

2007 © Yuki H.

Guía sobre salud mental (trastornos, enfermedades, síntomas, etc.)

La Psiquiatría es la especialidad médica que estudia las enfermedades mentales, sus tipos, causas, cursos y tratamientos. Para aprender más sobre enfermedades relacionadas con la salud mental, incluyendo los tipos, las causas, los síntomas y los tratamientos se ofrece; esta guía con explicaciones sencillas para identificar los síntomas.



Concepto y diagnóstico en psiquiatría y/o salud mental

Diagnóstico Psiquiátrico

El usuario de Servicios Psiquiátricos y de Salud Mental ha de saber que el diagnóstico psiquiátrico no tiene la misma entidad que el diagnóstico de otras especialidades médicas. Mientras en el resto de la medicina el diagnóstico suele implicar la causa de la enfermedad (excepto en aquellas de causa desconocida, que se denominan idiopáticas o esenciales), el diagnóstico en psiquiatría indica, muchas veces, la presencia de una agrupación determinada de síntomas que el psiquiatra objetiva durante la entrevista pero no una información inequívoca acerca de la causa de dicha enfermedad. En algunos casos, incluso, el diagnóstico psiquiátrico no implica ni siquiera un diagnóstico de enfermedad en el sentido tradicional; por esa razón, se ha extendido el término “trastorno mental” que se refiere, simplemente, a la presencia de un conjunto de síntomas que, por su importancia o consecuencias, merece algún tipo de atención clínica. Aunque las distintas corrientes teóricas de la psiquiatría contemporánea dan más o menos peso relativo a diversos factores biológicos, psicológicos o sociales en un caso dado (y pueden, por ello, llegar a plantear tratamientos que difieren bastante unos de otros para un caso dado), la idea que domina en la psiquiatría contemporánea es que el profesional ha de hacer un esfuerzo por ofrecer de entre los procedimientos terapéuticos existentes, aquellos con los que razonadamente sea esperable la mayor eficacia y la menor duración y coste del tratamiento de un caso dado.

A pesar de las limitaciones del diagnóstico psiquiátrico actual en la práctica, no se puede prescindir de él para desarrollar la investigación clínica que permite avanzar a la especialidad y llegar a consensos terapéuticos entre profesionales.

El enorme desarrollo de la psicofarmacología en las últimas décadas, ha dado lugar a la necesidad de determinar científicamente el tipo de medicamentos que está más indicado en cada tipo de síntomas o de trastornos. En los años 1970-80 diversos trabajos mostraron que los psiquiatras discrepaban demasiado en sus diagnósticos sobre un mismo grupo de síntomas; este hecho puso de manifiesto que era necesario establecer criterios operativos de diagnóstico (es decir, criterios de diagnóstico claros y comprobables por profesionales de todas las tendencias) cuya presencia es necesaria para poder diagnosticar a tal o cual paciente una enfermedad o trastorno dados. Disponer de criterios operativos de diagnóstico psiquiátrico ha facilitado mucho la investigación de los fármacos y (en menor medida) de las modalidades de psicoterapia o de socioterapia más adecuadas en cada caso.

Los sistemas de clasificación psiquiátrica: DSM-IV y el CIE-10

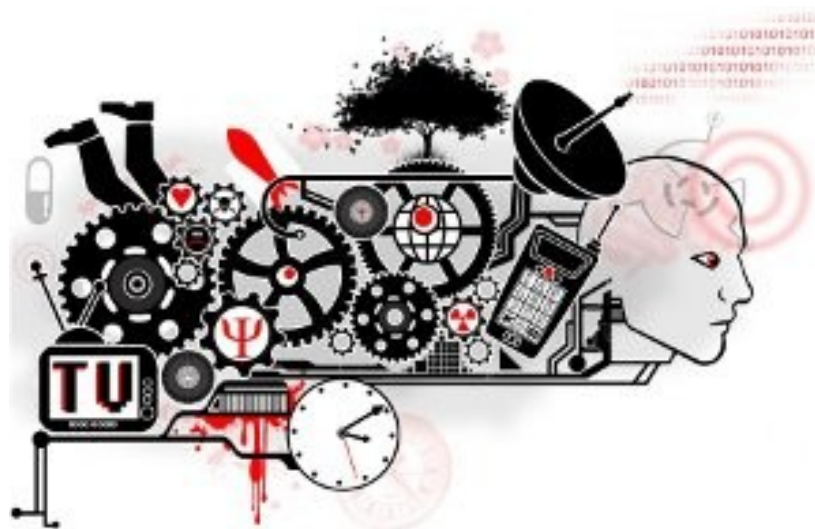
En la actualidad, el sistema de clasificación psiquiátrica operativa más conocido y utilizado en los países occidentales está redactado en 1994 por la American Psychiatric Association y se denomina DSM-IV; (se revisa la edición según se van descubriendo nuevas asociaciones de síntomas o se llega a diferentes consensos de los actuales). Se han hecho y se continúan haciendo muchas críticas a este sistema de clasificación porque, malentendido y/o mal utilizado, podría reducir el interés del profesional a comprobar la presencia o la ausencia de síntomas de una lista y perder la variedad, riqueza y peculiaridad de las experiencias y sentimientos de un paciente dado, los cuales son siempre personales y únicos: en un caso extremo, una entrevista psiquiátrica podría llegar a convertirse en; una comprobación mediante cuestionario de síntomas a los que el paciente va contestando “sí” o “no” para llegar a un diagnóstico y prescribir un tratamiento. Para paliar este tipo de simplificaciones, el DSM-IV dispone un sistema de clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos que no se limita a proporcionar diagnósticos clínicos (como “depresión” o “esquizofrenia”), sino que recoge también información de otras áreas fundamentales para entender qué le pasa al paciente y por qué. El sistema multiaxial del DSM-IV se compone de cinco ejes:

- El Eje I se codifica el diagnóstico de Trastorno Psiquiátrico;
- El Eje II se codifican los llamados Trastornos de la Personalidad y del Desarrollo;
- El Eje III se describen las Enfermedades Médicas que padece el paciente;
- El eje IV los Acontecimientos Vitales que haya podido sufrir;

El eje V se codifica una escala de adaptación y funcionamiento de 100 (sin problemas y con una adaptación óptima) a 0 (peligro inminente de suicidio o completa incapacidad) que puntúa el funcionamiento del sujeto en su medio.

No obstante, la comprensión adecuada de un caso psiquiátrico requiere habitualmente más información que la aportada en estos cinco ejes (por ejemplo, información psicológica o sociocultural). Esta información se recoge también en la Historia Clínica Psiquiátrica.

Además de la clasificación norteamericana DSM-IV; que tiene una difusión muy amplia en todo el mundo, existen otras formas de clasificar los trastornos mentales. La sección F de la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 ed. (CIE-10) de la OMS está dedicada a los “Trastornos mentales y del comportamiento”, y tiene unas categorías que se parecen bastante a las del DSM-IV (aunque no son las mismas y no se codifican en 5 ejes). Así pues, un mismo paciente se puede codificar según el sistema del DSM-IV, o el de la CIE-10 (los más usados) u otros de uso local en ciertos países. Al codificar un diagnóstico en cualquiera de los dos sistemas referidos puede saberse con cierta fiabilidad y validez, lo que le pasa al paciente y cual puede ser el tratamiento más recomendable para él (aunque, como se ha dicho, puede haber diferencias notables según la escuela de cada psiquiatra y el trastorno de qué se trate).



En qué consiste la Entrevista Psiquiátrica

Como en el resto de especialidades médicas el psiquiatra utiliza una Entrevista Clínica, como paso previo al diagnóstico. La entrevista clínica psiquiátrica consta de varias partes que suelen desarrollarse de forma flexible, según aparece la información en la entrevista. A diferencia de la entrevista de un médico internista, por ejemplo, que hace preguntas concretas a las que el paciente debe responder con un “sí” o un “no” o a lo sumo con alguna frase breve (preguntas cerradas), el psiquiatra utiliza predominantemente otra modalidad de preguntas (preguntas abiertas) con las cuales el paciente puede expresarse más ampliamente. Por ejemplo, en lugar de preguntar si está deprimido o no, es posible que el psiquiatra le pida que le hable de su estado de ánimo, lo cual permitirá al paciente detallar sus quejas relativas al ánimo o humor, su explicación de porque cree que se siente así, etc. La escucha atenta a las contestaciones que el paciente da a las preguntas abiertas, permite al psiquiatra explorar no sólo la información verbal del paciente con mayor detalle, sino también su forma de expresarse, de sentir, de interactuar con los demás, etc. Con todo ello, el psiquiatra tratará de obtener la mayor comprensión posible del caso y de sus circunstancias.

Las diferentes partes que suelen explorarse en la entrevista psiquiátrica son:

La enfermedad actual, es decir, lo que le ocurre al paciente y le ha hecho acudir al psiquiatra.

Los antecedentes psiquiátricos, es decir, si ha padecido antes algún problema psiquiátrico, el tratamiento que hizo y sus resultados, y lo mismo relativo a los miembros de su familia, etc. Los antecedentes médicos (la historia de enfermedades médicas presentes y pasadas), incluyendo los hábitos tóxicos, es decir, si fuma o bebe o consume alguna droga.

La historia psicosocial, que incluye los acontecimientos más relevantes de la vida del paciente, la infancia, la historia laboral, afectiva, etc. Muchos de los antecedentes que los psiquiatras pueden tratar de obtener en este capítulo no tienen nada de patológicos, pero definen; aspectos personales de los que se requieren para llevar adecuadamente el tratamiento.

El examen del estado mental (ó exploración psicopatológica), que refleja las alteraciones del nivel de conciencia, memoria y funciones superiores; del juicio, del raciocinio y otras; de la; actitud, estado de ánimo, sueño,; alimentación y sexualidad;; y del pensamiento (como ideas obsesivas, delirios, etc.), percepción (como ilusiones o alucinaciones), o vivencia de sí mismo, (como sentirse objeto de manipulaciones y otros), etc.

Cuando se debe acudir a un psiquiatra



Una vez superados los prejuicios contra la psiquiatría, ¿qué síntomas o experiencias aconsejan acudir a un psiquiatra?.; Una persona que presente en alguna ocasión algún síntoma psiquiátrico no debe necesariamente ir al psiquiatra. Muchos síntomas psiquiátricos son normales en algunos momentos o situaciones, son autolimitados y no ocasionan al paciente un deterioro funcional significativo. Por ejemplo, la ansiedad ante los exámenes que no impide prepararlos ni llevarlos a cabo, la tristeza tras el fallecimiento de un ser querido que no bloquea el desarrollo

de las actividades cotidianas, o las alucinaciones fugaces sin otros síntomas acompañantes que se producen justo al quedarse dormido o en el momento de despertarse (denominadas respectivamente alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas), pueden ser motivo de consulta al médico de cabecera, pero no suelen requerir atención especializada. Sin embargo, en determinadas situaciones hasta las emociones normales pueden hacerse más graves o duraderas de lo normal y desbordar a un individuo y, en ese caso, podría sin duda beneficiarse de un tratamiento psiquiátrico. Ante un mismo acontecimiento traumático (por ejemplo una inundación o un incendio, etc.), no todo el mundo reacciona con el mismo nivel de ansiedad, y hay personas que puede necesitar ayuda psiquiátrica. Cuando dura varias semanas la vivencia de estar continuamente triste y cuando, especialmente, no existe una causa que la justifique, acudir a un psiquiatra es una buena idea. La incapacidad manifiesta para desarrollarse satisfactoriamente en alguna área de su vida, como el de las relaciones sentimentales, el mundo laboral, el trabajo, la capacidad de tener amigos y de disfrutar con ellos, etc., puede sugerir un trastorno de la personalidad que podría beneficiarse también de una consulta psiquiátrica. Otra razón podría ser que la gente con la que se convive esté sistemáticamente a disgusto o infeliz cuando lo trata, circunstancia que puede darse en varios trastornos de la personalidad, en los trastornos hipomaniacos (en los cuales se está siempre excesivamente eufórico y con tendencia al enfado si lleva la contraria a los planes o ideas propias) o en el denominado trastorno por hiperactividad y déficit de atención en niños que se muestran constantemente inquietos, no atienden en clase y “sacan de quicio” a padres y maestros. Justifica también una visita al psiquiatra haber experimentado las denominadas crisis de angustia o ataques de pánico (las personas que padecen estas crisis acuden generalmente antes al médico de cabecera o a las urgencias del hospital); tener miedo a realizar actividades que el resto de la gente desarrolla sin problemas como ir a grandes almacenes, ir en metro, etc.; tardar demasiado tiempo en desarrollar ciertas actividades y repetirlas constantemente a lo largo del día (lavarse las manos o ducharse); tener problemas importantes y persistentes con la alimentación o con el sueño; pensar seriamente en el suicidio como alternativa a una situación o a los problemas propios; consumir drogas o alcohol en exceso; experimentar vivencias angustiosas y extrañas que no se explican bien; oír cosas que los demás no parecen oír, o ver cosas que los demás no ven, etc.

