la persona no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irrazonables, durante gran parte del episodio actual.

El trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva) es un trastorno del estado de ánimo, lo que significa que los síntomas son alteraciones o anormalidades del estado de ánimo. La depresión mayor es una enfermedad más corriente, cuyos síntomas son principalmente los de un estado de ánimo 'bajo'. El trastorno bipolar implica episodios graves de **manía** y **depresión**. El estado de ánimo de la persona oscila desde excesivamente 'alto' e irritable, a triste y desesperado y vuelta otra vez, con períodos de estado de ánimo normal en el intermedio. A diferencia de los estados de ánimo normales de alegría y tristeza, los síntomas de la enfermedad maníaco-depresiva pueden ser graves y con riesgo de ser mortales. Sin embargo, debido a que muchos artistas, músicos y escritores sufren de enfermedad bipolar, a veces los efectos de esta enfermedad han sido trivializados, y considerados, en cierta manera, como beneficiosos para la creatividad artística. De hecho, para aquellas personas afectadas por la enfermedad, ésta es extremadamente angustiada y perjudicial.

El trastorno bipolar es el tercer trastorno del estado de ánimo más corriente, después de la depresión mayor y el trastorno distímico. Afecta a

casi el 1% de los adultos durante su ciclo vital. Típicamente, los síntomas comienzan durante la adolescencia o una edad adulta temprana, y continuarán repitiéndose durante toda la vida. Hombres y mujeres son igualmente propensos a desarrollar esta enfermedad incapacitante. Las consecuencias de la enfermedad pueden ser devastadoras, y pueden incluir divorcios, desempleo, abuso del alcohol y de las drogas. La enfermedad bipolar está a menudo complicada por la coincidencia del abuso de alcohol y de ciertas sustancias. Sin un tratamiento eficaz, la enfermedad bipolar conduce al suicidio en casi el 20% de los casos.

Se dispone de tratamientos que reducen en gran medida el sufrimiento causado por el trastorno bipolar, y por lo general evitan sus devastadoras complicaciones. Sin embargo, a menudo, el paciente no se percata de este trastorno bipolar, ni tampoco los familiares, amigos o incluso los médicos. Las personas con trastorno bipolar sufren innecesariamente, sin un tratamiento adecuado, durante años e incluso décadas. Además, muchos pacientes no responden a un solo fármaco, y muchos no responden a varios de ellos. Esto significa que la norma suele ser un tratamiento combinado, ya que la combinación de distintos fármacos con métodos de acción diferentes puede ser más eficaz, sin que aumente el riesgo de efectos secundarios.

Síntomas y diagnóstico

El trastorno bipolar implica ciclos de **manía** y **depresión**. Estos dos estados de ánimo pueden considerarse como los extremos opuestos de una escala. En un extremo está la depresión grave; después la depresión moderada; trastornos de estado de ánimo leves y breves (que mucha gente llama 'estar melancólico'); estado de ánimo normal; hipomanía (una forma leve de manía); y, al otro extremo, está la manía.

Algunas personas con trastorno bipolar que no reciben tratamiento sufren episodios de depresión reiterados y únicamente episodios ocasionales de hipomanía (bipolar II). En el otro extremo, la manía puede ser el problema principal y la depresión puede ocurrir sólo a veces.

El reconocimiento de los diversos estados de ánimo es esencial para que la persona que sufre la enfermedad maníaco-depresiva pueda lograr un tratamiento eficaz y evitar las consecuencias perjudiciales de la enfermedad (destrucción de relaciones personales, pérdida del empleo, y suicidio).

Los indicios y síntomas de la **manía** incluyen períodos de:

- Sentimientos de euforia o de estar excesivamente 'elevado'
- Aumento de energía, actividad, desasosiego, pensamientos a toda velocidad y aumento de la locuacidad
- Autoestima exagerada
- Irritabilidad extrema y facilidad de distraerse
- Necesidad de dormir reducida
- Creer de forma no realista en las aptitudes y facultades de uno mismo
- Juicios erróneos inusitados
- Un período ininterrumpido de comportamiento que es distinto al habitual
- Aumento del impulso sexual
- Consumo de drogas, especialmente cocaína y alcohol
- Comportamiento provocativo, indiscreto o agresivo
- Rechazo a admitir que algo está mal

Los indicios y síntomas de la **depresión** incluyen períodos de:

- Tristeza persistente, ansiedad, o apatía
- Sentimientos de desesperación o pesimismo
- Sentimientos de culpabilidad inadecuados, falta de autoestima o desamparo
- Pérdida de interés o gusto por las actividades corrientes, incluyendo el sexo
- Pérdida de energía, sensación de fatiga o de estar yendo 'despacio'
- Dificultades para pensar o concentrarse, recordar o tomar decisiones
- Impaciencia o irritabilidad
- Dificultades para conciliar el sueño, o dormir en exceso
- Pérdida del apetito y peso, o engordar
- Pensamientos reiterados sobre la muerte o el suicidio; intentos de suicidio

Un síntoma temprano de la enfermedad maníaco-depresiva puede ser la **hipomanía**, en la que la persona muestra un elevado nivel de energía, malhumor excesivo o irritabilidad, y un comportamiento impulsivo o imprudente. La hipomanía puede parecerle buena a la persona que la experimenta, por ello, incluso cuando los familiares o amigos aprenden a reconocer los cambios de humor, el individuo suele negar que algo vaya mal. En sus primeras etapas, el trastorno bipolar puede parecer ser un problema distinto a una enfermedad mental. Por ejemplo, puede aparecer primero como abuso del alcohol o de drogas, o un rendimiento deficiente en el colegio o en el trabajo. Si se deja sin tratar, el trastorno bipolar tiende a empeorar, y la persona experimenta episodios de manía plenamente desarrollada y depresión clínica.

La depresión grave o manía pueden estar acompañadas de períodos de **psicosis**. Los síntomas psicóticos incluyen: alucinaciones (oír, ver o sentir de alguna forma cosas que no existen) y delirios (falsas creencias que persisten ilógicamente, pese a que la evidencia indique lo contrario).

Los síntomas de la manía y de la depresión pueden estar presentes al mismo tiempo (**estado mixto**). Los síntomas suelen incluir agitación, problemas para conciliar el sueño, un cambio significativo del apetito, psicosis, y pensamientos suicidas.

Los síntomas (manía, depresión, o estado mixto) suelen limitarse a episodios bien determinados de la enfermedad. Estos episodios están separados por períodos en los que la persona sufre pocos síntomas, o ninguno. Algunos episodios pueden durar hasta 1 año, mientras que otros pueden ser tan breves que duran solo unas horas, dependiendo del paciente. Con el tiempo, los episodios se hacen cada vez más frecuentes. Cuando en un período de 12 meses tienen lugar cuatro o más episodios de la enfermedad, se dice que la persona tiene una enfermedad maníaco-depresiva con ciclo rápido. En la mayoría de los pacientes, el número de episodios que experimentan en su vida es de aproximadamente 8-10, pero muchos pueden tener más. En un trastorno bipolar de ciclado rápido, en un período de un año pueden producirse 4 o más episodios.

Causas del trastorno bipolar

El trastorno bipolar tiende a darse en familias, y se cree que en muchos casos es hereditario. Más de las dos terceras partes de las personas con enfermedad maníaco-depresiva tiene al menos un familiar relativamente cercano con dicho trastorno, o con depresión mayor. Esto sugiere que los factores genéticos son importantes, y que es probable que la susceptibilidad a la enfermedad tenga que ver con distintos genes. Sin embargo, no se han identificado de manera concluyente los genes específicos implicados. Una vez conseguido, se espera que será posible mejorar los tratamientos y las estrategias preventivas destinadas al proceso subyacente de la enfermedad.

A.- Sensibilización ('kindling')

Es posible que el desarrollo del trastorno bipolar se deba a un proceso de sensibilización ('kindling'). Esta idea sugiere que los primeros episodios de la enfermedad se desencadenan por acontecimientos vitales

estresantes, pero que cada episodio de la enfermedad provoca cambios en el cerebro que facilita la aparición del siguiente episodio y, finalmente, los episodios se producen espontáneamente. Este proceso se describió por primera vez como una explicación de la epilepsia, y podría explicar porqué ciertos medicamentos para la epilepsia también son eficaces en el tratamiento del trastorno bipolar.

B.- Neurotransmisores

Los neurotransmisores son las moléculas que posibilitan la transmisión de los impulsos nerviosos de un nervio a otro vecino. Dado que se piensa que la transmisión nerviosa defectuosa podría ser una de las causas del trastorno bipolar, es posible que estas moléculas estén implicadas. Entre los ejemplos se incluyen dopamina, serotonina, acetilcolina, GABA y glutamato.

Tratamiento

La mayoría de las personas que padecen la enfermedad maníaco-depresiva pueden ser ayudadas cuando reciben tratamiento. Casi todas las personas (incluso las que padecen la forma más severa) pueden conseguir estabilizar sus cambios de humor. Dado que la enfermedad maníaco-depresiva suele ser una enfermedad a largo plazo, y que los síntomas suelen reaparecer, es muy recomendable un tratamiento preventivo de larga duración.

a.- Medicación

Para tratar la enfermedad maníaco-depresiva se utiliza una gran variedad de medicamentos, pero incluso con el mejor de ellos, muchas personas que padecen la enfermedad maníaco-depresiva no consiguen la completa remisión de los síntomas.

b.- Estabilizadores del ánimo

Se usan desde hace mucho tiempo como tratamiento de preferencia para la enfermedad maníaco-depresiva. Suelen ser muy eficaces en el control de la obsesión y para evitar la reaparición de los episodios tanto maníacos como depresivos.

c.- Anticonvulsivantes estabilizadores del estado de ánimo

Son fármacos desarrollados inicialmente para utilizar en el tratamiento de la epilepsia, pero que también se ha encontrado que son

eficaces para la enfermedad bipolar, especialmente en pacientes que no responden a otros tratamientos. En muchos casos, los medicamentos anticonvulsivantes se han utilizado como alternativa a los estabilizadores del ánimo, pero, a menudo, para conseguir mayor efecto, estos medicamentos se combinan.

Es posible que estos fármacos funcionen porque impiden que el cerebro se vuelva sensible al estrés. Se ha sugerido que este proceso es importante en el trastorno bipolar. Se cree que los estabilizadores del ánimo actúan como bloqueantes en las primeras etapas de este proceso, y que los anticonvulsivantes actúan más tarde.

d.- Antidepresivos

Durante un episodio depresivo, las personas que padecen la enfermedad maníaco-depresiva suelen requerir tratamiento con medicación antidepresiva. Para los síntomas depresivos, pueden ser útiles varios tipos de antidepresivos. Generalmente, los estabilizadores anticonvulsivantes del estado de ánimo se administran junto con un antidepresivo para proteger al paciente frente a un cambio hacia la manía o períodos recurrentes, que podría surgir en algunas personas que padecen la enfermedad maníaco-depresiva debido al uso de fármacos antidepresivos.

e.- Antipsicóticos

En algunos casos, los más nuevos y atípicos fármacos antipsicóticos pueden ayudar a aliviar los síntomas graves, o resistentes al tratamiento, de la enfermedad maníaco-depresiva y evitar recaídas maníacas. Sin embargo, es necesario seguir investigando para poder establecer la seguridad y eficacia de los antipsicóticos atípicos como tratamiento a largo plazo para la enfermedad maníaco-depresiva.

f.- Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas de alta potencia, clonazepam y lorazepam, pueden ser útiles cuando se añaden a otros fármacos. Pueden ayudar a reducir los problemas para conciliar el sueño.

g.- Terapia electroconvulsiva (TEC)

La terapia electroconvulsiva (TEC) suele ser útil en el tratamiento de depresiones graves y/o manías mixtas que no responden a los fármacos.

h.- Psicoterapia

La psicoterapia, combinada con medicación, suele proporcionar ventajas adicionales. Como complemento al tratamiento con fármacos, la psicoterapia suele ser útil para proporcionar apoyo, educación y orientación al paciente y a su familia.