Por último, puede que tras acudir numerosas veces al médico general con la convicción de padecer una enfermedad importante, o sufriendo fuertes dolores u otros síntomas, éste no encuentre ninguna causa conocida que permita explicarlos y considere necesaria la intervención de un psiquiatra (lo cual no significa que los dolores o los síntomas no existan, ni que el médico piense que el paciente está “loco”) sino que interviene factores psicológicos o sociales que podrían ser mejor atendidos por un psiquiatra.

Una persona que se identifique con alguno de estos problemas debe considerar la visita a un psiquiatra porque si padece un problema psiquiátrico tratable (y muchos lo son hoy día), puede encontrar un alivio notable; a su situación. Si; se ha comenzado a sentir mal recientemente, puede darse un tiempo razonable (2 ó 3 semanas) para comprobar si en ese periodo de tiempo se siente

mejor o no sin tratamiento. En caso de no ser así la visita al médico debe contemplarse.

Algunas personas temen que acudir a un psiquiatra consista en una visita de corta duración, tras la cual le recetarán a uno pastillas que producirán efectos secundarios y que eso será todo.

Evidentemente, eso no es una visita psiquiátrica ideal. En todo caso, el psiquiatra es un profesional que se propone aliviar el sufrimiento psíquico, y la persona que acude a consultarle puede, y debe, expresarle cualquier temor o duda respecto de los posibles tratamientos y sus efectos secundarios;; en la medida de lo posible el psiquiatra resolverá cualquier problema en este sentido (y preguntarle siempre es mejor opción que la de abandonar el tratamiento sin instrucciones médicas).



Consejos básicos

1. ¿Cómo saber si padece un trastorno psiquiátrico que requiere tratamiento?

Es necesario acudir a un buen especialista clínico con experiencia. Aunque el autodiagnóstico es de gran ayuda en un primer momento, está limitado por posibles errores y requiere la comprobación; por el médico para tener seguridad.

La ausencia de delimitación precisa entre los trastornos psiquiátricos y las reacciones desencadenadas por el dolor y el sufrimiento diarios, hace difícil diagnosticar a todas aquellas personas que han padecido algún síntoma psiquiátrico leve. Esto exige ajustarse a los criterios diagnósticos antes de tratar al paciente. Una dificultad es la falta de diagnóstico, ya que tres cuartas partes de las personas que padecen un trastorno psiquiátrico que requiere tratamiento nunca piden ayuda. El caso contrario (de abuso de diagnóstico o sobre diagnóstico) es mucho menos común, y afecta fundamentalmente a personas hipocondríacas. Todas las dudas al respecto pueden; aclararse con una consulta al especialista, sin que esto suponga la necesidad de tratamiento.

2. ¿Cuál es la causa del trastorno?

La mayor parte de los trastornos psiquiátricos parecen tener en su base una vulnerabilidad genética innata y una determinada interacción con el medio ambiente, (al igual que ocurre con enfermedades como la diabetes, el cáncer, etc.) Con los avances en neurociencias, técnicas de neuroimagen y genética, el próximo reto científico es determinar qué genes están implicados en los diferentes trastornos y saber cómo ejercen su influencia. Esta búsqueda permitirá encontrar tratamientos y métodos de prevención más efectivos y específicos.

3. ¿Quién es “responsable” o “culpable” del trastorno psiquiátrico?

Nunca se debe culpar o estigmatizar a las personas por su enfermedad;; además de carente de fundamento, es contraproducente para ellas. Sólo cuando el paciente no lleve a cabo las sugerencias propuestas a continuación para mejorar, podrá ser considerado responsable de una mala evolución.

No hay que confundir, sin embargo, la ausencia de culpabilidad del paciente psiquiátrico con la falta de responsabilidad ante un comportamiento criminal o inmoral. En ocasiones los pacientes con problemas psiquiátricos tienen que hacer grandes esfuerzos para controlar sus impulsos y evitar

ciertos comportamientos.

4. ¿Que puede hacerse para mejorar la situación?

- Adquirir toda la información posible acerca de la enfermedad que se padece y así tener el mayor control posible sobre la situación.
- Acudir a un psiquiatra que informe e instruya al paciente sobre su enfermedad y le explique las diferentes opciones terapéuticas.
- Mejorar el conocimiento de uno mismo, dedicando el tiempo y los esfuerzos necesarios a esta tarea.

Muchos de los trastornos tienen un curso crónico o recurren con frecuencia. Hay que disponer de una visión de la enfermedad a largo plazo y no interrumpir bruscamente el tratamiento ante una mejoría temporal (que generalmente conduce a la recidiva en pocos meses). Las mejorías se consiguen habitualmente de forma progresiva. El deseo de cambiar y el trabajo individual al respecto son, generalmente, más importantes que la mera asistencia a las sesiones terapéuticas.

Una vez que el paciente se encuentre bien, deberá seguir con la medicación durante un tiempo variable según la patología que padeciese (meses, años o incluso de por vida); tendrá que acudir a su terapeuta con una regularidad prefijada para prevenir recaídas y controlar la medicación; y tanto él como sus allegados han de estar alerta ante la aparición de signos precoces de recurrencia.

La duración e intensidad del tratamiento dependerá del tipo de enfermedad, de su duración, de la frecuencia previa de episodios y del riesgo de recurrencias, frente al coste y; la dificultad para prevenirlas. Los siguientes principios generales de higiene mental mejoran el pronóstico de cualquier trastorno:

- Evitar el uso de drogas (responsables de muchas recaídas).
- Tener horarios regulares de trabajo, ocio y de sueño.
- No someterse a un estrés excesivo.
- Disponer de tiempo para uno mismo y para los seres queridos.
- Cumplir la medicación prescrita.

5. ¿Debe empezarse el tratamiento ahora o puede esperar?

Múltiples estudios han demostrado que el tratamiento precoz (antes de que los síntomas modifiquen profundamente la forma de vida) obtiene respuestas más rápidas y completas, reduce el riesgo de recaídas, y mejora el pronóstico. Sólo se esperará en caso de síntomas muy leves, ambiguos o relacionados con estrés transitorio. Hay que considerar que entre la primera visita y los resultados del tratamiento farmacológico suelen transcurrir algunas semanas.

6. ¿Qué deben saber la familia, pareja, amigos o compañeros de trabajo?

Es una pregunta difícil sin respuesta universal. Se enfrentan siempre en este punto la necesidad de ser exactos, sinceros y honestos con la de proteger la privacidad y al riesgo de encontrarse con prejuicios negativos del oyente hacia los problemas psicológicos. Se debe actuar según el contexto y el criterio personales.

Se debe confiar y pedir ayuda prácticamente siempre a la familia, a menos que no exista relación o sea un problema muy trivial o transitorio. Normalmente las reacciones más gratas y acogedoras serán las de los familiares. Como el soporte familiar acaba siendo necesario, hay que informar a los familiares antes o después.

Qué; contar a los amigos depende de la intimidad, de la duración y del tipo de relación. El aislamiento social es una desagradable consecuencia de los problemas psiquiátricos, evitable con amigos comprensivos y colaboradores.

A la pareja (sobre todo la pareja nueva) debe ser informada progresivamente de un modo conforme al grado de intimidad desarrollado (al igual que se haría con cualquier otra enfermedad). La reacción de la pareja es crucial para seguir adelante con la relación.

En el trabajo, la decisión de comunicarlo o no depende sobre todo del enfermo. Podrá evitar así posibles problemas futuros y sentimientos de deshonestidad. Si el problema psiquiátrico afecta al trabajo y la empresa no dispone de programa de asistencia a empleados, la actitud estará claramente influenciada por la relación con el jefe. Suele ser mejor dar a conocer el problema y no arriesgarse a dar la imagen de perezoso e irresponsable. En cualquier caso, se podrá recurrir al consejo del terapeuta y a su experiencia en casos similares.

7. ¿Cómo decidir el tratamiento más adecuado?

Para la mayoría de los trastornos psiquiátricos existen varios tratamientos efectivos y puede (razonablemente) elegirse el que más encaje con las necesidades, requerimientos, preferencias, y economía de cada paciente. En caso de que un tratamiento resulte ineficaz siempre suele haber una o varias alternativas de tratamiento, que permiten encontrar el tratamiento idóneo y eficaz para cada paciente. Esta gran diversidad, conlleva en ocasiones una difícil elección entre diferentes opciones:

La psicoterapia frente al tratamiento médico

Cuando las dos opciones sean eficaces se aconseja elegir según la severidad y urgencia del problema:

En síntomas leves a moderados y cuando la situación no es urgente, es conveniente empezar con psicoterapia. Si no hay mejoría en uno o varios meses se añadirá medicación.

En síntomas moderados a severos o en las situaciones urgentes, la medicación empezará de inmediato, normalmente junto a la psicoterapia.

¿Qué tipo de psicoterapia elegir?

Es mejor que el terapeuta sea flexible y use todas las técnicas disponibles (cognitiva, conductual, psicodinámica e interpersonal) y que no siga; estrictamente una de ellas. Para muchos problemas la terapia cognitivoconductual es útil, pero es más eficaz si el terapeuta es consciente de los conflictos psicológicos, de las relaciones personales y del entorno que rodean al paciente.

¿Qué medicación escoger?

La gran diversidad de fármacos existentes para cada trastorno, y la engañosa clasificación de los medicamentos para los profanos (por ejemplo, los denominados “antidepresivos” también se usan en las crisis de pánico, trastornos obsesivos compulsivos, enuresis, insomnio y trastornos de alimentación), pueden hacer que su elección parezca desconcertante. Aunque siempre deben ser prescritos por un médico, es fundamental que el paciente conozca cómo actúan y cuáles son los

efectos secundarios más comunes. Si la primera elección terapéutica no ha sido efectiva,; habrá que probar otras alternativas hasta encontrar la respuesta adecuada.

La elección se ve influenciada por los posibles efectos secundarios, pero estos no deben ser una razón para dejar de tomar la medicación (puesto que a dosis más bajas o con otras pautas se pueden reducir) sin consultar con el médico.

8.¿Cómo conectar con el clínico adecuado?

En el caso de que el paciente pueda elegir el clínico que se hará cargo de su caso, habrá de considerar la competencia profesional del clínico y la empatía (la “buena química”) que genera su relación con él. La empatía de la relación entre médico y paciente suele ser un predictor de buenos resultados por lo que, en algunos casos, puede ser aconsejable entrevistarse con más de un clínico antes de elegir el que le trate finalmente.; La competencia profesional es más difícil de determinar por el usuario. Existe un número creciente de disciplinas profesionales que ofrecen tratamiento para los problemas psiquiátricos, con una competencia muy variable entre ellas. Pueden ayudar al respecto, por ejemplo:

Pedir recomendaciones al médico de cabecera o a otros médicos, a asociaciones profesionales y grupos de ayuda de pacientes o a pacientes atendidos con patología similares.

Expresar las dudas o las preguntas que se tienen en la primera entrevista y juzgar su destreza por la precisión, claridad y sencillez de las respuestas contrastadas con otras fuentes de información disponibles (opinión de otros clínicos, literatura científica, literatura de calidad en internet, etc.).

La medicación tiene que estar siempre prescrita por un médico habitualmente psiquiatra o de atención primaria. La mayoría de los médicos de atención primaria tiene cierta práctica en algunas enfermedades mentales menores aunque, dada su formación, puede encontrarse mucha variación de un profesional a otro. Hoy todos los psiquiatras (excepto acaso algún caso aislado que se dedique exclusivamente a la práctica de la psicoterapia) están suficientemente familiarizados con el uso de psicofármacos; y son capaces de individualizar cada tratamiento (tanto en la elección de los psicofármacos como en la dosificación) para adaptarlo mejor a las necesidades del paciente. De este modo puede minimizarse la aparición inicial de efectos secundarios o la posibilidad de recibir una dosis insuficiente como ocurre al utilizar dosis estandarizadas. Los psiquiatras también tienen más experiencia en potenciar los efectos de un fármaco añadiendo otro y son capaces de incorporar estrategias psicoterapéuticas al tratamiento. Por todo lo anterior es aconsejable que, salvo en casos muy sencillos, sea un psiquiatra quién se hace responsable de la prescripción y del control de los psicofármacos en los trastornos psiquiátricos.

¿Cómo elegir a un psicoterapeuta?

En primer lugar hay que tener en cuenta la titulación del psicoterapeuta. Normalmente, los psiquiatras y los psicólogos tienen mayor experiencia que otros profesionales pero algunos tratamientos psicoterapéuticos específicos pueden ser llevados por profesionales con otras titulaciones debidamente cualificados para los referidos tratamientos (algunos psicoanalistas, por ejemplo, pueden no ser médicos ni psicólogos; algunos trabajadores sociales son terapeutas de familia eficaces, etc.). Antes de embarcarse en una psicoterapia definida, la opinión de un psiquiatra clínico general acerca de la utilidad de esa técnica en su caso concreto y la idoneidad de un psicoterapeuta dado (si lo conoce) puede ayudar mucho para acertar en la decisión. Después, la regla de la empatía entre paciente y terapeuta es también válida para escoger a un terapeuta. Cada psicoterapia tiene un proceso temporal previsible que es muy variable en función de la técnica;

cualquier duda al respecto ha de plantearse al profesional que atiende el caso. Puede estar indicada la opinión de un segundo profesional independiente si hay de dudas acerca de la marcha de un tratamiento.

9.¿Debe la familia participar o quedarse al margen del problema?

Los síntomas psiquiátricos crean tensión y falta de entendimiento en el entorno familiar. Es fundamental no culpar al paciente de su enfermedad a pesar de la dificultad que supone convivir con una persona que padece un problema psiquiátrico. Para sobrellevar la enfermedad en la familia es esencial la información y educación; sobre el problema. De este modo se evitan muchos malentendidos y reproches y se corrigen actitudes familiares que pueden complicar la evolución. Lo ideal es que cada miembro de la familia participe y ofrezca apoyo bajo la dirección del profesional que atiende el caso y con el consentimiento del paciente. Para ello es aconsejable que la familia participe en algunas sesiones con el terapeuta y reciba información acerca del tratamiento y de cómo pueden contribuir a los buenos resultados del mismo. Por el contrario, algunas psicoterapias individuales (sobre todo las de tipo psicoanalítico) requieren que familiares y allegados se mantengan al margen del proceso.;

10.¿Cómo puede afrontar el paciente sus síntomas y las conductas y los sentimientos que le provocan?

Una vez que se ha recibido un diagnóstico de manera válida y fiable, la mejor actitud es la de aceptar la existencia de un trastorno o enfermedad. El paso siguiente es conocer el pronóstico y el tratamiento del mismo e iniciar con dirección las tareas capaces de limitar las complicaciones y de minimizar el impacto de la enfermedad en la biografía y de facilitar la adaptación a las secuelas que –en su caso- se produzcan.

Asistir a un grupo de autoayuda puede ser muy útil al enfermo y a su familia: es una forma de ver que hay más personas con el mismo problema y de no sentirse solos al afrontarlo.

El primer grupo de autoayuda fue Alcohólicos Anónimos, al que siguieron otros para otras adicciones a sustancias de abuso, para problemas sexuales, problemas con el juego y otros. Hoy existen muchas asociaciones de autoayuda para pacientes psiquiátricos en general y para patología en particular. Las organizaciones de apoyo han conseguido enormes progresos ayudando, por ejemplo, a pacientes con retraso mental, esquizofrenia, trastornos afectivos,; adicciones, trastornos de la alimentación, etc.; Muchos de estos grupos han adquirido una influencia creciente en la escena política en la que consiguen beneficios y recursos, tratan de reducir la discriminación y de estimular la búsqueda de tratamientos eficaces junto a otras organizaciones profesionales. Muchas organizaciones de autoayuda proporcionan información escrita y por Internet de los trastornos que atienden y los recursos que existen para ellos.

11.¿Qué hacer cuando un paciente rechaza la atención o tratamiento que necesita con toda probabilidad?

Cuando el trastorno mental que padece la persona es peligroso para sí mismo (suicidas o personas gravemente incapacitadas) o para los demás, la ley permite el tratamiento involuntario. Cada distrito tiene un juzgado especial en el que los familiares pueden plantear el caso.; Dado que el tratamiento

involuntario restringe la libertad de los pacientes hospitalizados los pacientes sometidos a este régimen tienen que estar aprobados por una comisión judicial “ad hoc” y los pacientes tienen derecho a recurrir ante ella u otras instancias legales oportunas. Actualmente la hospitalización no puede ser indefinida, teniendo que ser manifestados los beneficios del tratamiento dentro de un período de tiempo definido. En algunos casos graves crónicos e inmanejables los familiares y la administración pueden solicitar trámites de incapacitación y de tutela.

12.¿Cuándo y cómo debe solicitarse el tratamiento involuntario de un familiar?

Cuando la persona enferma no puede reconocer su necesidad de recibir tratamiento debido a la pérdida de contacto con la realidad por su enfermedad, la solicitud de ingreso debe ser planteada por un familiar o allegado. En España, una vez aceptada la solicitud por el juzgado correspondiente, el paciente debe ser examinado por un médico designado por dicho juzgado que debe confirmar la necesidad de hospitalización antes que el paciente sea ingresado. En caso de urgencia el proceso puede invertirse y el médico que atiende la guardia de psiquiatría del hospital de referencia está facultado para ingresar a un paciente en contra de su voluntad siempre que envíe notificación al juzgado en 24 horas. El juzgado confirmará o no la legalidad del ingreso en 72 horas más.



Psicosis afectivas y trastornos por ansiedad

Trastornos por ansiedad

¿Qué Son?

Se exponen a continuación seis tipos de; trastornos psiquiátricos en los que la ansiedad es uno de los síntomas más importantes. La ansiedad es una emoción normal en el ser humano (y en otros animales) que cumple una función adaptativa, es decir, sirve para algo, prepara para la lucha o la huida cuando se percibe un peligro. Sin embargo, dado que el ser humano es más complejo que los animales, puede experimentar ansiedad frente a muchas más situaciones que éstos, y lo que en principio eran mecanismos adaptativos, pueden dar lugar a un serio obstáculo para desempeñar las actividades de la vida diaria. Los seis tipos que se comentan a continuación (el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Trastorno de Pánico o por Crisis de Angustia, la Fobia Social, las Fobias Específicas, el Trastorno Obsesivo- Compulsivo y el Trastorno de Estrés Postraumático) son los

más conocidos y estudiados pero existen muchos pacientes con trastornos de angustia que no pueden incluirse propiamente en estas categorías y que, sin embargo, son subsidiarios de ayuda médica.

Trastorno de ansiedad generalizada (tag).

¿Qué es?

La persona que padece ansiedad generalizada se encuentra prácticamente todo el día intranquila, y durante gran parte de su vida (aunque se requiere, al menos, seis meses con síntomas para poder realizar el diagnóstico). El paciente con un TAG tiene también tendencia a preocuparse excesivamente por casi cualquier cosa o; a raíz de cualquier detalle sin importancia; por ejemplo, después de haber visto una noticia relativa a un accidente o a una enfermedad puede mostrarse preocupado; todo el día por la posibilidad de que algún conocido sufra un accidente, o por padecer una enfermedad sobre la que leyó algo. Otro dato característico del TAG es la dificultad para conciliar el sueño porque va a la cama dando vueltas a las preocupaciones que le han rondado en la cabeza durante todo el día. Otros síntomas de ansiedad son dolores musculares y cefaleas (debido a la tensión muscular), sensación de respirar con dificultad (disnea), náuseas, mareos y sudores, (por hiperactividad del sistema nervioso vegetativo o autónomo; que es el encargado de preparar al individuo para la lucha o la huida ante el peligro a través de diversas reacciones en distintos órganos del cuerpo), irritabilidad, nerviosismo y dificultad para concentrarse y atender a lo que se está haciendo.

Tratamiento

En el tratamiento farmacológico del TAG se utilizan muchas veces benzodiazepinas, unos fármacos muy conocidos y consumidos en todo el mundo. Son fármacos ansiolíticos que alivian la ansiedad al poco (minutos) de tomarlos, pero su efecto permanece únicamente mientras continua circulando suficiente cantidad del medicamento en la sangre. Según el tiempo que permanecen activas en el cuerpo (que se mide con la denominada vida media del fármaco) se habla; de benzodiazepinas; de vida media corta, media y larga; y en función de éste y otras características se decide cual es la benzodiazepina más adecuada para cada paciente. Las benzodiazepinas son fármacos útiles y bastante seguros pero tienen también efectos secundarios y desventajas; la principal desventaja es que pueden generar dependencia lo cual obliga; a una estrecha vigilancia y cuidado, sobre todo a la hora de interrumpirlo (después de un periodo de varias semanas de consumo nunca podrá hacerse súbitamente).

Hay otras alternativas al tratamiento con benzodiazepinas. La buspirona es un fármaco efectivo para el tratamiento de algunos casos de ansiedad que no crea dependencia, ni la somnolencia que producen las benzodiazepinas, pero tarda unos días en comenzar a hacer efecto (se denomina a este fenómeno tiempo de latencia de la acción del fármaco), y la gente que ya ha tomado benzodiazepinas en alguna ocasión por ansiedad pueden no apreciar un efecto suficiente. Además cuando existen síntomas depresivos (que, de hecho, se asocian muy frecuentemente a los síntomas de ansiedad) puede asociarse al tratamiento algún antidepresivo, principalmente los del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) o de la serotonina y de la noradrenalina (ISRNS).

Otras posibilidades de tratamiento del TAG son las distintas psicoterapias, solas o en combinación con medicamentos, según la gravedad. Al igual que en la depresión, los principales tipos de terapia son las de orientación dinámica y las de orientación cognitivo-conductual. Desde el punto de vista psicodinámico, se han realizado distintas aproximaciones a la comprensión del fenómeno de la

angustia.; Básicamente, se ha entendido la ansiedad como un producto de los conflictos que tienen lugar en el inconsciente del individuo; mediante la terapia se analizan estos conflictos para hacerlos conscientes, resolverlos psicológicamente y que, de este modo, dejen de producir ansiedad. El enfoque cognitivo-conductual pretende reeducar al individuo ansioso para que aprenda a controlar la ansiedad, a reconocer cómo se construye y a modificar los modos de pensar que conducen a su aparición. Emplea para ello técnicas como la relajación, el manejo del estrés y la retroalimentación o “biofeedback” (técnica en la que mediante varios instrumentos que miden cambios físicos como la tensión muscular etc., el paciente aprende a reconocer la aparición de la ansiedad y a controlarla, observando como se normalizan los cambios que se medían) y la terapia cognitiva.

Crisis de ansiedad o ataques de pánico

¿Qué es?

En este tipo de trastorno la ansiedad es episódica (es decir, no es constante como en el TAG), y la persona que lo sufre tiene momentos de angustia cortos (habitualmente inferiores a una hora) muy intensos y sin desencadenante aparente. La experiencia es igual que la que se tiene ante una amenaza brusca y seria, como puede ser enfrentarse a un asalto a una fiera etc. Como en el resto de trastornos que se han expuesto, la reacción de pánico es, en principio, una reacción adaptativa en los animales, es decir, a través de ella se aprende, por ejemplo, que no debe uno enfrentarse a un tigre cuando ha sufrido pánico al verlo. El problema en el caso del hombre que sufre un; trastorno por crisis de angustia es que las crisis se producen sin nada que amenace aparentemente directamente al sujeto. El hecho de experimentar una crisis de pánico aislada en una situación de estrés brusco e intenso no implica un; trastorno por crisis de angustia, y es relativamente normal. Pero cuando las crisis se repiten suelen ser de índole relativamente normal. Pero cuando las crisis se repiten suelen ser de índole patológica.