El papel de la familia y de los amigos

Al igual que con otras enfermedades serias, el trastorno bipolar resulta difícil para los cónyuges, familiares, amigos y patronos. Los familiares de las personas con trastorno bipolar a menudo han de tratar de sobrellevar graves problemas de comportamiento (como gastar dinero) y las consecuencias duraderas de dichas conductas. Si los síntomas hacen que una persona se vuelva agresiva, o incapaz de cumplir con sus responsabilidades, los familiares podrían enojarse con el paciente. Los familiares suelen experimentar sentimientos de extrema culpabilidad una vez que el individuo ha sido diagnosticado. Les preocupa haber tenido pensamientos de enfado o de odio, y muchos se preguntan si de algún modo no han contribuido a la enfermedad por haberle prestado poco apoyo o haber estado irascibles, aunque ésto no haya sido el caso.

Las personas que sufren el trastorno bipolar deberían recibir los cuidados de un psiquiatra experimentado durante el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Otros profesionales de la salud mental, tales como psicólogos y asistentes sociales psiquiátricos, pueden ayudar proporcionando al paciente y a su familia propuestas adicionales al tratamiento.

A menudo, las personas con trastorno bipolar no reconocen la gravedad de su enfermedad, o culpan de sus problemas a alguna causa distinta a la enfermedad mental. Suelen necesitar que sus familias y amigos les animen a buscar tratamiento; el médico de cabecera puede hacer la primera valoración. Si la persona está en medio de un episodio serio, podría ser necesario hospitalizarla por su propio bien y para que sea sometida al tratamiento que tanto necesita. Cualquiera que considere la posibilidad de suicidio requiere atención inmediata por parte de un médico de cabecera o de un especialista en salud mental. Con la ayuda y el tratamiento adecuados, es posible superar las tendencias suicidas.

Es importante que el paciente comprenda que el trastorno bipolar no va a desaparecer, y que es necesario un tratamiento continuado para mantener la enfermedad bajo control. El ánimo y el apoyo son igualmente importantes después de que la persona comience el tratamiento, pues

podría tardarse algún tiempo en decidir el tratamiento más adecuado para cada caso en particular.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Criterios diagnósticos del DSM IV para el trastorno por estrés posttraumático:

- A. La persona ha estado expuesta a un evento traumático, en el que estuvieron presentes los siguientes:
 - a. La persona experimentó, atestiguó o se confrontó con un evento o eventos que involucran una muerte real o aterradora, o lesiones graves, o una amenaza a la integridad física de él mismo o de otros.
 - b. La respuesta de la persona implica miedo intenso, impotencia u horror. Nota: en niños, es posible que se presente una conducta desorganizada o agitada en lugar de lo anterior.
- B. El evento traumático se vuelve a experimentar de manera persistente, en una o más de las maneras siguientes:
 - a. Recuerdos angustiantes, recurrentes e intrusivos del evento, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: en niños pequeños, puede ocurrir juego repetitivo en el cual se expresan temas o aspectos del trauma.
 - b. Sueños angustiantes recurrentes del evento. Nota: en niños, pueden ocurrir sueños aterradores sin que se reconozca el contenido.
 - c. Actuar o sentir como si la experiencia traumática estuviera sucediendo. Nota: en niños pequeños, puede ocurrir representación específica del trauma.
 - d. Angustia psicológica intensa al exponerse a señales internas o externas que simbolizan o semejan un aspecto de la experiencia traumática.
 - e. Reactividad psicológica a señales internas o externas que simbolizan o semejan un aspecto del evento traumático.
- C. Evitación persistente de los estímulos asociados al trauma o entorpecimiento de la sensibilidad general, indicados por al menos de los tres siguientes:
 - a. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el trauma;
 - b. esfuerzos por evitar actividades o situaciones que estimulan el recuerdo del trauma;
 - c. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma;

- d. interés o participación marcadamente disminuido en actividades significativas;
 - e. sentimiento de alejamiento o desapego de los demás;
 - f. límites restringidos del afecto;
 - g. sensación de un futuro corto.
- D. Síntomas persistentes de excitación incrementada, como se indica por dos o más de los siguientes:
- a. dificultad para quedarse o permanecer dormido;
 - b. irritabilidad o arranques de cólera;
 - c. dificultad para concentrarse;
 - d. hipervigilancia;
 - e. respuesta exagerada de sobresalto.
- E. La duración del trastorno (síntomas de los criterios B, C y D) es mayor de un mes.
- F. El trastorno provoca aflicción o alteración en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes del mismo, clínicamente significativas.

Especifique si:

Aguda: Si la duración de los síntomas es menor a tres meses.

Crónica: Si la duración de los síntomas es de tres meses o más.

Especifique si:

Con inicio tardío: Si el inicio de los síntomas es por lo menos seis meses posterior al estresor.

“Fui violada a los 25 años. Por mucho tiempo hablé de esa violación a un nivel intelectual como si fuera algo que le hubiera pasado a otra persona. Yo sabía muy bien que me había pasado a mí, pero sencillamente no existía una sensación. Por un tiempo me saqué el bulto de encima. Empecé a tener recuerdos retrospectivos. Me llegaban como un golpe de agua. Estaba aterrorizada. Repentinamente comencé a revivir la violación. Cada momento era sobrecogedor. Sentía que mi cabeza se movía un poco, sacudiéndose, pero eso no era verdad. Me sofocaba o se me secaba la boca y mi respiración cambiaba. Estaba como suspendida. No sentía el cojín sobre el cual estaba sentada o que mi brazo estaba tocando un mueble. Parecía estar dentro de una burbuja como si flotara. Era de dar miedo. Tener recuerdos retrospectivos puede causar opresión. Lo deja a uno agotado. La violación tuvo lugar una semana antes de Navidad y me siento como un hombre lobo cerca de esas fechas. El cambio a ansiedad y miedo es increíble.”

El trastorno postraumático por tensión (TPT) es una condición debilitante que sigue a un evento de terror. Frecuentemente, las personas que sufren de TPT tienen persistentemente memorias y pensamientos espantosos de su experiencia y se sienten emocionalmente paralizadas,

especialmente hacia personas que antes estuvieron cerca de ella. El TPT, conocido antes como sobresalto por proyectil o fatiga de batalla, fue traída a la atención pública por los veteranos de guerra pero puede ser el resultado de varios otros incidentes traumáticos. Incluyen raptos, graves accidentes como choques de automóviles o de trenes, desastres naturales como inundaciones o temblores, ataques violentos tales como asaltos, violaciones o tortura, o ser plagiado. El evento que desata este trastorno puede ser algo que amenace la vida de esa persona o la vida de alguien cercano a ella. O bien, puede ser algo que vio, como por ejemplo la destrucción en masa después de la caída de un aeroplano.

Cualquiera que sea la razón del problema, algunas personas con TPT repetidamente vuelven a vivir el trauma en forma de pesadillas y recuerdos inquietantes durante el día. Pueden también experimentar problemas de sueño, depresión, sensación de indiferencia o de entumecimiento o se sobresaltan fácilmente. Pueden perder el interés en cosas que antes les causaban alegría y les cuesta trabajo sentir afecto. Es posible que se sientan irritables, más agresivas que antes o hasta violentas. El ver cosas que les recuerdan el incidente puede ser molesto, lo que podría hacerles evitar ciertos lugares o situaciones que les traigan a la mente esas memorias. Los aniversarios de lo que sucedió frecuentemente son muy difíciles.

El TPT puede presentarse en cualquier edad, incluyendo la niñez. El trastorno puede venir acompañado de depresión, de abuso de sustancias químicas o de ansiedad. Los síntomas pueden ser ligeros o graves; las personas pueden irritarse fácilmente o tener violentos arranques de cólera o de mal humor. En casos severos, los afectados pueden tener dificultad para trabajar o para socializar. En general, los síntomas pueden ser peores si el evento que los ocasiona fue obra de una persona, como en el caso de violación, a comparación de uno natural como es una inundación.

Los eventos ordinarios pueden traer el trauma a la mente e iniciar recuerdos retrospectivos o imágenes intrusas. Un recuerdo retrospectivo puede hacer que la persona pierda contacto con la realidad y vuelva a vivir el evento durante un período de unos segundos o por horas o, muy raramente, por días. Una persona que tiene recuerdos retrospectivos que pueden presentarse en forma de imágenes, sonidos, olores o sensaciones, generalmente cree que el evento traumático está volviendo a repetirse.

No todas las personas traumatizadas sufren un verdadero caso de TLT o experimentan TLT en lo absoluto. Se diagnostica TLT únicamente si los síntomas duran más de un mes. En aquellas personas que tienen TLT, los

síntomas generalmente comienzan tres meses después del trauma y el curso de la enfermedad varía. Hay quienes se recuperan dentro de los siguientes 6 meses; a otros, los síntomas les duran mucho más tiempo. En algunos casos, la condición puede ser crónica. Ocasionalmente, la enfermedad no se detecta sino hasta varios años después del evento traumático.

Los medicamentos antidepresivos y los que se recetan para aminorar la ansiedad, pueden disminuir los síntomas de la depresión y los problemas de sueño; y la psicoterapia, incluyendo la terapia de comportamiento cognoscitivo, es una parte integral del tratamiento. En ocasiones el exponerse a lo que el trauma recuerda, como parte de la terapia, por ejemplo, regresar a la escena de una violación, puede ayudar. Además, el apoyo de los familiares y amistades puede agilizar la recuperación.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Todas las personas saben lo que es sentir ansiedad: los hormigueos en el estómago antes de la primera cita, la tensión que usted siente cuando su jefe está enojado, la forma en que su corazón late si usted está en peligro. La ansiedad lo incita a actuar. Lo anima a enfrentarse a una situación amenazadora. Lo hace estudiar más para ese examen y lo mantiene alerta cuando está dando un discurso. En general, lo ayuda a enfrentarse a las situaciones.

Pero si usted sufre de *trastorno de ansiedad*, esta emoción normalmente útil puede dar un resultado precisamente contrario: evita que usted se enfrente a una situación y trastorna su vida diaria. Los trastornos de ansiedad no son sólo un caso de "nervios". Son enfermedades frecuentemente relacionadas con la estructura biológica y las experiencias en la vida de un individuo y con frecuencia son hereditarias. Existen varios tipos de trastornos de ansiedad, cada uno con sus características propias.

Un trastorno de ansiedad puede hacer que se sienta ansioso casi todo el tiempo sin ninguna causa aparente. O las sensaciones de ansiedad pueden ser tan incómodas que, para evitarlas, usted hasta suspenda algunas de sus actividades diarias. O usted puede sufrir ataques ocasionales de ansiedad tan intensos que lo aterrorizan e inmovilizan.

En el "National Institute of Mental Health" (NIMH), la agencia federal que lleva a cabo y apoya la investigación relacionada con trastornos mentales, la salud mental y del cerebro, los científicos están aprendiendo

cada vez más y más respecto a la naturaleza de los trastornos de ansiedad, sus causas y cómo mitigarlos.

Muchas personas confunden estos trastornos y piensan que los individuos deberían sobreponerse a los síntomas usando tan sólo la fuerza de voluntad. El querer que los síntomas desaparezcan no da resultado, pero hay tratamientos que pueden ayudarlo. Es por esto que el NIMH ha preparado este folleto: para ayudarlo a comprender estas situaciones, describir los tratamientos y explicar el papel que juega la investigación en la lucha para vencer la ansiedad y otros trastornos mentales.

TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA

Criterios diagnósticos del DSM IV para el trastorno por ansiedad generalizada:

- A. Ansiedad o preocupación excesivas, que se presenta mas días de los que no se presenta, durante por lo menos seis meses, acerca de un número de eventos o actividades.
- B. La persona encuentra difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian con tres o mas de los siguientes seis síntomas (Nota: en niños solo se requiere uno de los síntomas):
 - a. Intranquilidad o sentimiento de agitación o de encontrarse al borde;
 - b. Se fatiga con facilidad;
 - c. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco;
 - d. Irritabilidad;
 - e. Tensión muscular;
 - f. Alteraciones del sueño.
- D. El centro de la ansiedad y preocupación no se confina a características de un trastorno en el Eje I, por ejemplo, la ansiedad o preocupación no es acerca de presentar una crisis de angustia, estar contaminado, aumentar de peso, presentar múltiples quejas físicas, o tener una enfermedad grave, y la ansiedad y preocupación no se presentan de manera exclusiva durante el trastorno por estrés postraumático.
- E. Los síntomas de ansiedad, preocupación o físicos, provocan aflicción o alteración en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes del mismo, clínicamente significativas.

- F. La alteración no se debe a los efectos psicológicos directos de una sustancia, o a una alteración médica general y no ocurre de manera exclusiva durante un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

“Yo siempre pensé que era aprensivo. Me sentía inquieto y no podía descansar. A veces estas sensaciones iban y venían. Otras veces eran constantes. Podían durar días. Me preocupaba por la cena que iba a preparar para la fiesta o cuál sería un magnífico regalo para alguien. Simplemente no podía dejar nada de lado. Tenía serios problemas para dormir. Hubo ocasiones en que despertaba ansioso en la mañana o en la mitad de la noche. Me costaba trabajo concentrarme aún mientras leía el periódico o una novela. A veces me sentía un poco mareado. Mi corazón latía apresuradamente o me golpeaba en el pecho. Esto me preocupaba aún más.”

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Son preocupación y tensión crónicas aún cuando nada parece provocarlas. El padecer de este trastorno significa anticipar siempre un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es difícil de localizar. El simple hecho de pensar en pasar el día provoca ansiedad.

Las personas que padecen de TAG no parecen poder deshacerse de sus inquietudes aún cuando generalmente comprenden que su ansiedad es más intensa de lo que la situación justifica. Quienes padecen de TAG también parecen no poder relajarse. Frecuentemente tienen trabajo en conciliar el sueño o en permanecer dormidos. Sus preocupaciones van acompañadas de síntomas físicos, especialmente temblores, contracciones nerviosas, tensión muscular, dolores de cabeza, irritabilidad, transpiración o accesos de calor. Pueden sentirse mareadas o que les falta el aire. Pueden sentir náusea o que tienen que ir al baño frecuentemente. O pueden sentir como si tuvieran un nudo en la garganta.

Muchos individuos con TAG se sobresaltan con mayor facilidad que otras personas. Tienden a sentirse cansados, les cuesta trabajo concentrarse y a veces también sufren de depresión.

Por lo general, el daño asociado con TAG es ligero y las personas con ese trastorno no se sienten restringidas dentro del medio social o en el trabajo. A diferencia de muchos otros trastornos de ansiedad, las personas con TAG no necesariamente evitan ciertas situaciones como resultado de

su trastorno. Sin embargo, si éste es severo, el TAG puede ser muy debilitante, resultando en dificultad para llevar a cabo hasta las actividades diarias más simples.

El TAG se presenta gradualmente y afecta con mayor frecuencia a personas en su niñez o adolescencia, pero también puede comenzar en la edad adulta. Es más común en las mujeres que en los hombres y con frecuencia ocurre en los familiares de las personas afectadas. Se diagnostica cuando alguien pasa cuando menos 6 meses preocupándose excesivamente por varios problemas diarios.

En general, los síntomas de TAG tienden a disminuir con la edad. Un tratamiento acertado puede incluir un medicamento llamado buspirone. Se están llevando a cabo investigaciones para confirmar la efectividad de otros medicamentos como benzodiazepinas y antidepresivos. También son útiles la técnica de terapia de comportamiento cognoscitivo, las técnicas de relajamiento y de retroalimentación para controlar la tensión muscular.

TRASTORNO DE PÁNICO

“Comenzó hace 10 años. Estaba sentada durante un seminario en un hotel y esta sensación salió de la nada. Sentí que me estaba muriendo. Para mí, un ataque de pánico es casi una experiencia violenta. Siento que me estoy volviendo loca. Me hace sentir que estoy perdiendo el control en forma extrema. Mi corazón late con fuerza, todo parece irreal y hay una fuerte sensación de calamidad inminente. Entre un ataque y otro existe este pavor y ansiedad de que van a regresar. El tratar de escapar a estas sensaciones de pánico puede ser agotador.”

Síntomas de un ataque de pánico:

- Palpitaciones y dolor precordial
- Náusea, mareo, vértigo
- Escalofríos, sudoración excesiva
- Falta de aire o una sensación de asfixia
- Parestesias
- Estremecimiento o temblores
- Sensación de irrealidad
- Terror
- Sensación de falta de control o estarse volviendo loco
- Temor a morir

Quienes padecen de trastornos de pánico experimentan sensaciones de terror que les llegan repentina y repetidamente sin previo aviso. No pueden anticipar cuando les va a ocurrir un ataque y muchas personas pueden manifestar ansiedad intensa entre cada uno al preocuparse de cuando y donde les llegará el siguiente. Entre tanto, existe una continua preocupación de que en cualquier momento se va a presentar otro ataque.

Cuando llega un ataque de pánico, lo más probable es que usted sufra palpitaciones y se sienta sudoroso, débil o mareado. Puede sentir cosquilleo en las manos o sentirlas entumecidas y posiblemente se sienta sofocado o con escalofríos. Puede experimentar dolor en el pecho o sensaciones de ahogo, de irrealidad o tener miedo de que suceda una calamidad o de perder el control. Usted puede, en realidad, creer que está sufriendo un ataque al corazón o de apoplejía, que está perdiendo la razón o que está al borde de la muerte. Los ataques pueden ocurrir a cualquier hora aún durante la noche al estar dormido, aunque no esté soñando. Mientras casi todos los ataques duran aproximadamente dos minutos, en ocasiones pueden durar hasta 10 minutos. En casos raros pueden durar una hora o más.

El trastorno de pánico ataca cuando menos al 1.6 por ciento de la población y es doblemente más común en las mujeres que en los hombres. Puede presentarse a cualquier edad, en los niños o en los ancianos, pero casi siempre comienza en los adultos jóvenes. No todos los que sufren ataques de pánico terminan teniendo trastornos de pánico; por ejemplo, muchas personas sufren un ataque y nunca vuelven a tener otro. Sin embargo, para quienes padecen de trastornos de pánico es importante obtener tratamiento adecuado. Un trastorno así, si no se atiende, puede resultar en invalidez.

El trastorno de pánico frecuentemente va acompañado de otros problemas tales como depresión o alcoholismo y puede engendrar fobias, relacionadas con lugares o situaciones donde los ataques de pánico han ocurrido. Por ejemplo, si usted experimenta un ataque de pánico mientras usa un elevador, es posible que llegue a sentir miedo de subir a los elevadores y posiblemente empiece a evitar usarlos.

Las vidas de algunas personas han llegado a hacerse muy restringidas porque evitan actividades diarias normales como ir al mercado, manejar un vehículo o, en algunos casos hasta salir de su casa. O bien, pueden llegar a confrontar una situación que les causa miedo siempre y cuando vayan acompañadas de su cónyuge o de otra persona que les merezca confianza. Básicamente, evitan cualquier situación que temen pueda hacerlas sentirse indefensas si ocurre un ataque de pánico. Cuando, como resultado de este mal, las vidas de las personas llegan a ser tan restringidas como sucede en casi una tercera parte de las personas que padecen de trastornos de pánico, se le llama *agorafobia*. La tendencia hacia trastornos de pánico y agorafobia tiende a ser hereditario. Sin embargo un tratamiento oportuno al trastorno de pánico puede frecuentemente detener el progreso hacia la agorafobia.

Se han hecho estudios que demuestran que un tratamiento adecuado, un tipo de psicoterapia llamada terapia de comportamiento cognoscitivo, medicamentos o posiblemente una combinación de ambos, ayuda del 70 al 90 por ciento de las personas con trastornos de pánico. Se puede apreciar una significativa mejoría entre 6 a 8 semanas después de iniciarse el tratamiento.

Los medios usados en la terapia de comportamiento cognoscitivo enseñan al paciente a ver las situaciones de pánico de manera diferente y enseñan varios modos de reducir la ansiedad, por ejemplo haciendo ejercicios de respiración o acudiendo a técnicas que dan nuevo enfoque a la atención. Otra técnica que se usa en la terapia de comportamiento

cognoscitivo, conocida como terapia de exposición frecuentemente puede mitigar las fobias resultantes de un trastorno de pánico. En la terapia de exposición, se expone poco a poco a las personas a la situación temida hasta que llegan a hacerse insensibles a ella.

Algunas personas encuentran el mayor alivio a los síntomas del trastorno de pánico cuando toman ciertos medicamentos recetados por el médico. Esos medicamentos, al igual que la terapia de comportamiento cognoscitivo, pueden ayudar a prevenir ataques de pánico o a reducir su frecuencia y severidad. Los dos tipos de medicamentos que se ha comprobado son seguros y efectivos en el tratamiento del trastorno de pánico son los antidepresivos y las benzodiazepinas.

CÓMO RECIBIR AYUDA EN LOS CASOS DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Si usted o alguna persona a quien usted conoce tiene síntomas de ansiedad, lo mejor que puede hacer inicialmente es ver al médico familiar. Un médico puede ayudarlo a determinar si los síntomas son debidos a un trastorno de ansiedad, a alguna otra condición médica o a ambos. Más frecuentemente, el siguiente paso para recibir tratamiento en un trastorno de ansiedad es ser recomendado a un profesional de salud mental.

Entre los profesionales que pueden ayudar están los psiquiatras, los psicólogos, los trabajadores sociales y los consejeros. Sin embargo, es mejor buscar a un profesional que tenga *entrenamiento especializado* en terapia de comportamiento cognoscitivo o en terapia de comportamiento y que esté dispuesto a usar medicamentos en caso de que sean necesarios.

A veces los psicólogos, los trabajadores sociales y los consejeros trabajan unidos con un psiquiatra u otro médico, quien receta los medicamentos cuando éstos se requieren. Para algunas personas la terapia de grupo o la de grupos de auto-ayuda son una parte útil del tratamiento. A muchas personas les es más útil una combinación de estas terapias.

Cuando usted busca a un profesional de cuidado de la salud es importante que pregunte qué tipos de terapia usa generalmente o si tiene medicamentos disponibles. Es importante que usted se sienta cómodo con la terapia. De no ser éste el caso, busque ayuda en otro lado. Sin embargo, si usted ha estado tomando medicamentos, es importante no cortar abruptamente el uso de algunos de ellos, sino irlos rebajando bajo la

supervisión de su médico. Asegúrese de preguntar a su médico cómo dejar de tomar un medicamento.

Recuerde, sin embargo, que cuando usted encuentra a un profesional del cuidado de la salud con el cual se siente satisfecho, ustedes dos están trabajando en equipo. Entre los dos podrán desarrollar un plan para su tratamiento del trastorno de ansiedad que pueda involucrar medicamentos, terapia de comportamiento, o terapia de comportamiento cognoscitivo, que consideren apropiado. Sin embargo, los tratamientos para trastornos de ansiedad no necesariamente dan resultado inmediatamente. Su médico o terapeuta puede pedirle que siga un plan específico de tratamiento por varias semanas para determinar si le está dando resultado.

El NIMH continúa su búsqueda de nuevos y mejores tratamientos para las personas con trastornos de ansiedad. El Instituto apoya un programa muy amplio y multifacético sobre trastornos de ansiedad; sus causas, diagnóstico, tratamiento y prevención. Esta investigación involucra estudios de trastornos de ansiedad en los humanos así como investigaciones de la base biológica sobre ansiedad y sus fenómenos, en los animales. Es parte de un esfuerzo masivo para vencer a los más grandes trastornos mentales; es un esfuerzo que se está llevando a cabo durante la década de los 90 que el Congreso de Estados Unidos ha designado como la Década del Cerebro.