Una crisis de ansiedad puede experimentarse de muchas maneras, pero lo más normal es notar que cuesta respirar, que se siente dolor en el pecho, hormigueos en las manos y pies, sensación de acorchamiento alrededor de la boca (parestias), e incluso calambres musculares y mareos. Todos estos síntomas “físicos”; se acompañan de una intensa angustia y de la sensación de que uno va a morir o volverse loco en breve. Como estos síntomas se parecen mucho a los que se experimentan cuando se tiene un ataque al corazón, mucha gente que los padece acude primero a urgencias de un hospital o al cardiólogo, y suele ser un médico no psiquiatra el que les explica que han padecido una crisis de ansiedad (normalmente suelen indicar antes algunas exploraciones complementarias – electrocardiograma, análisis- que suelen resultar negativas).; El paciente puede preocuparse por si se esta “volviendo loco”, a lo cual contribuyen otros síntomas típicos de esta crisis como son la sensación de que uno no es uno mismo (despersonalización) o de que la realidad que le rodea es extraña o cambiante (desrealización). Lo primero que hay que hacer en estos casos es reasegurar al paciente, pues aunque las crisis se viven como muy amenazantes, en realidad no hay ningún peligro vital, y de hecho una vez que se ha desencadenado se agrava por la ansiedad de quien la experimenta, y se crea así un círculo vicioso (a mayor ansiedad más síntomas, y cuantos más síntomas más ansioso se pone el sujeto). Es muy frecuente; que el paciente ansioso hiperventile (es decir, respira más rápido de lo normal), y que esto provoque alteraciones en los gases de la sangre, que producen síntomas.

Un problema habitual de quien presenta crisis de ansiedad es que progresivamente va evitando las circunstancias que cree que las provocaron, con lo que acaba desarrollando una fobia a lugares o agorafobia (este síntoma se explica más adelante en el apartado; de las fobias) que puede acabar por confinar completa o parcialmente al sujeto en su casa con un miedo irracional a salir de la protección que le brinda su hogar. Al final de una mala evolución pueden acabar por desencadenarse

también en su casa. Sin embargo, existen tratamientos efectivos contra las crisis de ansiedad y nunca debería llegarse a estos extremos.

Tratamiento

El tratamiento farmacológico consiste en las ya mencionadas benzodiazepinas, que tienen la ventaja de cortar la crisis en poco tiempo. Algunas se toman o colocan debajo de la lengua y actúan muy rápidamente, por lo que la persona que sufre crisis de ansiedad las puede llevar siempre en el bolsillo por si presenta una en algún momento. Sin embargo el tratamiento más efectivo, aunque a más largo plazo, son distintos antidepresivos; como los inhibidores de la recaptación de la serotonina que, por un mecanismo de acción independiente de su efecto antidepresivo, consiguen controlar las crisis en un periodo de tiempo variable algunas semanas. Lo normal es que hasta que comience a hacer efecto el antidepresivo se mantenga el tratamiento con benzodiazepinas que después se retiran poco a poco, para mantener el antidepresivo unos seis meses después de la última crisis. Mucha gente se resiste a la perspectiva de un tratamiento tan largo, pero es evidente que compensa el estar libre de crisis. También son útiles las psicoterapias (asociadas a la medicación), que ayudan al individuo a sentir un control sobre la situación por mecanismos que varían según el tipo de terapia.

Fobias; (agorafobia, fobia social, fobia simple)

¿Qué es?

La agorafobia es un miedo irracional y extremo a los espacios abiertos y a lugares muy concurridos como grandes almacenes, al transporte público, en aglomeraciones, etc.; Como todas las fobias, suponen un miedo que el propio paciente considera desmesurado e irracional a pesar de lo cual no pueden evitar sentir, y cuando se exponen a lo que temen (el estímulo fóbico) se desencadena un ataque de pánico. El problema de la agorafobia, como ya se ha dicho, es que el sujeto evita progresivamente lugares, transporte público, etc., hasta el punto de que, por ejemplo, ir a lugares habituales puede convertirse en un largo recorrido mediante el cual evita grandes avenidas, o ir al lugar de trabajo se convierte en un paseo de horas por no poder coger el metro; al final el paciente agorafóbico grave puede quedarse recluido en casa, para salir de ella sólo en la compañía de alguna persona de confianza.

La persona que padece fobia social sufre síntomas de ansiedad al exponerse a situaciones en las que sea observado por una multitud o un pequeño grupo de personas; así, por ejemplo, ante el hecho de dar una conferencia, asistir a una fiesta o cualquier otro acontecimiento social, el sujeto sufre taquicardia, sudores, temblor, y otros síntomas de ansiedad ya descritos. Esto lleva al individuo a evitar este tipo de situaciones sociales y por esa razón aparece ante los demás como alguien extremadamente tímido, que casi no habla y ni sale. El tratamiento es similar a los ya descritos para otras fobias, aunque en estos casos pueden ser de utilidad los beta-bloqueantes (medicamentos empleados generalmente en cardiología) que actúan inhibiendo parte de la respuesta del sistema nervioso simpático (uno de los responsables de la sintomatología ansiosa) y ayudan de este modo a controlar la respuesta ansiosa del individuo ante estos acontecimientos sociales.

En las fobias específicas el estímulo fóbico es único, por ejemplo: una persona puede tener fobia a los perros, otro a los aviones, otro a las alturas, etc., y puede desenvolverse adecuadamente en la vida diaria; siempre que no se vea expuesto a su estímulo fóbico específico. En muchas ocasiones estas personas nunca consultan por su trastorno ya que no supone para ellos una limitación importante, hasta que se produce un cambio en la vida (como, por ejemplo, un ascenso que obliga a realizar múltiples viajes en avión a una persona con fobia a volar).

Tratamiento

El tratamiento farmacológico de estas fobias suele hacerse con benzodiazepinas en el momento de la exposición al estímulo fóbico, acompañadas de alguna forma de psicoterapia específica. Las técnicas conductistas son útiles y rápidas en su efecto. La llamada desensibilización sistemática consiste en ir presentando al paciente estímulos progresivamente más fóbicos a medida que va superando el miedo (por ejemplo, en la fobia a los perros primero podría mostrarse una foto de un perro, luego una cinta de un perro ladrando, luego acercarse a distancia a un perro atado, etc.,... hasta que sea capaz de tocar y acariciar un perro suelto). La técnica de inundación (que, por razones obvias, es aceptada por un número menor de pacientes que la anterior) consiste en presentar súbitamente el estímulo fóbico hasta que el sujeto lo viva como el estímulo no peligroso que es en realidad (por extinción de su respuesta de angustia). Existen otras técnicas. También se emplea la psicoterapia de tipo psicoanalítica, aunque los efectos de esta suelen ser a más largo plazo, y está más encaminada a que el sujeto comprenda el porqué de su fobia que a eliminarla en un breve plazo de tiempo. Por supuesto se pueden combinar varios tipos de terapia en función de cada caso.

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

¿Qué es?

En el TOC la vida de una persona puede verse empobrecida y atrapada en un sinnúmero de conductas repetitivas y rituales. Los rituales y las supersticiones están muy extendidos en la humanidad, y su finalidad parece ser la de dar seguridad y sensación de control sobre condiciones de la vida que son impredecibles. Hay personas muy supersticiosas, que desarrollan conductas rituales asociadas a acontecimientos fortuitos; muchas de estas personas, si se les pregunta, no sabrán muy bien por qué lo hacen, pero aun así no quieren dejar de hacerlo. El trastorno obsesivo-compulsivo es, de alguna forma, una exageración hasta el límite de estos comportamientos. Los síntomas principales de este trastorno son las obsesiones y las compulsiones, términos que no significan exactamente lo mismo en el lenguaje psiquiátrico que en el coloquial. En psiquiatría, las obsesiones son pensamientos que se definen como intrusivos y parásitos, porque quien los tiene los vive como extraños, no pensados voluntariamente y no puede desprenderse de ellos a pesar de considerarlos extremadamente desagradables. Las compulsiones sin embargo, son actos que realiza la persona para librarse de la ansiedad que producen las obsesiones, y que aunque podría evitar si quisiera, y de hecho puede ser capaz de hacerlo, ello le aumenta tanto la ansiedad que al final termina por repetir una vez más la compulsión, a pesar de saber que no tiene ningún sentido ni racionalidad. Por ejemplo, un paciente puede pensar en su padre como si hubiese muerto; este pensamiento se le viene a la cabeza insistentemente, a pesar de que sabe que su padre vive y está sano, y de no desear conscientemente ningún daño para él (obsesión); para evitar que el pensamiento se le venga a la cabeza el paciente puede, por ejemplo, empezar a no pisar las rayas de los adoquines, de forma que siente que si las pisa su padre morirá (compulsión). Si se le pregunta acerca de lo que piensa y hace dirá que es todo absurdo, que sabe perfectamente que su padre no va a morir aunque él pise las rayas, pero no puede dejar de hacerlo porque, si lo intenta, la ansiedad es tanta, que al final acaba por sucumbir a la compulsión. Por supuesto, dentro de este trastorno hay grados (en el ejemplo anterior, desde tener que pisar las rayas de vez en cuando al salir a la calle, hasta quedarse encerrado en una habitación por miedo a pisar cualquier raya, y que su sombra roce una raya de cualquier pared). Son compulsiones muy frecuentes las de lavado asociadas a obsesiones de limpieza, o las compulsiones de comprobación (por ejemplo, ver si se ha cerrado el gas o la puerta al salir de casa innumerables veces hasta el punto de; tardar horas en dar por finalizada la tarea de comprobación).

Tratamiento

El tratamiento farmacológico del TOC; se suele hacer con antidepresivos concretos que han probado ser efectivos en estos trastornos (uno de estructura tricíclica y prácticamente todos los inhibidores de la recaptación de serotonina), a los que se añade a veces un tipo concreto de benzodiazepinas y, en ocasiones, si el efecto no es el deseado, otros fármacos como neurolépticos o estabilizadores del ánimo. Para los casos más leves o moderados son útiles las psicoterapias de tipo cognitivo-conductual que también contribuyen a aliviar los casos más serios asociadas a los fármacos antedichos.

Trastorno de estrés postraumático (TEP)

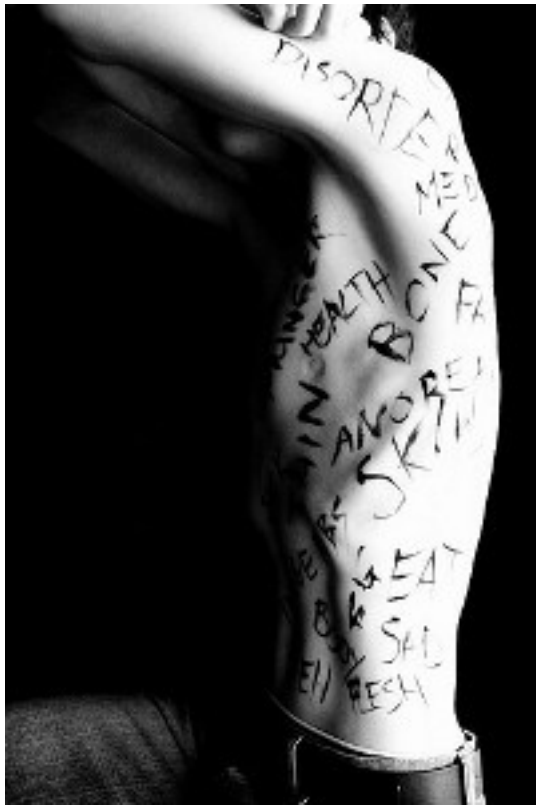
¿Qué es?

Como su nombre indica este trastorno se produce después de haber sufrido un acontecimiento extremadamente traumático, como una gran catástrofe, una agresión o un atentado. Por supuesto, cualquier ser humano, tras haber sufrido un estrés de gran intensidad presenta un periodo de tiempo adaptativo; en el que pueden darse síntomas de ansiedad y depresión que desaparecen progresivamente y aunque no se olvide nunca lo ocurrido, se aprende a superarlo.; No es fácil delimitar dónde acaba la normalidad y comienza el trastorno de estrés postraumático, (aunque seguramente esto no sea lo más importante, ni la tarea prioritaria del psiquiatra, sino la manera de ayudar mejor a pacientes que sufren síntomas de TEP después de grandes traumas y tragedias).