CAPÍTULO 6

TRASTORNOS SOMATOFORMES Y DISOCIATIVOS

Son formas de comunicar conflictos.

La conducta es el vehículo para la expresión de la actitudes básicas.

Son trastornos psicosociales que se expresan en síntomas físicos.

Proceso:

1. Cuidado médico en un sistema de apoyo para personas socialmente aisladas.
2. La enfermedad física es socialmente aceptada y cubre fallas ocupacionales, sociales, sexuales.
3. La enfermedad permite la manipulación de otros.
4. Los síntomas físicos son como un "llanto de auxilio".
5. Síntomas equivalentes psicológicos o concomitantes de enfermedades psiquiátricas como trastorno de pánico, entre otros.
6. La enfermedad física es menos estigmatizante que la mental.
7. Algunas personas amplifican sensaciones corporales normales y las interpretan como enfermedad física.
8. Ganancias secundarias y evitación de responsabilidades.
9. Traumas y abusos físicos y psicológicos durante la infancia predisponen a stress somático como forma de somatización.
10. Condiciones aprendidas en la niñez de expresar físicamente necesidades de afecto y nutrición por los padres.
11. Médicos y cuidadores contribuyen.

Ganancias:

Primaria: No reconocer el problema que inconscientemente nos causa problemas.

Secundaria: La ganancia del paciente de un beneficio extra que un síntoma le da.

TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN (HISTERIA, SÍNDROME DE BRIQUET)

1859 Briquet: describió un trastorno teatral y exagerado en ausencia de enfermedad médica demostrable.

1895 Freud: "Histeria" y conversión de energía psíquica en trastornos físicos.

1943 Stekel: "somatización".

1972 Feighner: lista 59 síntomas físicos donde no se encuentra lesión y se consideraba psicósomático.

1980 DSM-IV: Trastorno de somatización.

Los síntomas, sin tener datos encontrables nos dicen que puede ser:

1. Somatomorfos
2. Depresión
3. Conversión
4. Facticio

Se caracteriza por múltiples síntomas físicos que recurren durante varios años, no referibles a una alteración física identificable, o de manera general, cuando hay exceso de manifestaciones físicas.

Síntomas suelen ser parte de una historia clínica complicada.

Además suele coexistir con trastorno de personalidad antisocial e histriónica.

Se ha informado que se asocia a alucinar escuchar el nombre propio.

Por lo general afecta a mujeres antes de los 30 años.

Es una enfermedad crónica, con fluctuaciones del número y gravedad de los síntomas.

Criterios diagnósticos del DSM IV para el trastorno de somatización:

1. Una historia de muchas quejas físicas, que comienza antes de los 30 años, y persiste por varios años y termina en la búsqueda de tratamiento o alteración significativa en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes del mismo.
2. Debe reunirse cada uno de los siguientes criterios, con síntomas individuales que se dan en cualquier momento durante el curso de la alteración:
 - a. Cuatro síntomas de dolor:
 - i. Un antecedente de dolor relacionado con cuatro síntomas o funciones diferentes.
 - b. Dos síntomas gastrointestinales:
 - i. Un antecedente por lo menos dos síntomas gastrointestinales que no sean dolor.
 - c. Un síntoma sexual:
 - i. Un antecedente de por lo menos un síntoma sexual o reproductivo que no sea dolor.
 - d. Un síntoma pseudo neurológico:
 - i. Un antecedente de por lo menos un síntoma o déficit que sugieren una alteración que no se limita al dolor.
3. Ya sea a. o b.:
 - a. Los síntomas no se explican por alguna alteración médica general o los efectos de una sustancia.
 - b. Cuando existe alguna alteración médica, los síntomas son excesivos a los esperados.
4. Los síntomas no son falsos ni producidos de manera intencional.

Es mas frecuente en mujeres; su incidencia es de 2 de cada 100 personas. Inicia en 2ª a 3ª década de la vida.

Diagnóstico diferencial:

Enfermedades orgánicas como:

- a) esclerosis múltiple,
- b) fibromialgia,
- c) lupus eritematoso sistémico,
- d) hiperparatiroidismo,
- e) porfiria.

Trastornos mentales como:

- a) esquizofrenia,
- b) depresión,
- c) trastorno por angustia.

Tratamiento:

Estos pacientes se resisten al tratamiento psiquiátrico, porque piensan que ellos "no están locos" y que su enfermedad es física y no mental.

1. Consolidación del cuidado bajo un solo médico de apoyo
2. Identificación de estresores psicosociales
3. Psicoterapia

TRASTORNO DE CONVERSIÓN

Pérdida o cambio del funcionamiento físico, provocado por un conflicto psicológico.

Por lo general, existe solo un síntoma o signo.

Criterios diagnósticos del DSM IV para el trastorno de conversión:

- A. Uno o mas síntomas o déficit que afectan la función motora o sensorial voluntaria, que sugiere una alteración médica general o de otro tipo.
- B. Se cree que los factores psicológicos están asociados con el síntoma o déficit debido a que el comienzo o exacerbación del mismo es precedido por conflictos u otros estresores.
- C. El síntoma o déficit no se produce o finge de manera intencional (como en el trastorno ficticio o el fingirse enfermo).
- D. Después de una investigación adecuada, el síntoma o déficit no puede explicarse por completo mediante una alteración médica general, o por los efectos directos de una sustancia, o como una conducta o experiencia sancionada culturalmente.

- E. El síntoma o déficit provoca aflicción o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes del mismo, o garantiza una evaluación médica.
- F. El síntoma o déficit no se limita al dolor o disfunción sexual, no ocurre de manera exclusiva durante el curso del trastorno de somatización y no se explica mejor mediante otro trastorno mental.

Especificar tipo de síntoma o déficit:

- Con síntoma o déficit motor
- Con síntoma o déficit sensorial
- Con ataques o convulsiones
- Con presentación mixta

Es un trastorno raro mas frecuente en mujeres.

Es mas común en mujeres una alteración en la deglución, con dificultad por una sensación de un bulto en la garganta, llamado "globo histérico".

Diagnóstico diferencial:

Enfermedades orgánicas como:

- a) esclerosis múltiple
- b) miastenia gravis
- c) fibromialgia
- d) polimiositis
- e) tumores cerebrales
- f) embolias

Trastornos mentales como:

- a) esquizofrenia
- b) trastorno de somatización
- c) trastorno facticio

Tratamiento:

1. Terapia conductual
2. Psicoterapia

TRASTORNO DE DOLOR SOMATOFORME

Preocupación con síntomas de dolor en la ausencia de, o en exceso de, evidencia física.

Es un trastorno relativamente mas común que los anteriores, que se presenta con mas frecuencia en mujeres.

Criterios diagnósticos del DSM IV para el trastorno de dolor:

- A. El dolor en uno o más sitios anatómicos es el foco predominante de la presentación clínica y es de gravedad suficiente para justificar la atención médica.
- B. El dolor provoca aflicción o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas del mismo.
- C. Se cree que los factores psicológicos tienen una participación importante en el inicio, gravedad, exacerbación o mantenimiento del dolor.
- D. El síntoma o déficit no se produce o finge de manera intencional.
- E. El dolor no se explica mejor mediante un trastorno del estado de ánimo, por ansiedad o psicótico y no reúne el criterio para dispareunia.

Se codifica de la siguiente manera:

Trastorno de dolor asociado a factores psicológicos: Se cree que los factores psicológicos tienen la participación más importante en el inicio, gravedad, exacerbación o mantenimiento del dolor. Este tipo de dolor no se diagnostica si también se reúne el criterio para el trastorno de somatización.

Especifique si:

Aguda: duración menor a seis meses.

Crónica: duración de seis o más meses.

Trastorno de dolor asociado tanto con factores psicológicos, como con una alteración médica general: Se cree que tanto los factores psicológicos, como una alteración médica general, participan de manera importante en el inicio, gravedad, exacerbación o mantenimiento del dolor. La alteración médica general asociada o el sitio anatómico del dolor se codifican en el Eje III.

Especifique si:

Aguda: duración menor a seis meses.

Crónica: duración de seis o más meses.

Diagnóstico diferencial:

Enfermedades orgánicas como:

- a) enfermedad coronaria
- b) enfermedad del disco lumbar
- c) endometriosis

Trastornos mentales como:

- a) trastorno de somatización
- b) trastorno del estado de ánimo
- c) trastornos facticios

Tratamiento:

1. Consolidación del cuidado bajo un solo médico de apoyo
2. Terapia conductual
3. Farmacoterapia con antidepresivos tricíclicos

HIPOCONDRIASIS

El miedo de tener, o creer que se tiene, una enfermedad física grave.

Es un trastorno común en el ejercicio médico general que se ve con mas frecuencia en mujeres que en hombres.

Se acompaña a menudo de ansiedad, depresión y rasgos de personalidad compulsiva.

Es un trastorno crónico de pronóstico muy pobre.

Criterios diagnósticos del DSM IV para el trastorno de hipocondriasis:

- A. Preocupación con el temor de tener, o la creencia de que se tiene una enfermedad grave, basada en la interpretación errónea de los síntomas corporales.
- B. La preocupación persiste, a pesar de la evaluación médica apropiada y garantizada.
- C. La creencia del criterio A no es de intensidad delirante, y no se restringe a una preocupación circunscrita acerca de la apariencia.
- D. La preocupación provoca aflicción o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas de mismo.
- E. La alteración dura por lo menos seis meses.
- F. La preocupación no se explica mejor mediante el trastorno por ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por angustia, un episodio depresivo mayor o ansiedad de separación u otro trastorno somatoforme.

Especifique si:

Con introspección pobre: Si la mayor parte del tiempo durante el episodio actual, la persona no reconoce que la preocupación acerca de presentar una enfermedad grave es excesiva o irracional.

Diagnóstico diferencial:

Enfermedades orgánicas

Trastornos mentales como:

- a) Trastorno por angustia
- b) Trastorno por ansiedad generalizada
- c) Depresión mayor
- d) Trastorno de somatización

Tratamiento:

1. Consolidación del cuidado bajo un solo médico de apoyo
2. Psicoterapia (sólo útil para unos cuantos)

El médico debe renunciar a la idea de curar en el sentido ordinario de aliviar los síntomas.

AMNESIA DISOCIATIVA

Los trastornos disociativos son un grupo de síndromes psiquiátricos que se caracterizan por alteración súbita y temporal de algún aspecto de la conciencia, identidad o conducta motora.

La amnesia disociativa se caracteriza por inicio súbito de una crisis única de incapacidad para recordar datos personales importantes.

No hay ningún trastorno acompañante de la conducta motora.

El paciente se percata de su déficit de memoria.

Demuestra perplejidad, desorientación y vagabundeo durante la crisis.

Es una pérdida de la memoria posterior a una experiencia de la vida estresante o traumática.

Trastorno raro mas común en adolescentes y mujeres adultas jóvenes.

Ocurre mas a menudo en situaciones de guerra o como secuela de un desastre natural.

4 tipos diferentes de alteraciones de la memoria 4:

1. "Amnesia localizada"
 - i. La mas común,
 - ii. es la incapacidad para recordar todo lo que ocurrió en un período breve en relación con un acontecimiento determinado.
2. "Amnesia generalizada"
 - i. incapacidad para recordar todo lo que ha ocurrido en la vida del paciente.
3. Amnesias selectivas
 - i. Son para solo algunos acontecimientos.
4. Amnesias continuas
 - i. Poco común
 - ii. Se olvidan todos los acontecimientos subsecuentes a un período específico
 - iii. Paciente es incapaz de formar nuevas memorias aunque al parecer esté alerta y consciente de las cosas.

Criterios diagnósticos del DSM IV para la amnesia disociativa:

- A. La alteración predominante es uno o mas episodios de incapacidad para recordar información personal importante, por lo general de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado extensa como para explicarse como un olvido ordinario.
- B. La alteración no ocurre de manera exclusiva durante el curso de un trastorno de identidad disociativa, fuga disociativa, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo o trastorno de somatización, y no se debe a los efectos psicológicos directos de una sustancia.
- C. Los síntomas provocan alteración o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas de mismo.

La crisis de amnesia se inicia típicamente después de un acontecimiento de la vida que produce estrés psicológico grave en el sujeto afectado.

Diagnóstico diferencial:

Alteración de la memoria en trastornos orgánicos como:

- a) lagunas mentales por alcohol (enfermedad de Korsakoff)
- b) amnesia por golpe
- c) amnesia global transitoria

Alteraciones mentales como:

- a) Fuga disociativa
- b) Trastorno de personalidad múltiple
- c) Trastorno facticio

Tratamiento:

1. Entrevista amobarbital
2. Psicoterapia

Muchos casos se resuelven de manera espontánea.

TRASTORNO DISOCIATIVO DE IDENTIDAD

Coexistencia de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo.

Más común en adolescentes y mujeres adultas jóvenes.

No es tan rara como parece.

Los pacientes bajo hipnosis se descubren en sus personalidades, las cuales pueden ser desconocidas para ellos mismos.

Criterios diagnósticos del DSM IV para el trastorno disociativo de personalidad:

- A. La existencia dentro de la persona, de dos o mas personalidades o estados de personalidad distintos (cada uno con su propio patrón relativamente duradero de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de sí mismo).
- B. Al menos dos de estas personalidades o estados de la personalidad toman en forma recurrente el control completo de la conducta de la persona.
- C. Incapacidad súbita para recordar información personal importante, que es demasiado extensa como para explicarse como un olvido ordinario.
- D. La perturbación no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia o una alteración médica general. En niños, los síntomas son atribuibles a compañeros de juego imaginarios u otros juegos de fantasía.

Diagnóstico diferencial:

- a) Amnesia disociativa
- b) Fuga disociativa
- c) Esquizofrenia
- d) Trastorno facticio

Tratamiento:

1. Psicoterapia individual a largo plazo con enfoques de apoyo y revelación
2. Puede requerir hospitalización
3. Farmacoterapia adjunta

FUGA DISOCIATIVA

Pérdida de la memoria, viajar a un sitio nuevo con la adquisición de una nueva identidad.

Es un trastorno raro.

Criterios diagnósticos del DSM IV para el trastorno de fuga disociativa:

- A. La alteración predominante es repentina, viaje inesperado lejos de cada o el lugar usual del trabajo, con incapacidad para recordar el pasado.
- B. Confusión acerca de la identidad personal, o adquisición de una nueva identidad, parcial o completa.
- C. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso del trastorno de identidad disociativa, y no se debe a los efectos

psicológicos directos de una sustancia, o una alteración médica general.

- D. Los síntomas provocan alteración o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas del mismo.

Diagnóstico diferencial:

- a) Vagabundear como resultado de demencia
- b) Amnesia disociativa
- c) Trastorno de personalidad múltiple
- d) Trastorno facticio

Tratamiento:

- 1. Entrevista amobarbital
- 2. Psicoterapia

TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN

Una pérdida temporal y repentina del sentido de la realidad de uno, provocando disfunción social u ocupacional.

Incidencia desconocida.

Criterios diagnósticos del DSM IV para el trastorno de despersonalización:

- A. Experiencias persistentes o recurrentes de sentirse separado y como si fuera un observador externo de los propios procesos mentales o corporales.
- B. Durante la experiencia de despersonalización, la prueba de realidad permanece intacta.
- C. La despersonalización provoca alteración o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas del mismo.
- D. La experiencia de despersonalización no ocurre de manera exclusiva durante el curso de otro trastorno mental, como esquizofrenia, trastorno por angustia, trastorno por estrés agudo u otro trastorno disociativo, y no se debe a los efectos psicológicos directos de una sustancia o de una alteración médica general.

Diagnóstico diferencial:

- a) Efectos colaterales de medicamentos
- b) Enfermedad neurológica como epilepsia o tumor cerebral
- c) Ansiedad
- d) Trastorno afectivo

- e) Esquizofrenia
- f) Abuso de sustancias
- g) Trastorno facticio

Tratamiento:

1. Tratar la alteración subyacente cuando está presente
2. Dextroanfetaminas
3. Amobarbital
4. Bloqueadores de la recaptación de serotonina

CAPÍTULO 7

LA ÉTICA EN LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA

Los dilemas éticos son:

- el internamiento involuntario
- la hospitalización y medicación voluntaria
- competencia e incompetencia
- confidencialidad/consentimiento informado
- tratamiento involuntario
- derecho a morir o a no aceptar tratamiento

3 criterios para hospitalizar a alguien:

1. Peligroso para sí mismo
2. Peligroso para los demás
3. Incapaz de cuidarse

Teorías de la bioética:

- a. Utilitarista (J. Mill) ("Yo se lo que es mejor para mi paciente")
- b. Autonómica (Kant) ("Mi paciente también tiene su opinión")
- c. Justicia
- d. Respeto

Principios de la Bioética:

1. Beneficencia
2. No maleficencia
3. Justicia
4. Autonomía

Riesgos médicos:

No es ético rechazar a un paciente basándose solo en los riesgos del médico:

- riesgo a ser agredido
- riesgo a ser contagiado

Principios fundamentales de ética psiquiátrica

La formulación articulada de unos principios racionales que fundamenten el ejercicio correcto de la praxis médica, en su dimensión ética, viene siendo la consecuencia de un largo proceso de desarrollo histórico. El resultado de este proceso sirve de punto de asiento y despliegue para nuestra razón en la búsqueda de unos planteamientos y una articulación

más elaborados de aquellos principios, a la luz de las circunstancias de cada momento. Ambas dimensiones, histórica y racional, resultan claves a la hora de entender la génesis y el planteamiento articulado de estos principios. En esta breve exposición, intentaremos resumir de forma muy elemental lo que uno y otro punto pueden aportar a la comprensión de su razón de ser y aplicación. Algunos de estos principios, comunes para cualquier rama de la medicina, presentan una especial complejidad en el terreno de la ética psiquiátrica, hasta el punto de que la misma psiquiatría resulta disciplina clave en la interpretación de la aplicabilidad de alguno de los mismos. Sobre ello incidiremos a lo largo de estas líneas.

EL ALUMBRAMIENTO DE LA BIOÉTICA

A pesar de que la ética médica es algo que ha venido observándose desde antiguo, ya con los griegos tenemos memoria del *Corpus Hippocraticum*, la Bioética como estudio sistemático no se ha constituido hasta las postrimerías de nuestro siglo.

En las últimas tres décadas, asistimos al despertar histórico y social de tres acontecimientos, que marcan de forma clara la situación, el horizonte y los problemas con que se enfrenta hoy el mundo, y, en particular, el mundo del médico:

-la *revolución biológica* (con los avances acaecidos en el terreno de la genética y la posibilidad de actuar sobre el ser humano, en los primeros momentos de la vida),

-la *revolución ecológica* (ante las problemáticas perspectivas mundiales acerca de los límites del crecimiento poblacional y la explotación inadecuada de los recursos naturales), y

-la *revolución médico-sanitaria* (ante el desarrollo de la conciencia de sus derechos por parte de los enfermos movimiento por los "Derechos Humanos"; ante la creciente especialización de la Medicina y el desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas; ante los distintos sistemas económico-político-sanitarios...).

Vemos, pues, cómo los problemas incluyen tanto los intereses de la persona como los intereses sociales. Las circunstancias de estos últimos años han traído a la luz la discusión sobre varios hechos conflictivos para el médico en este sentido. Así, por mencionar algunos, tenemos: en el terreno psiquiátrico, temas tan importantes como la confidencialidad, el uso de los psicofármacos, la competencia-autonomía, la ética de la psicoterapia... y otros, y en el ámbito de la medicina general, como la responsabilidad profesional del médico, los derechos del enfermo, aborto, eutanasia,

reproducción, la actitud ante el moribundo, experimentos en seres humanos, transplantes, definición de muerte, ensayos clínicos.

Para dar respuesta a todas estas cuestiones, surge la "Bioética". La palabra, considerada insatisfactoria incluso por aquellos que la utilizan más reiteradamente, fue aplicada al principio en el terreno de la Ética Poblacional y del Medio Ambiente (Potter), a principios de los 70, y pronto se trasladó al campo de la Medicina y las Ciencias Biológicas (Callahan, 1973). Enseguida realizaron sus aportaciones a este campo teólogos, filósofos, antropólogos, moralistas, y representantes del Derecho y de la Historia de la Medicina.

El "Movimiento Bioético" gozó de gran vitalidad en los Estados Unidos durante las décadas de finales de los 60, y los 70. Así, en 1969 se crea el "Hastings Center", el primer instituto de estudios bioéticos. Y en 1978 ve la luz la Enciclopedia de Bioética, dirigida por Warren Reich, miembro de "The Joseph and Rose Kennedy Institute of Ethics", de la Universidad de Georgetown.

En Europa, la preocupación por esta nueva disciplina se concretará a través de algunas instituciones y personajes. Así, en 1974 a través del Instituto Karolinska de Estocolmo se crea la primera Facultad de Medicina de Europa donde se abordan y estudian estos temas. En España, país de gran tradición deontológica, tenemos continuadores de la misma en la Historia de la Medicina, la Psiquiatría, y las Humanidades médicas. Paul Sporken, en Maastricht, se convertirá en el primer profesor de Europa de Ética Médica. Inspirando este movimiento, otras disciplinas, como la sociología de la medicina, o la antropología médica, han estado representadas por nombres de la talla de Siegrist o von Weizsäcker, respectivamente. En el momento actual, más de un centenar de organizaciones bioéticas se hallan repartidas por todo el mundo.

CONCEPTO DE BIOÉTICA

La Bioética vendrá a ser, por tanto, la disciplina que aborda las implicaciones éticas tanto de la investigación biológica como las de su aplicación, especialmente en el terreno de la Medicina. En la medicina, esta aplicación, se extiende tanto al terreno del diagnóstico, como al del tratamiento, como al de la rehabilitación. Y dentro de la Psiquiatría, una consideración ética especial merecerá en el terreno del tratamiento la psicoterapia.

En palabras de Gracia Guillén: *"la ética viene a ser una proto-moral. La ética fundamental es previa a la moral normativa y raíz suya... Será el*

sistema de referencia desde el que la razón es capaz de establecer principios y normas morales concretos. Viene a ser el método, vía, camino, marcha... Y es vía problemática. Pero lo protomoral en sí no es problemático. El problema surge cuando nos lanzamos desde la aprehensión allende ella, en busca de lo que puedan ser las cosas en la realidad del mundo; en el caso de la moralidad, por tanto, cuando pretendemos pasar desde los bienes y valores en tanto que aprehendidos, a las normas morales de acción...".

Contemplamos de esta forma una distinción clara entre los principios fundamentales de la ética, y su aplicación. Sobre estos dos puntos incidiré en estos Jairs de Psiquiatría a continuación.

LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA ETICA

Debido a la limitación de nuestro espacio, no nos detendremos en las distintas fundamentaciones filosóficas de la ética a lo largo de la Historia, pero mencionaremos, de modo telegráfico algunas de ellas, para detenernos algo más en las concepciones más relevantes de los últimos tiempos: de una parte, la que representaría a la cultura anglosajona; de otra, la continental europea. Concluiremos el capítulo de los principios con la propuesta que, teniendo en cuenta los planteamientos de Beauchamp y Childress, realiza D. Gracia como esquema válido para articular la toma de decisiones en ética médica.