La sintomatología del TEP es principalmente de tipo ansioso, aunque también se producen síntomas depresivos como tristeza, sentimientos de culpa por haber sobrevivido, o por no haber podido evitar lo ocurrido, etc. Son características las alteraciones del sueño, con insomnio y pesadillas relativas al suceso estresante. También se producen dificultades para concentrarse, tendencia a revivir el acontecimiento en forma de imágenes vivas (reviviscencias o “flashbacks”) y a recordar el acontecimiento tras cualquier estímulo que se asocie (por ejemplo, un portazo hace revivir una explosión, etc.). La probabilidad de sufrir estos síntomas depende de características de la persona y de lo sucedido, así es menos probable que se produzca si la víctima puede hacer algo tras la catástrofe como ayudar a otras víctimas, participar en las tareas de salvamento; tras un terremoto, etc. El TEP se presenta con mayor probabilidad tras actos de agresividad y crueldad humana, que tras acontecimientos traumáticos naturales o fortuitos.

Tratamiento

El tratamiento requiere intervenciones en crisis (para evitarlos) y psicoterapia de apoyo y otras. El tratamiento farmacológico de los síntomas ansiosos suele hacerse con benzodiazepinas y antidepresivos si son necesarios. Para el tratamiento de las reviviscencias o “flashbacks” se emplean estabilizadores del ánimo.



Trastornos de la alimentación

¿Qué son?

La alimentación, como función de importancia vital para los animales se rige por un poderoso conjunto de mecanismos biológicos y psicológicos que denominamos instinto de supervivencia. El cuerpo ha desarrollado señales (el hambre y las señales fisiológicas que indican hambre) y conductas asociadas a esas señales que impulsan al animal a buscar y a tomar alimento cuando le es necesario. Sin embargo, la alimentación ha adquirido también otras funciones en el largo camino evolutivo del ser humano (funciones sociales, placenteras, etc.). Muchas personas en los países desarrollados se debaten hoy entre el ideal de belleza vigente, asociado básicamente a la delgadez y a

la preocupación por la obesidad, y la disponibilidad alimentaria variada y fácil de obtener, propia de sociedades consumistas, en las cuales, por razones obvias, muchos; tienden al sedentarismo y al sobrepeso.

Aunque la obesidad no está considerada un trastorno en las clasificaciones actuales de trastornos psiquiátricos es, en sí misma, causante de trastornos físicos y muchas veces de malestar psíquico: La obesidad puede ser, por otro lado, una consecuencia de algunas enfermedades psiquiátricas, y también un efecto secundario de algunos psicofármacos.

Los dos trastornos específicos de la alimentación netamente psiquiátricos más frecuentes e importantes en la actualidad son la Anorexia y la Bulimia Nerviosas.

Anorexia nerviosa

¿Qué es?

La anorexia mental es uno de los trastornos psiquiátricos que más preocupación causan actualmente en los países desarrollados. Los medios de comunicación se refieren a ellos con frecuencia y regularidad. Como en el resto de trastornos expuestos hasta aquí, la causa de la anorexia nerviosa no está del todo clara. La importancia de los factores sociales y culturales es evidente, si bien parece haber también factores orgánicos, psicológicos y familiares implicados en el cuadro clínico.

Se trata de una enfermedad que afecta sobre todo a mujeres, aunque el porcentaje de varones afectados parece haber crecido en los últimos años. Lo característico del trastorno es el miedo exagerado a engordar, la pérdida de peso excesiva y la alteración de la imagen corporal que conduce a verse gordo a pesar de que la delgadez extrema es evidente para todos. La preocupación por determinadas áreas del cuerpo está claramente distorsionada y la paciente puede continuar considerando llenas de grasa áreas en la que queda poco más que la piel encima del hueso. La persona afectada suele ignorar los problemas que su bajo peso le ocasionan, y continúa adelgazando

hasta poner en peligro su vida. Según se va perdiendo peso van apareciendo otros síntomas: desaparición de los ciclos menstruales, dolor abdominal, piel seca, disminución de la tolerancia al frío, estreñimiento, la aparición de un vello corporal oscuro denominado lanugo, e incluso otros más graves como arritmias cardíacas, o alteraciones en electrolitos (como el sodio o el potasio) cuyo correcto balance es imprescindible para la vida. A pesar de que el término anorexia significa literalmente falta de apetito, las anoréxicas, sobre todo al principio, suelen tener hambre pero la reprimen u ocultan por miedo a engordar; los síntomas digestivos que se van produciendo cuando pierde peso tienden a perpetuar las conductas anoréxicas.

Hay dos grandes tipos de conductas anoréxicas, si bien pueden darse mezcladas en la misma persona: restrictivas y; purgativas. La anorexia restrictiva se caracteriza por conductas que tienden a impedir la entrada de alimento, como el ayuno, una excesiva preocupación por las dietas y control de las calorías que tiene cada alimento mediante complejos rituales que se despliegan a la hora de comer. Este tipo suele asociarse a rasgos obsesivos de personalidad como son la tendencia excesiva al orden, al perfeccionismo, la rutina, etc. La anorexia purgativa, se caracteriza por conductas como vómitos tras las comidas, abuso de laxantes o de diuréticos, ejercicios desenfrenados tras la ingesta, etc. Se trata de pacientes más impulsivas, y no es raro que coexista en ellas un abuso de drogas.

Tratamiento

El tratamiento de la anorexia nerviosa es complejo. Algunas veces la paciente acude por primera vez a un servicio sanitario en condiciones de verdadero riesgo vital y, generalmente, en contra de su voluntad, pues el propio trastorno le impide tomar conciencia de que está enferma. Por eso, en estos primeros momentos lo principal es el soporte vital que puede requerir nutrición por sonda nasogástrica, lo cual suele causar angustia a estas pacientes, que se sienten “como si se les estuviera cebando para engordar”. Cuando es posible la colaboración de la paciente pueden introducirse en principio dietas líquidas en las cuales es más fácil controlar el aporte calórico, y son mejor aceptadas que las dietas sólidas, a las que se va pasando progresivamente. El tratamiento de la anorexia más extendido tiene una importante base psicoterapéutica; conductista, al menos en el primer momento del ingreso hospitalario: la paciente, por ejemplo, va obteniendo privilegios (desencamamiento, visitas, posibilidades de ocio y de ejercicio, etc.) según gana peso. El tratamiento es complicado y exige una vigilancia extrema, pues la paciente suele tender a ocultar comida en lugar de tomarla, a vomitar a escondidas y falsear su peso mediante los trucos más impensables.

Bulimia nerviosa

¿Qué es?

Lo característico de la bulimia nerviosa es la ingesta compulsiva de alimentos en forma de atracones incontrolables de duración variable, que acaban con un gran sentimiento de culpa; con frecuencia compensan esta ingesta vomitando, o mediante otras conductas purgantes. Los alimentos elegidos para estos atracones suelen ser precisamente los más grasos o dulces, y de escaso valor nutritivo. La paciente presenta también una gran preocupación por la imagen personal y por el control de peso. Los atracones se producen con frecuencia en momentos de ansiedad que no se distingue bien del hambre, como una forma de acabar con ella; inmediatamente después sigue un sentimiento de culpa casi invariable. Se dan también conductas purgantes, que acaban por producir lesiones orgánicas por el vómito ácido (erosiones dentales, inflamación de las glándulas salivares, úlceras esofágicas, etc.). Si no se dan las conductas purgantes la complicación habitual es la obesidad. Las pacientes que vomitan tras la ingesta compulsiva llegan a desarrollar la capacidad de vomitar a voluntad y sin estimularse el reflejo.

Tratamiento

El tratamiento de la bulimia nerviosa es también largo, complejo y básicamente psicoterapéutico pero se emplean además, en algunos casos, inhibidores selectivos de la recaptación de la Serotonina, pues se ha comprobado que algunos de ellos son útiles para reducir la impulsividad.

El Binge Eating o Trastorno por Atracón

Existen muchas personas que realizan atracones alimentarios de vez en cuando pero esta conducta se transforma en un Trastorno de la Alimentación cuando se da una pérdida de control y cuando ocurre periódicamente. El Binge Eating o Trastorno por Atracón es un Trastorno Alimentario que se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia Nerviosa (p.ej. autoinducción del vómito, abuso de laxantes u otros fármacos, ayuno y ejercicio físico excesivo).

Durante estos episodios, la persona afectada ingiere de forma incontrolada grandes cantidades de comida, generalmente en menos de dos horas, pudiéndose llegar a tomar en estos atracones hasta 20.000 calorías.

Hay que añadir, sin embargo, que la duración del atracón puede variar enormemente, y a muchos individuos les cuesta diferenciar los verdaderos de episodios menos importantes.

En ocasiones la persona puede llevar a cabo estrategias compensatorias (p.ej. abstenerse de comer, recurrir a purgas o practicar el ejercicio físico de forma excesiva) pero, a diferencia con trastornos como la Anorexia Nerviosa o la Bulimia Nerviosa, éstas no se realizan como práctica habitual para contrarrestar los efectos de los atracones, o sea para no engordar. En algunos casos, el Trastorno por Atracón puede ser origen o consecuencia de otros Trastornos de la Alimentación.

El peso corporal de aquellos que sufren este trastorno suele ser más elevado que el apropiado y en muchos casos se trata de personas obesas, lo cual constituye un factor de riesgo adicional para su salud.

Al igual que en la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, se da bastante más en mujeres que en hombres, aunque la diferencia es mucho más pequeña que en estos dos trastornos ya que se estima que una tercera parte de la población afectada es del sexo masculino.

Criterios diagnósticos según el dsm-iv

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

1. Ingesta, en un corto período de tiempo, de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de las personas podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
2. Sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p.ej. sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

B. Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:

1. Ingesta mucho más rápida de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.

4. Comer a solas para esconder su voracidad.
5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar al menos dos días a la semana durante seis meses.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p.ej. purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una Anorexia Nerviosa o una Bulimia Nerviosa.

Síndrome del comedor selectivo

Un **trastorno alimentario** aún desconocido, pero que recientemente se ha bautizado bajo el nombre de **Síndrome del comedor selectivo** es aquel que se caracteriza por incluir en su dieta menos de 10 alimentos durante un mínimo de 10 años.

Habitualmente, la persona afectada presenta otros trastornos de la conducta alimentaria asociados y rasgos de un síndrome obsesivo-compulsivo. Este síndrome puede ser tan grave y nocivo como una anorexia o bulimia.

Esta enfermedad suele presentarse en la infancia, y se puede originar como consecuencia de problemas psicológicos, carencia afectiva, fobias o traumas emocionales. Aunque también puede producirse a causa del abandono de ciertos alimentos porque se consideran poco saludables, o muy altos en calorías.

A pesar de ser un síndrome difícil de detectar, quienes lo padecen presentan algunos de los siguientes rasgos:

- Consumen menos de 10 tipos de alimentos.
- Pasan poco tiempo con otras personas o en actividades sociales, debido a que lo que ingieren es incompatible con lo de otras personas.
- No comen fuera de casa porque les resulta imposible incluir más alimentos de los que habitualmente consumen.
- Además de la selección alimentaria, presentan rituales de limpieza excesiva, orden absoluto u otras conductas con rasgos obsesivos.

La persona que constituye un **comedor selectivo** puede tener serias consecuencias sobre su salud a causa de la **alimentación monótona**, la cual puede ocasionar **carencias nutricionales** y posteriormente, enfermedades por falta de vitaminas, minerales y calorías dietarias.

Además de los problemas fisiológicos que este trastorno puede causar a los afectados, existen consecuencias psicológicas y emocionales que deben tratarse junto a una terapia nutricional para revertir el síndrome con éxito.

Dismorfia muscular

La **dismorfia muscular** es un [trastorno alimentario](#) caracterizado por la presencia de una

preocupación obsesiva por el físico y una [distorsión del esquema corporal \(dismorfofobia\)](#). A veces referido como *vigorexia*, [anorexia nerviosa inversa](#) o *complejo de Adonis*, la dismorfia muscular es un tipo muy específico de [trastorno dismórfico corporal](#). Esta enfermedad es más común en los hombres.

La vigorexia no está reconocida como enfermedad por la comunidad médica internacional, pero se trata de un **trastorno o desorden emocional** donde las características físicas se perciben de manera distorsionada, al igual que lo que sucede cuando se padece [anorexia](#), pero a la inversa.

Una persona que siempre se encuentra con carencia de tonicidad y musculatura, puede sentir una necesidad obsesiva de realizar ejercicio físico para mejorar su aspecto corporal, haciéndolo de forma compulsiva, y con ello padecer vigorexia. Con esta, los cuerpos suelen desproporcionarse, adquiriendo una musculatura no acorde con la talla de la persona.

Existen **dos manifestaciones**: la extrema actividad del deporte, o la ingesta o comedor compulsivo para subir de peso pero en el espejo verse esqueléticos y seguir comiendo más.

Implica una [adicción](#) a la [actividad física](#) (especialmente a la [musculación](#)): los vigorexicos suelen realizar [ejercicio físico excesivo](#), a fin de lograr un [desarrollo muscular](#) mayor de lo [normal](#), pues de lo contrario se sienten [débiles](#) o [enclenques](#). A esta exigencia se suma un [trastorno en la alimentación](#) que se hace patente en una [dieta](#) poco equilibrada en donde la cantidad de [proteínas](#) y [carbohidratos](#) consumidos es excesiva, mientras que la cantidad de [lípidos](#) se reduce. Esto puede ocasionar [alteraciones metabólicas](#) importantes, sobre todo cuando el vigorexico consume [esteroides](#) que ocasionan [cambios de humor](#) repentinos.

La vigorexia ha aumentado en su frecuencia de aparición (ahora la proporción es cuatro de cada diez mil personas^{[[cita requerida](#)]}), pues lo que empieza con una simple idea de subir de peso puede ser una idea mortal. La baja autoestima, convulsiones, [mareos](#), dolores de cabeza y [taquicardias](#) son síntomas de este desorden. Es más mortal que la [anorexia](#)^{[[cita requerida](#)]} y [bulimia](#), ya que el cuerpo humano sólo puede soportar un período máximo de 6 meses con éstos trastornos.

El perfil de una persona que presenta este trastorno incluye:

- Obsesión por un cuerpo musculoso al extremo, ya que aunque ya lo haya conseguido, su visión está tan distorsionada, que al mirarse al espejo aún continuará viéndose débil.
- Distorsión de la imagen corporal.
- Autoestima baja.
- Autorregulamiento con dietas impuestas.
- Entrenamiento con dedicación compulsiva y casi exclusiva. Se deja en segundo plano otras actividades sociales o culturales.
- Adicción a la báscula.
- Tendencia a la automedicación.
- Dieta muy alta en proteínas, complementada con productos anabólicos y esteroides en la mayoría de las ocasiones.

Afecta tanto a mujeres como hombres, pero se trata de un trastorno mucho más **masculino**. El individuo puede llegar a encontrarse aislado social y laboralmente debido a los trastornos emocionales que sufre. Aunque esta es una enfermedad muy similar a la anorexia, también se dan un número de diferencias muy importantes:

- La auto-imagen en la anorexia es de obesidad; en la vigorexia es de debilidad y falta de tonicidad muscular.
- En las mujeres es más frecuente la anorexia y por el contrario la vigorexia es más padecida

- por personas de sexo masculino.
- En la medicación, cuando existe anorexia se usan laxantes y diuréticos en la vigorexia, anabólicos.

Naturalmente, los factores socioculturales (el culto al cuerpo), poseen un papel importante en estos trastornos, pero también hay ciertas alteraciones en los neurotransmisores cerebrales relacionados con este tipo de patologías. El tratamiento debe ser psicológico, ya que se debe intentar cambiar la conducta de la persona, su autoestima y su pánico a un fracaso.

La mejor medida para evitar estos trastornos, tanto vigorexia como [anorexia](#) y [bulimia](#), es la **prevención**, ya que esto lo causa una obsesión por poseer el mejor físico, la mejor imagen ante la sociedad.

Otros Trastornos de alimentación

[Megarexia](#): Trastorno opuesto a la anorexia. Suelen ser personas obesas que se miran al espejo y no lo perciben; por eso no hacen ninguna dieta; por eso se atiborran de comida. Ellos se perciben sanos. Son en cierta forma, personas gordas que se ven delgadas a causa de la distorsión de la percepción que caracteriza a los trastornos alimentarios. Ellos consideran que el exceso de peso es sinónimo de fuerza y vitalidad. Comen de todo y en cantidades abismales, pero no alimentos sanos sino todo lo contrario. Comida chatarra, dulces, frituras, alimentos grasos, postres... son algunos de los platos principales en la dieta de los megaréxicos.

[Ortorexia](#)

[Pica](#)

[Diabulemia](#): El enfermo de bulimia, también diabético, manipula las dosis de insulina que debe inyectarse, para adelgazar y/o compensar los atracones. A parte de las complicaciones de la bulimia, se añaden las complicaciones mortales a medio plazo, de no inyectarse las dosis correspondientes.



Trastornos adaptativos

Se trata de trastornos psiquiátricos en personas previamente sanas producidos por una situación estresante, que puede durar poco, o hacerse crónicos a lo largo de los años, y que se caracteriza por síntomas ya vistos en otros trastornos, como ansiedad, depresión, trastornos de conducta etc... Es normal que tras acontecimientos que producen estrés (despido laboral, muerte de un allegado, ruptura sentimental) se desencadenen tristeza, angustia, nerviosismo, insomnio, etc. Se habla de trastorno adaptativo cuando las reacciones al estrés son desproporcionadas o interfieren significativamente con la capacidad de continuar trabajando, con las relaciones sociales, el ocio, etc. Se asume la convención de que la

sintomatología de un trastorno adaptativo ha de durar menos de seis meses después del suceso o sus consecuencias (lo cual es difícil de valorar ya que hay consecuencias de sucesos estresantes que

duran toda la vida).

Los síntomas suelen presentarse dentro de los 3 meses siguientes al comienzo o acontecimiento del factor estresante, una vez cesado el mismo (o sus consecuencias) los síntomas no suelen persistir más de 6 meses.

Los síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo:

- Malestar mayor de lo esperable en respuesta al factor estresante
- Deterioro significativo de la actividad social, familiar, laboral o académica

Clínicamente se los **clasifica** en:

- **Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo**
- **Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso**
- **Trastorno adaptativo mixto con estado de ánimo depresivo y ansioso**
- **Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento**
- **Trastorno adaptativo con alteración mixta del comportamiento y de las emociones.**

No siempre es necesario el tratamiento de los trastornos adaptativos, pero cuando es necesario por su gravedad o incapacidad, suelen emplearse ansiolíticos (benzodiazepinas) y antidepresivos, según la sintomatología predominante además de distintas técnicas de ayuda psicológica.



Depresión

Ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

Muchas personas con una enfermedad depresiva nunca buscan tratamiento. Pero la gran mayoría, incluso aquellas con los casos más graves de depresión, pueden mejorar con tratamiento. Intensivas investigaciones de la enfermedad han resultado en el desarrollo de medicamentos, psicoterapias, y

otros métodos para tratar a las personas con este trastorno incapacitante.

La depresión es una enfermedad común pero grave.

La mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

Tipos de depresión

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico.

El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen:

Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.

Depresión posparto, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz.¹

El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano. El trastorno afectivo estacional puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden solamente a la terapia de luz. Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia pueden reducir los síntomas del trastorno afectivo estacional, ya sea de forma independiente o combinados con la terapia de luz.²

No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular.

Síntomas

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo
- Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia
- Irritabilidad, inquietud
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales
- Fatiga y falta de energía

- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones
- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado
- Comer excesivamente o perder el apetito
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio
- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento

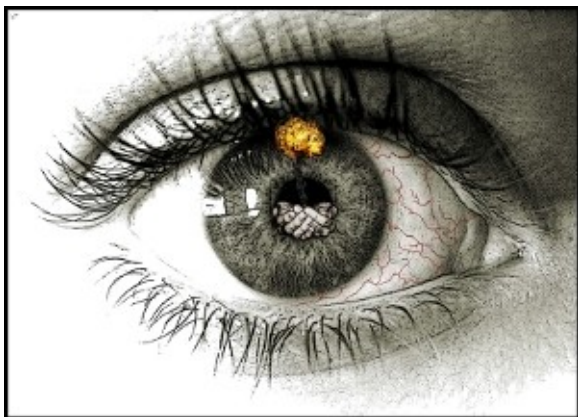
Tratar la depresión

La depresión, aun en los casos más graves, es un trastorno altamente tratable. Al igual que con muchas enfermedades, mientras más pronto pueda comenzar el tratamiento, más efectivo es y las probabilidades de prevenir una repetición son mayores.

El primer paso para obtener el tratamiento adecuado es visitar a un médico. Ciertos medicamentos y condiciones médicas, tales como virus o trastornos de tiroides, pueden provocar los mismos síntomas que la depresión. Un médico puede descartar estas posibilidades por medio de un examen físico, una entrevista, y pruebas de laboratorio. Si el médico puede descartar a una condición médica como la causa, él o ella debe llevar a cabo una evaluación psicológica o referir al paciente a un profesional de la salud mental.

El médico o profesional de la salud mental llevará a cabo una evaluación diagnóstica completa. Él o ella debe conversar con el paciente sobre cualquier antecedente familiar de depresión y obtener todos los antecedentes de los síntomas, por ejemplo, cuándo comenzaron, cuánto han durado, su gravedad, y si ocurrieron antes, y si los síntomas ocurrieron antes, cómo fueron tratados. Él o ella también debe preguntar si el paciente consume alcohol o drogas y si ha tenido pensamientos suicidas o de muerte.

Una vez diagnosticada, una persona con depresión puede ser tratada con varios métodos. Los tratamientos más comunes son la medicación y la psicoterapia.



Trastornos psicóticos

Clásicamente se consideran psicosis todos los trastornos mentales en los que la pérdida de contacto con la realidad es muy llamativa (por ejemplo, en casos en los que el paciente no distingue en absoluto entre la realidad y su fantasía, o entre sus miedos internos y las amenazas reales, etc.). En sentido estricto, la pérdida de contacto con la realidad se da en distinto grado en muchos trastornos psiquiátricos, incluidas las neurosis graves, pero en los trastornos psicóticos éste síntoma es más característico o grosero.

Las psicosis cursan con mucha frecuencia con delirios; (pensamientos ilógicos, con frecuencia muy extravagantes y sin base real, que no están basados en una creencia cultural compartida y que no se pueden rebatir mediante argumentación lógica) y con alucinaciones (percepciones sin estímulo real como voces, visiones, etc.). Las alucinaciones y los delirios pueden verse en cuadros de depresión psicótica, o manía delirante en el trastorno bipolar, en intoxicaciones por drogas estimulantes o

alucinógenas, como efecto secundario de algunos fármacos, en el seno de algunas enfermedades médicas (neurológicas, reumatológicas, etc.) y, de una manera muy característica, en los trastornos que se exponen en este apartado. El trastorno psicótico más conocido es la esquizofrenia.

Esquizofrenia y trastornos esquizofreniformes

La esquizofrenia es una enfermedad del sistema nervioso central que suele comenzar entre los 20 y los 30 años de edad. Su causa no se conoce de manera completa todavía pero se sabe de la importancia de factores concretos genéticos y otros que afectan al desarrollo del tejido nervioso. El curso crónico y deteriorante de esta enfermedad afecta seriamente el curso vital de pacientes desde su juventud y frustra muchas veces las expectativas fundamentales del ser humano que la padece. Cuando, fuera de los episodios agudos, los pacientes perciben este destino capaz de menoscabar su proyecto vital; no es raro que se depriman.

Los síntomas de la esquizofrenia se clasifican en positivos y negativos.

Se denominan síntomas positivos a las alteraciones psicopatológicas que no existían antes de la enfermedad (básicamente las alucinaciones y los delirios).

- Las alucinaciones de los pacientes esquizofrénicos son principalmente auditivas (de manera característica, son voces que comentan los actos del individuo, o que le recriminan u ordenan hacer cosas, aunque ocasionalmente pueden hacer comentarios agradables, contar chistes, etc.). No son raras tampoco las alucinaciones referidas a sensaciones del propio cuerpo (como si tuviera “microchips”, o cables que le recorren el cuerpo, etc.). Las alucinaciones visuales, y más todavía, las olfativas o las gustativas son raras en la esquizofrenia (estas alucinaciones son más frecuentes en psicosis asociadas a enfermedades neurológicas como tumores cerebrales, etc.).
- Los delirios más frecuentes en la esquizofrenia son los de persecución y perjuicio (el paciente se siente perseguido por extraterrestres, la mafia, conspiraciones mundiales, etc., o bien cree firmemente que todo el mundo está en contra de él) pero los hay también con otros contenidos (místico-religioso, genealógico, etc.). Aunque se ha dicho ya que los delirios son creencias erróneas; que no pueden ser rebatidas por la argumentación, en realidad, tienen su propia lógica no compartida con la de los demás. De esta forma el paciente psicótico puede, por ejemplo, encontrar la certeza de que los extraterrestres le persiguen en un hecho banal para los demás como cruzarse con un coche blanco en la calle (se llama a estos fenómenos percepciones delirantes e interpretaciones delirantes).