En la Antigua Grecia, los hombres comienzan a interpretar las cosas en términos de "Naturaleza" (etimológicamente: surgir, o brotar, desde dentro de la cosa misma). Surge así en Grecia una ética naturalista, que intenta justificar los juicios morales apelando al orden de la Naturaleza. (Aristóteles). Esta concepción de la ética como "física moral" ha sido una constante en la cultura de Occidente desde la época griega hasta bien entrada la modernidad. Esta concepción naturalista de los griegos, se refleja en la importancia que se da a la Naturaleza del ser humano en el *Corpus Hippocraticum*. En éste se establecen unas pautas morales a seguir por el médico, en las que se considera la relación médico-enfermo como una relación en la que el médico asume una actitud en cierto modo paternalista frente al enfermo, y donde éste representaría la figura filial. Es pues un modo de concebir la ética alrededor del principio de beneficencia. El conocedor del orden natural era el médico, quien podía y debía proceder por ello, si así fuera pertinente, en contra de lo que el paciente solicitara, "por su bien", subordinado siempre al orden natural.

Con la llegada de la modernidad, con el Renacimiento y las grandes revoluciones, se produjo un cambio en la concepción de la moralidad. La

idea de "orden" será sustituida por la de "autonomía". Viene a ser, el segundo gran paradigma moral de la historia de Occidente. El orden jerárquico de las viejas relaciones humanas va a ser abandonado en busca de otro en el que las mismas tengan un carácter más horizontal, democrático y simétrico. Con este espíritu se desarrollaron las grandes revoluciones democráticas de la modernidad, la inglesa primero, y después la norteamericana y la francesa, por este orden. La filosofía de hombres como Hume, o Kant, ha resultado decisiva en la cristalización de la autonomía como principio clave y fundamentante de la ética.

Si contemplamos de manera global todos los aspectos que influyen en la relación médico-enfermo, percibimos que aparte de los dos agentes explícitos en dicho binomio, de manera implícita tenemos siempre un tercero: la sociedad. La relación no es simplemente diádica, sino, por así decirlo, triádica. Todos los actos que resultan de esa relación tienen una dimensión social, y viceversa, los servicios sanitarios y el problema de la enfermedad suponen un momento importante de la realidad social. Estamos en disposición de caer en la cuenta de que como acto social, esta relación también estará determinada moralmente por un tercer principio: el de justicia.

Enunciado y comentarios a los principios

Beauchamp y Childress entienden que existen cuatro principios fundamentales, o "deberes prima facie":

1. No-maleficencia

Es el principio que contempla el respeto al ser humano en el orden de la vida biológica. Contempla el "ante todo no infringir daño"; esto es, el clásico "primum non nocere".

Va a resultar clave en la consideración de las personas "incompetentes"* a la hora de la toma de decisiones. Este es un asunto clave de la ética psiquiátrica, pues en ella, como ulteriormente mencionaremos, la valoración de la competencia o no y, por consiguiente, de la autonomía o no de los enfermos, es punto fundamental).

Por su importancia en este apartado, no podemos dejar de mencionar el llamado principio del doble efecto, es decir, el hecho de que un acto médico pueda tener dos efectos, uno positivo y otro negativo, y esté justificado. Cuatro condiciones son necesarias para que un acto así se justifique:

La acción por sí misma no debe ser intrínsecamente mala. (Debe ser moralmente buena, o al menos, moralmente neutra). El agente debe pretender sólo el efecto bueno, y no el malo. El malo puede ser permitido o tolerado, pero no pretendido. El mal efecto no debe ser un medio para llegar al buen efecto, sino una consecuencia de la acción que pretende el buen efecto.

El balance que resulta de ponderar el efecto bueno y el malo de la acción debe ser siempre favorable al primero. Por ejemplo, para un médico católico, que considera el aborto como un asesinato, si una embarazada tuviera un embarazo ectópico, o un cáncer de útero, el médico debe intentar salvar la vida de la madre. Si se produjera, como consecuencia derivada de la intervención, la muerte indirecta del feto, ésta no estaría considerada como asesinato o aborto, pues no habría sido ésta la pretendida.

2. Justicia

Es el principio que contempla el respeto al ser humano en el orden de la vida social. Todo acto médico, es un acto social, pues tiene lugar en el seno de una colectividad.

3. Autonomía

La autonomía es el principio que representa la capacidad para ejecutar actos con conocimiento de causa y sin coacción.

Así el enfermo, en virtud de su autonomía, podrá otorgar su consentimiento informado, mediante el que permite que se le realicen determinados procedimientos diagnósticos, o terapéuticos, o experimentales, por parte del médico. Y a su vez el médico deberá respetar la autonomía del paciente que así sea considerado. Como veremos a continuación, en el reconocimiento o no de la autonomía de un paciente el papel del psiquiatra resultará fundamental.

En todo consentimiento informado, Beauchamp y Childress distinguen un elemento indispensable: *la competencia*. Capacidad de adoptar decisiones: precondition de ser capaz de conceder una autorización autónoma. Esta dependerá de la capacidad individual de decisión del paciente, de su inteligencia. Según el estado mental y la edad del enfermo se consideran clásicamente tres niveles de competencia, cada uno de los cuales capacita para un nivel de decisión distinto:

a) Nivel de competencia mínima: (niños, retrasados mentales profundos, dementes, esquizofrénicos en brote agudo, etc.). Sólo tendrían capacidad para aceptar tratamientos eficaces y rechazar tratamientos ineficaces.

b) *Nivel de competencia máxima*: (personas adultas, inteligentes, mayores de 18 años, sanas). Tendrían competencia para rechazar tratamientos eficaces y aceptar tratamientos ineficaces. En situaciones de urgencia extrema, o graves epidemias, como el cólera, esta competencia podría obviarse.

c) *Nivel de competencia media*: (niños entre 5 y 18 años, retrasados mentales leves, neuróticos, etc.). Tendrían la misma competencia que los primeros, pero además podrían decidir sobre tratamientos de media eficacia.

d) *Los elementos de la información*: la dispensación de la misma por parte del médico, y la comprensión de ésta por parte del enfermo.

e) *Los elementos del consentimiento propiamente dicho*: la voluntariedad del enfermo (influenciable por coerción o por manipulación), y, por último, la autorización.

Este principio va a tener una especial repercusión en el terreno de la psiquiatría, pues a menudo la voluntad del enfermo entrará en conflicto con la del terapeuta. Será el psiquiatra el encargado de establecer el nivel de competencia del enfermo, y, por tanto, su capacidad para tomar decisiones autónomas.

4. Beneficencia

Es el principio que nos impulsa a realizar aquello que entendemos como bien para nosotros, a cualquier otro ser humano. Más allá del "ante todo no infringir daño", que supone el principio de no maleficencia, éste implica tres puntos:

- a) el deber de prevenir el daño o mal.
- b) el deber de deshacer el daño o mal.
- c) el deber de hacer o promover el bien.

Pero, además en este principio Beauchamp y Childress distinguen dos subprincipios: el de *proporcionar beneficio* (principio positivo de beneficencia), y el de *realizar un balance entre beneficios y daño* (principio de utilidad). Contemplamos así la beneficencia desde dos puntos de vista, aquél más absoluto, y el ulterior, más utilitario.

Cada uno de estos principios morales nos lleva a plantearnos unos deberes "prima facie". Pero a la hora de articular los mismos en una situación concreta, frecuentemente se hallará conflicto, y llegar al deber

concreto o efectivo resultará problemático. De aquí la necesidad de articular los principios. Es lo que trataremos de ver enseguida en estos Jairs.

Propuesta de articulación de los principios

Si, grosso modo, se nos permite reducir, de forma elemental, para la comprensión del esquema que posteriormente expondremos, las posiciones filosófico-morales del panorama secular de los últimos años, contemplamos dos mundos culturalmente diferenciados a este respecto:

En el mundo anglosajón siempre se ha aceptado mejor una visión de la ética empirista-utilitarista, desde Bentham a Stuart Mill. Su máxima sería la consecución del máximo bien para el mayor número. Es una filosofía consecuencialista. De ello que se pueda considerar nuclear en su ética el principio de beneficencia. Y emotivista. De ahí la importancia que se concede al principio de autonomía.

La filosofía continental europea ha sido más proclive al racionalismo. Va a girar en torno al discurso kantiano, resultando fundamental el principio de universalidad. No se busca el máximo bien para el mayor número, sino el máximo bien para todos. Se busca el establecimiento de principios que representen un carácter absoluto. El resultado será una ética que concederá más importancia a principios absolutos como el de Justicia. Será pues, una ética deontologista, una ética del deber. De igual manera, se puede contemplar aquí un cuarto principio que se deriva de estos planteamientos: el de no maleficencia.

T. L. Beauchamp y J. F. Childress contemplan en su libro "Principles of Biomedical Ethics" una posibilidad de armonizar estos cuatro principios. Vamos a tomar en esencia el esquema que propone D. Gracia en su artículo "Planteamiento General de la Bioética", en el que, teniendo en cuenta la propuesta de estos autores, ofrece la posibilidad de agrupar estos cuatro principios morales fundamentales en dos niveles:

Nivel básico. Ética de mínimos

Comprendería los principios absolutos: *No maleficencia* y *Justicia*. Son principios objetivos. Representan la ética del deber. Ética de mínimos. En el orden social y relacional, se corresponderían con lo propio del derecho. Ambos principios obligan, aun en contra de la voluntad de las personas. El objetivo moral es el bien común.

Nivel personal. Ética de máximos

Comprendería los principios subjetivos: *beneficencia* y *autonomía*. Representan la ética de la felicidad. Para el ser humano constituyen lo

propio de la moral. Ética de máximos. Depende del sistema de valores individual. Entramos en el ámbito de la voluntad personal. El objetivo moral es el bien particular, personal.

Contemplamos pues, dos niveles jerárquicos. Un nivel de mínimos y un nivel de máximos. Si en la aplicación de los principios no existe conflicto, la decisión es clara y unívoca. Pero a veces entran en conflicto entre sí. Si el conflicto es entre principios de distinto nivel, parece en primera instancia que los del nivel básico prevalecerían sobre los del nivel personal. Dejémoslo este supuesto de momento ahí. Pero si entran en conflicto principios del mismo nivel, entonces la decisión no es tan fácil. Pongamos un ejemplo: ante una urgencia hospitalaria, en la que acude en estado de shock hipovolémico un testigo de Jehová, el médico puede sentirse impulsado a transfundirle sangre (principio de beneficencia), pero la esposa puede oponerse, en virtud de su sistema de referencia moral (principio de autonomía). Serían dos principios del mismo nivel, que entrarían en conflicto.

Necesitamos un sistema procedimental que nos ayude a llevar este sistema de ética formal a la toma de decisiones morales materiales, en aquellas situaciones particulares en las que los principios entren en conflicto. Veámoslo.

Para X. Zubiri, en el despliegue de la racionalidad humana es necesario como punto de partida un sistema de referencia. Desde éste, la razón elabora esbozos. Estos esbozos hay que contrastarlos constantemente a tergo, con el sistema de referencia, y a frente, con la experiencia racional de la realidad. Es así la realidad la que aprueba o reprueba el esbozo. Se consigue así, o no, la verificación o justificación. Pues bien, este mismo esquema puede utilizarse a la hora de establecer los momentos del proceso racional que nos permite la toma de decisiones morales. Y así, asumiendo una vez más los planteamientos zubirianos, D. Gracia propone un esquema articulado que nos permita llevar a la concreción moral nuestra ética formal:

El sistema de referencia moral

Premisa ontológica: el hombre es persona, y en tanto que tal, tiene dignidad y no precio.

Premisa ética: en tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto.