Otro síntoma psicótico positivo es considerar que todo lo que sucede alrededor se refiere a uno (autorreferencialidad).

Se denominan síntomas negativos o defectuales a ciertas secuelas de la enfermedad: pérdida de habilidades sociales, falta de interés, incapacidad para experimentar placer, incapacidad para expresar emociones, pensamiento y lenguaje empobrecidos (se hacen simples, concretos y circunstanciales –es decir, dan vueltas y vueltas sobre un tema sin llegar a ningún punto-, o repiten las palabras o frases y, en los casos más graves o evolucionados, el pensamiento y el lenguaje se desorganiza hasta la incoherencia). Los síntomas negativos suelen ser los que más deterioran al paciente y los más difíciles de tratar; la investigación de muchos nuevos fármacos para la esquizofrenia tiene hoy como objetivo principal el alivio de estos síntomas negativos que son; todavía un reto para el que no hay una solución farmacológica suficientemente satisfactoria.

En la esquizofrenia también puede haber síntomas motores como la catatonía que puede cursar con síntomas muy diversos como la agitación psicomotriz, negativismo (hacer lo contrario de lo que se le pide), flexibilidad cética (se deja mover por el examinador sin oponer resistencia y se queda quieto en la postura incómoda que se le dejó), oposiciónismo (opone resistencia al movimiento

pasivo) y posturas anormales.

Clásicamente se describen varias formas de esquizofrenia:

- La esquizofrenia paranoide; suele cursar con más síntomas positivos que negativos, suele responder mejor al tratamiento farmacológico que otras formas y deteriorar menos a los pacientes.
- La esquizofrenia hebefrénica suele cursar con menos síntomas positivos y más negativos y responder peor al tratamiento farmacológico.;
- La esquizofrenia catatónica en la forma cuyos principales síntomas son motores y es hoy una forma pura rara. En la práctica muchas esquizofrenias tienen formas mixtas.;

La esquizofrenia tiene un curso y un pronóstico variable según pero es siempre una enfermedad crónica y deteriorante en algún grado; después de cada episodio (o “brote”) de la enfermedad el paciente puede no alcanzar el nivel de funcionamiento previo y sentirse cada vez peor.

Teniendo en cuenta esta cronicidad de la esquizofrenia, se habla de Trastorno Esquizofreniforme en pacientes con síntomas de esquizofrenia pero menos de seis meses de evolución. Muchos pacientes esquizofrénicos pueden haber tenido por esto el diagnóstico previo de Trastorno Esquizofreniforme.

El tratamiento de la esquizofrenia se prolonga años; si aparecen recaídas frecuentes puede ser necesario de modo ininterrumpido. Hoy hay evidencia científica de que la combinación de tratamiento farmacológico y psicosocial en la esquizofrenia mejora el pronóstico y el nivel de funcionamiento del paciente. Como muchos pacientes con esquizofrenia no son capaces de darse cuenta de su enfermedad resulta imprescindible que se informen y conciencien al respecto. Las familias necesitan también información específica al respecto (ellos y sus familias). Es preciso que todos sepan que si se deja el tratamiento la recaída es muy frecuente así como la aparición de nuevos déficits que, seguramente, hará necesario aplicar dosis más altas de los fármacos que se estaban tomando. Una razón habitual de abandono del tratamiento son los efectos secundarios molestos (y algunos peligrosos) que tienen algunos de los medicamentos utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia; pero es posible tratar muchos de estos efectos secundarios y, además, los medicamentos nuevos presentan muchos menos efectos secundarios.

Trastornos delirantes

;Hay varios tipos de trastornos delirantes o “paranoias” (como se llamaba antes a estos trastornos) según el tema delirante (celos, persecución, perjuicio, etc.), la duración y el curso de la enfermedad. Todos ellos se caracterizan por el protagonismo del delirio casi en ausencia de otros síntomas psicóticos, ni los “síntomas negativos” que se han descrito en el apartado de la esquizofrenia. El delirio suele referirse a un solo tema concreto y no puede rebatirse mediante argumentación lógica. Por lo general, el paciente se resiste a recibir tratamiento y no es raro que después de varias tentativas de tratamiento, el paciente tienda a ocultar un delirio que persiste (se dice que permanece “encapsulado”) con repercusión específica sobre un área de la vida de paciente (la afectada por el delirio) pero respetando relativamente otras áreas.

Trastorno psicótico breve

Como su nombre indica es un trastorno psicótico que puede parecerse por los síntomas a la esquizofrenia paranoide, pero que dura unos días, desaparece sin secuelas y puede no volver a presentarse nunca más. Suele tener un desencadenante (una época de mayor estrés, cambios en la vida habitual, el nacimiento de un hijo, etc.) y mejor pronóstico que otros trastornos psicóticos.

Trastorno esquizoafectivo

Se trata de un trastorno que comparte características de la esquizofrenia y del trastorno bipolar y suele tener, también, un pronóstico intermedio entre los dos.

Trastorno psicótico compartido (“folie à deux”)

Es un trastorno psicótico raro, en el que dos personas comparten los mismos delirios y alucinaciones. En general una de las dos personas tiene un trastorno psicótico, y la otra es una personalidad dependiente que mantiene una relación muy estrecha con el paciente psicótico.

En el TRATAMIENTO de los trastornos psicóticos se utilizan principalmente unos medicamentos llamados neurolépticos (ver el capítulo 9 de la guía: Tratamiento de los trastornos psiquiátricos). Los neurolépticos suelen dividirse en “típicos” o “clásicos”, que son más potentes y producen más efectos secundarios extrapiramidales (rigidez, temblor, síntomas parecidos a los de la enfermedad de Parkinson, etc.) y; “atípicos”, menos potentes (es preciso dar más dosis), con menos efectos extrapiramidales y más beneficio sobre los síntomas negativos. Para evitar el abandono de la medicación existen preparados de liberación retardada que se administran en inyección intramuscular y duran aproximadamente un mes.



Trastorno Bipolar

Todas las personas pasan por diferentes estados de ánimo a lo largo de la vida sin tener que alarmarse por ello, pero en el caso de los enfermos bipolares esos cambios de su tono vital pueden llevarles a situaciones extremas como regalar todas sus propiedades sin ningún control o suicidarse. La enfermedad bipolar, también conocida como maníaco-depresiva, consiste en una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo, que provoca en el enfermo episodios de euforia, ánimo excesivo, hiperactividad, trastornos del sueño y del apetito, además de fases de fuerte depresión que pueden prolongarse durante varios meses. Durante estos períodos el enfermo puede sufrir además delirios y alucinaciones que hagan necesario su hospitalización para evitar males mayores. Aunque no tiene cura, una medicación controlada permite llevar una vida normal a un alto porcentaje de los pacientes.

Síntomas de cada fase

En nuestro cerebro existe el denominado "sistema límbico" cuyo cometido es regular el estado de ánimo a través de una especie de 'regulador'. La función de este sistema resulta similar a la de un termostato doméstico que adapta la temperatura del sistema de calefacción a los cambios ambientales de una vivienda y la mantiene estable. En general, el estado de ánimo de las personas tiende a ser regular y dependiente de los factores ambientales externos, pero cuando una persona padece un trastorno bipolar, su 'animostato' no funciona correctamente y su humor pasa a ser inestable y muy variable, a veces causado por un factor externo y otras sin ninguna causa aparente. Esto provoca que el paciente alterne a lo largo de su vida episodios depresivos, fases asintomáticas, conocidas como eutimia, y episodios de euforia, que pueden llevarle a situaciones extremas de pérdida de control de sus actos.

La fase de '**manía**' provoca episodios de euforia o ánimo excesivo. Los enfermos experimentan

durante este período algunos de los siguientes **síntomas**: irritabilidad, hiperactividad, disminución de la necesidad de dormir, locuacidad, aumento de la sociabilidad, ideas de grandeza, aumento del impulso sexual, aceleración del pensamiento, gastos excesivos e inapropiados, conducta desordenada, planes irrealizables, ideas delirantes o alucinaciones.

Los **síntomas de la fase depresiva** suelen coincidir con los que conocemos de una depresión normal: apatía, falta de ilusión, sensación de tristeza o vacío, baja autoestima, dificultad para realizar las tareas habituales, enlentecimiento, falta de concentración, deseo de morir, molestias físicas, ansiedad, insomnio o exceso de sueño, pérdida o exceso de apetito, inhibición social, ideas de culpa o ruina.

La **causa** del trastorno bipolar es **genética**, pero los factores externos pueden acelerar su aparición, según explica Eduard Vieta, psiquiatra y coordinador del Programa de Trastorno Bipolar del Hospital Clínico Universitario de Barcelona. "La causa principal es genética, pero al igual que ocurre con otras enfermedades como la diabetes, unas personas son más vulnerables que otras a la aparición del trastorno bipolar. Uno de los factores que más influye en este trastorno es el **estrés**, pero no lo que entendemos habitualmente por estrés, porque aquí lo que estresa son los cambios que no permiten una adaptación de la persona".

El consumo de drogas también es otro factor que puede desencadenar antes la enfermedad, tal y como señala Ana González Pinto, jefe clínico de Psiquiatría del Hospital Santiago de Vitoria. "Los factores externos aceleran la aparición de muchas enfermedades psiquiátricas. En el trastorno bipolar el consumo de drogas puede ser muy peligroso porque adelanta la aparición del primer episodio, y la edad en la que esto ocurre es muy importante para el paciente", explica la doctora. El **primer episodio** del trastorno bipolar suele aparecer durante la adolescencia, aunque también puede darse en niños o no presentarse (o más bien detectarse) hasta la edad adulta, que es cuando llega a su máximo auge. **La edad más común es alrededor de los 18 años**, de ahí la importancia de conseguir retrasar su aparición para evitar que el paciente no termine los estudios o no pueda incorporarse al mercado laboral.

Distintos tipos de trastorno bipolar

Alrededor de un 2% de los adultos sufre trastorno bipolar en Europa. En adolescentes la prevalencia es del 1% y sólo 0,3% en niños. En Estados Unidos la cifra es algo mayor ya que las estadísticas varían en función de dónde se ponga la barrera diagnóstica. "Hay personas que lo tienen en un grado que se determina claramente como enfermedad y otras en las que existen dudas", apunta el doctor Vieta. Lo mismo ocurre a la hora de hablar de un ligero predominio femenino del trastorno. El psiquiatra catalán señala que hay 1,2 mujeres por cada hombre, pero añade que si se admiten los casos de depresiones con pequeñas euforias, todavía hay muchas más mujeres. Aunque se trata de una enfermedad hereditaria, las probabilidades de que el hijo de una persona afectada lo sufra son reducidas, y sólo se incrementan un 10% más que en cualquier otra persona.

Se pueden distinguir **cuatro tipos de trastorno bipolar**:

Trastorno bipolar tipo 1: Se caracteriza por fases de manía, que generalmente requieren hospitalización, y depresiones intensas. Ambas etapas pueden ir acompañadas de delirios y alucinaciones, lo que puede provocar durante la etapa de manía que el paciente se crea superdotado o un Mesías moderno que debe salvar al mundo y que reparta todo su dinero entre los pobres. Mientras que durante la depresión puede llegar a sentirse tan culpable de todo lo que ocurre a su alrededor que desee el suicidio. Por ejemplo, podría darse el caso de un enfermo que piensa que es el demonio y que el Papa ha muerto por su culpa, y desear morir por ello.

Trastorno bipolar tipo 2: Consiste en fases depresivas igual de intensas que en el tipo 1, pero fases

de euforia más moderadas denominadas hipomanía, que no requieren ingreso hospitalario y a veces incluso pueden pasar desapercibidas. La doctora González Pinto comenta que este tipo de trastorno se da en personas que pasan una depresión y cuando salen de ella están demasiado contentas, pero no se dan cuenta de que no es un estado normal del todo. En estos casos nunca llegan a hacer cosas extremas ni poner en riesgo su forma de vida, simplemente sienten una alegría desmesurada y cierta hiperactividad, acompañados de otros **síntomas** como: aumento de la autoestima, aumento de la sociabilidad y la locuacidad, dormir menos de lo habitual, mayor agilidad mental, mayor interés por el sexo, gastar más de lo habitual, optimismo exagerado, falta de autocrítica o cambios bruscos de humor. Algunos de los enfermos definen esta fase como positiva y consideran que es el momento de su vida en el que mejor se han encontrado.