El momento de la opción de la razón por los principios

Es el momento en que la razón elabora los esbozos. En nuestro caso, los esbozos se van a corresponder con los cuatro principios previamente mencionados. Para los fenomenólogos, y para Zubiri, la opción de la razón por uno u otro de estos esbozos radicará en su ordenación jerárquica, y, en su urgencia. Solamente en función de la urgencia, se podrán realizar excepciones a la jerarquía. Así pues tenemos aquí los dos niveles:

- a) Nivel básico: No-maleficencia y Justicia.
- b) Nivel personal: Autonomía y Beneficencia.

La evaluación de las consecuencias

Es el momento de la experiencia racional moral. Este es el lugar del "casuismo". La experiencia moral siempre es casuística, particular. La aprobación del esbozo moral no se realiza sólo moralmente, sino también caso por caso. Es el momento de la evaluación de las consecuencias:

- a) Evaluación de las consecuencias objetivas, o de nivel básico.
- b) Evaluación de las consecuencias subjetivas, o de nivel personal.

El juicio moral

Representa el momento de la verificación, de la justificación. Ha de precederse de los otros momentos (sistema de referencia, esbozos y experiencia racional moral). Contempla los siguientes puntos:

Contraste del caso con la regla. (Punto II).

Evaluación de las consecuencias del acto.

Contraste de la decisión con el sistema de referencia (Punto I).

Toma de decisión final.

Este es el sistema que propone Gracia, para el análisis de los conflictos éticos en Medicina. Naturalmente, el punto de partida es la situación clínica particular y contextual del sujeto, por lo que antes de poner en marcha el proceso es fundamental tener a disposición una historia clínica detallada del enfermo. A partir de la evaluación detallada del caso desde un punto de vista médico, se han de buscar los problemas éticos que surgen. Una vez identificados éstos, a la luz del sistema de articulación propuesto, se contempla la forma mejor de llegar a una decisión correcta.

Pongamos como ejemplo un caso clínico:

Un joven de 23 años, que ha vuelto de la guerra, y vive con un amigo, comienza a distanciarse del entorno, rechaza la comida, fija la mirada en la pared, dice que oye voces y que habla con el diablo. Su amigo intenta sacarle de este estado, y, al no conseguirlo, lo convence para ir al médico y para que firme su consentimiento a ser estudiado y tratado.

Según el esquema anterior, el primer paso es analizar detenidamente el caso médico, desde la historia clínica: parece claro que se trata de un joven con una esquizofrenia paranoide, que ha tenido un brote, y vive con un amigo. El segundo paso sería identificar los problemas éticos: ¿puede el joven firmar voluntariamente su ingreso? ¿Es autónomo? el punto clave en este apartado será la evaluación de la competencia. En este caso, es mínima.

¿Se podría, eventualmente, forzar el ingreso?

Atendiendo al principio de beneficencia, si la competencia es mínima, no habría conflicto con el principio de autonomía.

¿En el caso de que no estuviera en fase de brote, y el paciente fuera competente, hasta cuándo se podría consentir que una persona no coma?

Entrarían, aquí sí, en conflicto los principios de autonomía y beneficencia. Y tendríamos que acudir al sistema de articulación de los principios que antes propusimos. Como punto fundamental del sistema de referencia tenemos el respeto a la dignidad de la persona. Al evaluar el punto II del esquema encontramos que existe el mencionado conflicto entre los dos principios del nivel personal: autonomía y beneficencia. En la evaluación de las consecuencias que supondrían respetar uno u otro principio (punto III), y considerando la urgencia de la situación particular, antes de evitar que el individuo muera por falta de aporte, podría resultar ético nutrirlo de alguna manera. La decisión final nunca ha de entrar en conflicto con el punto I, o sistema de referencia moral.

CAPÍTULO 8

TRASTORNOS ADAPTATIVOS

El paciente no se adapta a una situación nueva, estresante, como debiera hacerlo cualquier persona "normal".

Relevancia:

- El paciente sufre, está agobiado, preocupado
- Es una disfunción desproporcionada
- Interfieren con el desempeño normal de diferentes personas, como en los adolescentes, que se suicidan o dejan la carrera, etc.
- Para ellos son útiles las actividades extramédicas, como los chochos, té, retiros de la iglesia, etc.
- Se deben distinguir de otros trastornos

Diagnóstico:

- Alteraciones afectivas, conductuales y cognitivas que aparecen en respuesta a uno o mas factores estresantes identificables
- Debe ser dentro de los tres meses previos
- Los pacientes son muy susceptibles (la aflicción es mayor de lo esperado)
- La alteración en el funcionamiento social es significativa

4 características clínicas para diagnosticarlo 4

- 1.- Factor psicosocial estresante
- 2.- Cuánto dura y cuán severo es
(3-6 meses es lo normal para un duelo)
(para la severidad hay escalas)(debemos objetivizar lo subjetivo)
- 3.- Descartar otros trastornos
- 4.- Entender el contexto bio-psico-social

¿Cuándo es un trastorno adaptativo?

- los síntomas son mas graves de lo esperado
- ausencia de metas, anhedonia, alteración significativa de la funcionalidad
- síntomas no reúnen el diagnóstico de otra enfermedad mental
- no duran mas de 6 meses
- la respuesta es incompleta o inespecífica al tratamiento

Los trastornos adaptativos tienen apellido...

- con estado de ánimo depresivo
- con ansiedad

- mixto
- con trastorno de comportamiento
- no específico

A pesar de que son autolimitados, y que se quitan en 6 meses, no sabemos como van a evolucionar, y por eso los debemos tratar.

En psiquiatría, todo trastorno menor a 6 meses es agudo.

El duelo normal dura menos de 3 meses, con cualquier tipo de muerte; los síntomas son esperados (insomnio, rabia, ateísmo o hiperreligiosidad)

Si la muerte no se afronta de manera reflexiva, adaptativa y los síntomas son muy severos, duraderos y deteriorantes, ahí ya es un trastorno adaptativo.

La depresión en el duelo: dura 14 días (dos semanas) constante con disforia; en éstos, coexisten al menos 4 de los 9 síntomas principales.

La Distimia es una depresión leve y crónica, con ausencia de disfrutar las cosas, continuo por 2 años; con remisiones, por períodos de tiempo menores o igual a dos meses; por lo general cursan con poco deterioro psicosocial.

Trastorno por stress postraumático

- por la muerte anormal de un ser querido (por ejemplo con violencia, etc.)
- pueden estar en shock, pero por menos de 14 días
- tienen re-experiencias (flash backs), del evento
- hay embotamiento

Datos sugieren que los adolescentes tienen menos gravedad en su evolución.

El 10% de los pacientes psiquiátricos tiene un trastorno adaptativo.

La etiología: un componente psicológico.

Modelo de adaptación de Horowitz:

- negación
 - ira
 - depresión
 - negociación, intrusión
 - aceptación, integración
- } DIIIFI O

Quedarse atorado en alguna de estas etapas es patológico, y mas si es por mas de 6 meses.

Hipótesis multidireccionales de porqué alguien sí y porque alguien no puede superar el duelo:

- el factor generador de stress (muerte de un hijo, infidelidad)
- la situación (condiciones de apoyo, soledad) (contexto)
- eventos (factores intrapsíquicos)

Factores que generan stress:

- limitados o continuos
- en adultos suelen ser por respuesta a problemas maritales
- problemas económicos, laborales, académicos

Situación:

- presencia de apoyos(material o social) ayuda al buen pronóstico
- oportunidades de recreo, de mejorar economía
- clima (en el frío se exacerbaban las depresiones; en el verano se aumenta la violencia y la manía)

Factores Intrapersonales:

- son los mas importantes
- Coeficiente Intelectual
- capacidad de adaptarse a diferentes eventos
- mecanismos de defensa
- enfermedades crónicas afectan el afecto

Tratamiento (controversial)

- algunos dicen que no se les de tratamiento
- otros sugieren que se observe
- algunos opinan que sí se traten
- el tratamiento es con psicoterapia durante lapsos breves y luego con revaloraciones periódicas
- también se recomiendan el tratamiento psicosocial (que se modifique su ambiente, se mejore)
- son útiles los grupos de autoayuda

Duelo:



CAPÍTULO 9 **TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

También llamados patologías del carácter.

Temperamento: Alude a aspectos constitucionalmente dados; el carácter incluye lo genético y lo constitucional.

Un buen diagnóstico de patología del carácter debe ser no solo descriptivo, también caracterológico, y debe incluir un análisis estructural y del nivel organizacional de la personalidad.

Clínica Meninger y grupo de Korwel, en N.Y. son las referencias de las patologías del carácter en el HU.

Para una buena psicoterapia debemos tratar de empatizar con la experiencia interna de la otra persona.

realidad	Identidad	Mecanismos defensa	Criterio de
Estructuras neuróticas	concepto bien integrado	represivos	preservado
Estructuras limítrofes	sdme de id difusa	mas escicivos que represivos	en general preservado
Estructuras psicóticas	sdme de id deliroide	esicivos	ninguno

Análisis estructural (análisis del funcionamiento mental): 12 variables que constituyen la estructura de la personalidad.

1. Nivel de motivaciones impulsivas

- a. Es el nivel de motivaciones prevalecientes en un paciente. Por ejemplo, hay pacientes que tienen motivaciones orales prevalecientes.

2. Mecanismos de defensa

- a. Los mas altos son los mas cercanos a lo normal. Ejemplos de los mas altos (represivos) son: intelectualización, racionalización, sublimación, etc., y de los mas bajos o escicivos son: devaluación, omnipotencia, control de los demás, etc.

3. Defensas caracterológicas

- a. Son defensas que han pasado a ser parte del carácter. Por ejem: las formaciones reactivas en las que un impulso se transforma en lo opuesto, o la amabilidad extrema, que es una forma de sacar la ansiedad.

4. Grado de integración de la identidad (¿quién soy yo?)

- a. Mientras mas se mueve la estructura de la personalidad del paciente hacia el polo mas primitivo, menos funcional se vuelve.
- b. Un ejemplo de estos pacientes son aquéllos que dan varias versiones de sí mismos en un corto período de tiempo.
- c. Estos pacientes dan fragmentos de sí mismos, pero no integrados.

5. Grado de integración del superyo

- a. Es el grado en que el paciente ordena su conciencia
- b. Capacidad para experimentar culpa depresiva vs. culpa paranoide. Mientras mas sano estés, mas fácil te das cuenta de que dañas a alguien o a ti mismo (culpa depresiva), mientras que los psicóticos hacen algo, y lastiman, y le echan la culpa a los demás.

6. Calidad de las relaciones objetales

- a. Capacidad para cultivar relaciones interpersonales de amistad, de noviazgo, prolongadas, y no volverlas ni dependientes ni parasitarias.

7. Apreciación de la realidad

- a. Nos diferencia la psicosis de la no psicosis
- b. Criterio de la realidad
 - i. Capacidad para distinguir entre lo de adentro y lo de afuera
- c. Experiencia subjetiva de la realidad
 - i. Como registra el paciente su percepción de la realidad
- d. Relación con la realidad

8. Tolerancia a la ansiedad

- a. Angustia es algo que sin estar afuera nos activa el sistema de temor. (El miedo es algo que está afuera y que nos asusta)
Como maneja cada uno la ansiedad:
 - i. estructuras neuróticas: no se paralizan por dosis extra de ansiedad.
 - ii. estructuras limítrofes y psicóticas: si se paralizan.

9. Control de impulsos

- a. Capacidad para ponerle cabeza a dimensión estructural cuando hay emociones que se superponen.

10. Potencial sublimatorio

- a. Capacidad para esperar gratificación por algo que hacemos bien. Hay pacientes que aprenden un oficio, como hacer zapatos, y ellos esperan todo el tiempo que tardan en realizarlos, para, finalmente, tener hechos sus zapatos; hay otros que no pueden esperar.

11. Inclinación psicológica

- a. Capacidad de un paciente para hacerse responsable por su propia vida
- b. El sano dice: "Es mi culpa, no me puedo hacer pendejo"; el enfermo dice: "No es mi culpa, es culpa del mundo que me obliga a hacerlo".

12. Sintonicidad-Distoncidad

- a. Egosintónico: Rasgos de carácter son tan míos que hasta los racionalizo.
- b. Egodistónico: Conciencia de malestar: mis rasgos de carácter son malos y no me gustan y no estoy a gusto con ellos.

Niveles de organización caracterológica

Nivel alto de organización caracterológica (neurótico)

- i. Nivel de motivaciones impulsivas
 - 1. Predominio de conflictos edípicos
- ii. Grado de integración del superyo
 - 1. Su conciencia está muy rígida; se juzgan a sí mismos con mucha dureza y creen que los demás los juzgan con mucha dureza; es demandante con los demás y consigo también.
- iii. Mecanismos de defensa
 - 1. Predominio de mecanismos represivos.
- iv. Defensas caracterológicas
 - 1. Predominio de defensas inhibitorias y fóbicas.
- v. Grado de integración de la identidad
 - 1. Son gente predecible; su identidad está bien integrada.
- vi. Calidad de relaciones objetales
 - 1. Son gente capaz de cultivar empatía, relaciones largas; constancia objetal: es que una pueda mantener una imagen de una persona a pesar de las emociones.

Nivel intermedio de organización caracterológica

- i. Nivel de motivaciones impulsivas

1. Predominio de tendencias regresivas con necesidades pregenitales.
- ii. Grado de integración del superyo
 1. Mas punitivo y menos integrado; el superyo está disociado en una autoestima fluctuante, y se toleran contradicciones. No se tiene una identidad ni autoestima independientes, pues dependen de los demás.
- iii. Mecanismos de defensa
 1. Predominio de mecanismos represivos.
- iv. Defensas caracterológicas
 1. Predominio de defensas torpes.
- v. Grado de integración de la identidad
 1. Su identidad empieza a desencajarse.
- vi. Calidad de relaciones objetales
 1. Empiezan a ser desgastantes y conflictivas.

Nivel bajo de organización caracterológica (límitrofe, “border line”)

- i. Nivel de motivaciones impulsivas
 1. Fases edípicas, condensadas y conflictivas; hay una “condensación patológica de necesidades”.
- ii. Grado de integración del superyo
 1. Son gente con culpa patológica mal integrada: viven de una cruda moral a otra. Tiene formas primitivas de negar o de sentirse omnipotente.
- iii. Mecanismos de defensa
 1. Predominan los escisivos.
- iv. Defensas caracterológicas
 1. Predominio de defensas impulsivas crudamente. “La rabia de un narciso impotente deprimido”; son gente que la rabia, lo abusivo o lo sexual les aflora fácilmente.
- v. Grado de integración de la identidad
 1. Sdme de identidad difusa.
- vi. Calidad de relaciones objetales
 1. Dificultades para discernir matices en otras personas. Son inestables, superficiales, discriminativos y elitistas; pueden devaluar para siempre a alguien, así como idealizar fácilmente a alguien y engancharse en una relación, pero así con la misma facilidad con la que lo hacen, así pueden abandonarla y desaparecer de su vida el supuesto amorío.

Personalidades concordantes con los distintos niveles de patologías del carácter:

- Nivel alto:
 - o personalidad histérica
 - o personalidad obsesivo compulsiva
 - o personalidad depresivo masoquista
- Nivel intermedio
 - o p. pasivo agresivo
 - o narciso
 - o sadomasoquista
 - o desviaciones sexuales
 - o personalidades infantiles
- Nivel bajo
 - o narcisos
 - o infantiles
 - o sociopáticos
 - o impulsivos
 - o caracteres “como si”
 - o personalidad inadecuada
 - o desviaciones sexuales múltiples
 - o automutiladores
 - o adictos al alcohol y drogas
 - o prepsicóticos

	Nivel alto	Nivel medio	Nivel bajo
Pronóstico	mejor	menos bueno	peor
Tratamiento	psicoterapia	psicoanálisis	se contraindica el psicoanálisis
clásico;	solo, de gpo.	es mejor;	psicoanálisis
necesaria	o de pareja;	Rivotril y otros	puede ser
hospitalización.	el psicoaná-	medicam. de vida	la
	lisis solo si se justifica.	media son mejores.	

Diagnóstico de estructuras limítrofes

- Pacientes limítrofes: 7 a 12% de la población general.
- 3 o 4 criterios o síntomas de este listado hace diagnóstico presuntivo de trastorno limítrofe:

1. Ansiedad difusa o afectos disfóricos
 - a. Pacientes limítrofes son susceptibles a ansiedad; inventan
2. Neurosis polisintomática
 - a.
3. Desviaciones sexuales polimorfos
 - a.
4. Personalidad pre-psicótica
5. Adicciones severas
6. Trastornos del carácter de nivel bajo

CAPÍTULO 10

TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL, PARAFILIAS Y DISFUNCIÓN SEXUAL

Trastorno de deseo sexual hipoactivo

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

1. Fantasías sexuales y deseos de actividad sexual persistente o recurrentemente deficientes. El criterio de deficiencias o ausencias es establecido por el médico, tomando en cuenta que afectan al funcionamiento sexual, tales como la edad y el contexto de la vida de la persona.
2. La perturbación causa un sufrimiento o dificultad interpersonal de grado muy manifiesto.
3. La disfunción sexual no se explica mejor por otro trastorno del Eje I y no se debe exclusivamente a efectos de alguna sustancia o alteración médica general.

Trastorno de aversión sexual

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

1. Aversión extrema persistente o recurrente a todo contacto sexual genital con una pareja sexual, o su evitación.
2. La perturbación causa angustia o dificultad interpersonal de grado muy manifiesto.
3. La disfunción sexual no se explica por otro trastorno del Eje I.

Trastornos de la excitación sexual

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

Trastornos de la excitación sexual femenina

1. Incapacidad persistente o recurrente de lograr o de mantener, hasta que se complete la actividad sexual, una respuesta de excitación sexual, de lubricación-hinchazón.
2. La perturbación causa sufrimiento o dificultad interpersonal de grado muy manifiesto.
3. La disfunción sexual no se explica mejor por otro trastorno del Eje I, y no se debe exclusivamente a efectos de una sustancia o alguna alteración médica general.

Trastorno eréctil masculino

1. Incapacidad persistente o recurrente para lograr o mantener, hasta completarse la actividad sexual, una erección adecuada.
2. La perturbación causa sufrimiento o dificultad interpersonal en grado muy manifiesto.

3. La disfunción eréctil no se explica mejor por otro trastorno del Eje I, y no se debe a sustancias o alteraciones médicas.

Trastorno orgásmico femenino

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

1. Demora persistente o recurrente, o ausencia, de orgasmo después de una fase de excitación sexual normal. El diagnóstico debe basarse en el criterio médico de que la capacidad orgásmica de la mujer es menor a lo razonable para su edad, experiencia sexual, y lo adecuado de la estimulación sexual que recibe.
2. La perturbación causa sufrimiento o dificultad interpersonal en grado muy manifiesto.
3. La disfunción no se explica mejor por otro trastorno del Eje I, y no se debe a sustancias o alteraciones médicas.

Trastorno orgásmico masculino

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

1. Demora persistente o recurrente, o ausencia, de orgasmo después de una fase de excitación sexual normal durante la actividad sexual, que el médico juzgue adecuado.
2. La perturbación causa sufrimiento o dificultad interpersonal en grado muy manifiesto.
3. La disfunción no se explica mejor por otro trastorno del Eje I, y no se debe a sustancias o alteraciones médicas.

Eyaculación Prematura

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

1. Eyaculación persistente o recurrente con estimulación sexual mínima, antes, durante o poco después de la penetración, y antes de que la persona lo desee. El médico debe considerar factores que afectan la duración de la fase de excitación, como la edad, novedad de la pareja sexual o situación, y frecuencia reciente de actividad sexual.
2. La perturbación causa sufrimiento o dificultad interpersonal en grado muy manifiesto.
3. La disfunción no se explica mejor por otro trastorno del Eje I, y no se debe a sustancias o alteraciones médicas.

Dispareunia

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

1. Dolor genital recurrente o asociado con coito ya sea en el varón o en la mujer.
2. La perturbación causa sufrimiento o dificultad interpersonal en grado muy manifiesto.

3. La perturbación no es causada exclusivamente por vaginismo ni por falta de lubricación, no se explica mejor por otro trastorno del Eje I, y no se debe a efectos de una sustancia, ni a una alteración médica general.

Vaginismo

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

1. Espasmo voluntario recurrente o persistente de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con el coito.
2. La perturbación causa sufrimiento o dificultad interpersonal en grado muy manifiesto.
3. La perturbación no se explica mejor por otro trastorno del Eje I, y no se debe a efectos de una sustancia, ni a una alteración médica general.

Disfunciones sexuales causadas por alguna alteración médica general

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

1. Disfunciones sexuales clínicamente significativamente que producen como resultado sufrimiento o dificultad interpersonal, en grado muy manifiesto, que predominan en el cuadro clínico.
2. Hay evidencia de la historia, exámen físico o datos de laboratorio, de que la disfunción sexual es completamente explicable por los efectos fisiológicos directos de alguna alteración médica general.
3. La perturbación no se explica mejor por otro trastorno mental.

Disfunciones sexuales inducidas por sustancias

Criterios diagnósticos del DSM-IV:

1. Disfunción sexual clínicamente significativa que produce como resultado sufrimiento o dificultad interpersonal en grado muy manifiesto.
2. Hay evidencia de la historia, exámen físico o datos de laboratorio, de intoxicación por sustancias y desarrollo de los síntomas en 1 durante, o dentro un lapso de un mes posterior a la intoxicación significativa por la sustancia.
3. La perturbación no se explica mejor por una disfunción sexual que no es inducida por sustancias. La evidencia de que los síntomas se explican mejor por una disfunción sexual que no es inducida por sustancias pueden incluir: los síntomas preceden al comienzo del abuso o dependencia de la sustancia, persisten durante un período sustancial, son sustancialmente excesivos, o hay otra evidencia que sugiere una disfunción sexual independiente no inducida por sustancias.

GLOSARIO

Trastorno mental: Una conducta clínicamente significativa, o síndrome o patrón psicológico que ocurre en un individuo y está asociado con enfermedad actual o incapacidad o con un riesgo aumentado de sufrir muerte, dolor, incapacidad o una pérdida importante de la libertad.

Afecto: Es el “tono de los sentimientos”; criterio objetivo de emociones o sentimientos que expresa el paciente y los observan los demás. En contraste con el estado de ánimo, que es una experiencia subjetiva del paciente de sus propias emociones, el afecto se caracteriza de diversas maneras:

1. Por el *tipo de emoción* que se expresa y observa, como enojo, tristeza, júbilo, etc.
2. Por la *intensidad y los límites de la emoción* expresada, por ejemplo:
 - a. afecto plano: no expresión de sentimientos, rostro inmutable, voz monótona
 - b. afecto embotado: expresión de sentimientos se reduce de manera importante
 - c. afecto constreñido: expresión de sentimientos claramente reducida, pero menos que en el embotado
 - d. afecto amplio: condición normal en la que se expresan un amplio rango de sentimientos
3. Por la *adecuación de la emoción expresada*:
 - a. afecto apropiado: emoción manifiesta que concuerda con el pensamiento o lenguaje que la acompaña
 - b. afecto inapropiado: emoción manifiesta discordante con el pensamiento o lenguaje que la acompaña, por ejem: reír mientras se escucha algo horrible, llorar mientras se observa algo alegre.
4. Por la *consistencia de la emoción*:
 - a. afecto lábil: cambia rápidamente entre los diversos estados emocionales, como llanto, risa, enojo, etc.
 - b. afecto sostenido o fuerte: éste no es tan volátil y se mantiene.

Temperamento: Alude a aspectos constitucionalmente dados; el carácter incluye genético y constitucional.

Cognición: (del lat. *cognitio*) conocimiento, comprensión, razonamiento.