Trastorno bipolar mixto o fases mixtas: consiste en una mezcla de síntomas depresivos y maníacos a la vez. Este tipo de fases resultan muy difíciles de diagnosticar porque el enfermo está triste pero a la vez eufórico a ratos, generando gran desconcierto y un gran sufrimiento para el paciente y su familia. Durante las fases mixtas el enfermo puede experimentar varios **síntomas** al mismo tiempo: mal humor, aceleración del pensamiento, inquietud, hostilidad, falta de ilusión, cambios rápidos de humor, insomnio, comportamiento descontrolado, ideas delirantes o negativas, alucinaciones o fragilidad emocional.

Ciclotimia: se trata de la sucesión de hipomanías y fases depresivas leves o moderadas, y es frecuente que quienes la sufren nunca hayan solicitado atención psiquiátrica por no ser conscientes del trastorno e ignorar que existe un tratamiento. Las personas ciclotímicas son vistas por los demás como inestables o imprevisibles. Aunque es un tipo de enfermedad más suave, es crónica y muy duradera, ya que las fases de depresión y de hipomanía son mucho más largas.

Afortunadamente los enfermos de trastorno bipolar no pasan toda su vida de una fase a otra. Tras superar una crisis de cualquier tipo, existen períodos en los que el estado de ánimo se va normalizando y los síntomas de la enfermedad desaparecen prácticamente por completo. Estas fases se denominan '**eutimia**' o 'estado de ánimo correcto'. La psiquiatra Ana González Pinto, que dirige uno de los dos Centros Stanley de Investigación del Trastorno Bipolar que existen en España, considera que la duración de cada fase depende mucho de la forma de ser de cada paciente, aunque los últimos estudios demuestran que el tiempo que los pacientes graves pasan enfermos es aproximadamente entre un tercio y un 40% de su vida si se medican de forma adecuada.

Duración de las fases y tratamiento

En condiciones normales una fase depresiva suele durar entre 6 y 9 meses y la fase maníaca entre 2 y 4 meses, aunque el doctor Eduard Vieta asegura que si se sigue un tratamiento farmacológico la duración puede acortarse bastante. "Dependiendo de cuando se inicie el tratamiento, la fase maníaca puede reducirse a una cuarta parte, mientras que la fase depresiva se acorta alrededor de un 30%. Es decir, que somos más eficaces tratando las fases maníacas que las depresivas. El problema es que durante el episodio de manía los pacientes no son tan conscientes de que están enfermos y no suelen acudir por sí solos en busca de ayuda".

En opinión de los expertos consultados el trastorno bipolar es una de las enfermedades psiquiátricas que cuenta con mayores recursos para su tratamiento, ya que se dispone de medicación que frena las fases de euforia y ayuda a superar la depresión, además de reducir la frecuencia de las recaídas y su intensidad. La doctora González Pinto insiste en que hay fármacos muy eficaces tanto en la prevención como en el tratamiento. "Entre los estabilizadores, el **litio** es el que más se usa, aunque también hay **antipsicóticos** muy eficaces. Además hay mucha investigación en marcha. Lo importante en esta enfermedad es que hay que **medicarse de por vida** para tenerla controlada. El paciente debe plantearse como si tuviera cualquier otro problema crónico. Lo que no debe hacer

es ponerse una venda en los ojos y no asumir lo que le ocurre. Es fundamental tomar bien la medicación y no saltarse ninguna toma porque tiene una gran repercusión en el enfermo", advierte.

Según un estudio de seguimiento de diez años realizado con pacientes en tratamiento con sales de litio, las personas que tenían olvidos a la hora de tomar las pastillas recaían entre dos y cuatro veces más que las que tomaban correctamente la medicación. Estos resultados demuestran la importancia de seguir correctamente el tratamiento, una idea que corrobora Pilar García, presidenta de la Asociación Bipolar de Madrid, y afectada por este trastorno. "Para nosotros es básico tomar conciencia de la enfermedad y una correcta medicación para poder llevar una vida más o menos normal y estar más estabilizados. También es muy importante conocerse bien a uno mismo para saber qué cosas te ponen nervioso o te pueden acelerar, para reconocer pronto los síntomas e ir al médico lo antes posible".

Las asociaciones de afectados por esta enfermedad realizan una gran labor organizando grupos de autoayuda que son muy útiles para el enfermo y sus familiares. Pilar García recomienda tener información y formación para enfrentarse al trastorno, e intentar huir de procesos destructivos o de la marginación social. "Hay que dar habilidades al enfermo para que vuelva a socializarse. La asociación es un foro estupendo para ello porque conoces gente como tú y desdramatizas la enfermedad", explica.

El tratamiento no sólo consiste en medicación. A juicio del doctor Vieta más que una terapia es un 'entrenamiento', porque considera que la enfermedad "es como un caballo salvaje al que hay que aprender a domesticar, y para eso hay que aprender primero a montar a caballo. Nosotros les enseñamos a reconocer los síntomas de recaída a tiempo para que acudan al psiquiatra antes de que la crisis les supere. También les enseñamos el manejo del estrés, que se consigue siguiendo ciertas rutinas. Por ejemplo es muy importante que duerman lo suficiente y que no alteren los horarios de sueño. Las personas que trabajan a turnos tienen más problemas porque altera la biología del 'animostato".

Diagnóstico tardío. Papel de la familia

El gran problema del trastorno bipolar es que aún se tarda mucho en diagnosticar: una media de siete años en Europa y diez en países como Estados Unidos, lo que perjudica enormemente a los enfermos, ya que los expertos aseguran que el 80% del daño y complicaciones que provoca la enfermedad se produce durante los primeros cinco años. "Hay aspectos sociales que no se entienden cuando empieza la enfermedad. Suele coincidir con los años de estudio de la persona o cuando empieza a trabajar. También es una época en la que se suelen iniciar las relaciones sentimentales y un diagnóstico tardío puede dejarles fuera de juego para siempre en muchos aspectos de su vida", comenta Eduard Vieta.

Pero además de la parte social, hay que tener en cuenta la **parte biológica** de la enfermedad, porque al principio la aparición de los episodios está más relacionada con factores externos, pero con el paso del tiempo se independiza y se hace espontánea, y por tanto menos controlable y previsible. "Los primeros años son decisivos para evitar que la enfermedad se malignice y vaya por su cuenta con independencia de que la situación del paciente sea estresante o no", puntualiza el psiquiatra.

¿A qué se debe el retraso en el diagnóstico? Por un lado este psiquiatra lo achaca al desconocimiento de la enfermedad entre los médicos de cabecera, que a menudo confunden los síntomas con una depresión, y se limitan a recetar antidepresivos. "Esto lo único que hace es favorecer que el paciente se ponga maníaco otra vez. Los antidepresivos se pueden usar, pero siempre hay que recetar antes un estabilizador". Otra razón del diagnóstico tardío es que los pacientes no son tan conscientes de que están enfermos durante la etapa maníaca y no van al

psiquiatra, porque siempre encuentran explicaciones alternativas para las cosas inusuales que hacen.

Las **consecuencias** que acarrea un trastorno bipolar sin tratamiento pueden ser muy graves. La peor es el suicidio, que ocurre generalmente durante la fase de depresión profunda. Ana González Pinto señala que hay alrededor de un 10% de suicidios consumados, aunque recuerda que esta cifra se podría reducir mucho si los pacientes se trataran. El abuso de drogas y los problemas familiares (parejas rotas, separaciones y conflictos) son también consecuencias habituales de esta enfermedad. Asimismo los casos graves pueden suponer la pérdida del puesto de trabajo, ya que la euforia puede llevar a contraer riesgos excesivos y gastar más de lo que se tiene, mientras que la depresión comporta bajas laborales y un evidente descenso de la productividad.

La **familia** juega un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad, puesto que puede convertirse en una gran ayuda o en un perjuicio, si es un factor estresante para el paciente. En general los psiquiatras observan **dos tipos de errores** en los familiares: **una sobreprotección**, sobre todo cuando el paciente es joven, o **una negación de la enfermedad**, más común entre los cónyuges. Para ellos también existen programas de psicoeducación, que tratan de corregir aspectos específicos de la relación entre paciente y familia.

Pilar García, de la Asociación Bipolar de Madrid, reconoce que la familia lleva mejor la fase depresiva que la maníaca: "en la depresiva estás más controlado aunque sufres más. En la maníaca se pueden hacer muchas tonterías, pero no se tiene tanta conciencia de la enfermedad y por eso lo primero que suele hacer el enfermo es dejar la medicación, porque muchas veces tiene la sensación de sentirse mejor que nunca. Tienes mucha energía y para la familia es difícil convencerte de que no es real y que necesitas un ingreso forzoso. Normalmente esto lleva a situaciones muy desagradables".

El trastorno bipolar no se cura, pero la medicación permite compensarlo para que un porcentaje razonable de enfermos lleven una vida normal. Según un estudio europeo, coordinado por Vieta y realizado entre más de 3.500 pacientes, un tercio de los bipolares no puede trabajar porque está incapacitado, otro tercio está trabajando pero por debajo de sus posibilidades o en condiciones de precariedad a causa del trastorno, y otro tercio lleva una vida prácticamente normal.



Trastornos de la personalidad

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

Cada uno tiene patrones característicos de percepción y de relación con otras personas y situaciones (rasgos personales). Dicho de otro modo, toda la gente tiende a enfrentarse a las situaciones estresantes con un estilo individual pero repetitivo. Por ejemplo, algunas personas tienden a responder siempre a una situación problemática buscando la ayuda de otros. Otras siempre asumen

que pueden manejar los problemas por sí mismas. Algunas personas minimizan los problemas, otras los exageran.

Aunque la gente tiende a responder siempre del mismo modo a una situación difícil, la mayoría es propensa a intentar otro camino si la primera respuesta es ineficaz. En contraste, las personas con trastornos de la personalidad son tan rígidas que no pueden adaptarse a la realidad, lo cual debilita su capacidad operacional. Sus patrones desadaptados de pensamiento y comportamiento se hacen evidentes al principio de la edad adulta, frecuentemente antes, y tienden a durar toda la vida. Son personas propensas a tener problemas en sus relaciones sociales e interpersonales y en el trabajo.

Las personas con trastornos de la personalidad generalmente no son conscientes de que su comportamiento o sus patrones de pensamiento son inapropiados; por el contrario, a menudo creen que sus patrones son normales y correctos. Con frecuencia, los familiares o los asistentes sociales los envían a recibir ayuda psiquiátrica porque su comportamiento inadecuado causa dificultades a los demás. En cambio, la gente con trastornos por ansiedad se causa problemas a sí misma pero no a otros. Cuando las personas con trastornos de la personalidad buscan ayuda por sí mismas (frecuentemente, a causa de frustraciones), tienden a creer que sus problemas están causados por otras personas o por una situación particularmente difícil.

Los trastornos de la personalidad incluyen los siguientes tipos: paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, antisocial, límite, evitador, dependiente, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo. El trastorno de identidad disociativo, anteriormente llamado trastorno de personalidad múltiple, es un trastorno completamente diferente.

Personalidad paranoide

Las personas con una personalidad paranoide proyectan sus propios conflictos y hostilidades hacia otros. Son generalmente frías y distantes en sus relaciones. Tienden a encontrar intenciones hostiles y malévolas detrás de los actos triviales, inocentes o incluso positivos de otras personas y reaccionan con suspicacia a los cambios en las situaciones. A menudo, las suspicacias conducen a conductas agresivas o al rechazo por parte de los demás (resultados que parecen justificar sus sentimientos originales).

Los que tienen una personalidad paranoide frecuentemente intentan acciones legales contra otros, especialmente si se sienten indignados con razón. Son incapaces de ver su propio papel dentro de un conflicto. Aunque suelen trabajar en relativo aislamiento, pueden ser altamente eficientes y concienzudos.

A veces las personas que ya se sienten alienadas a causa de un defecto o una minusvalía (como la sordera) son más vulnerables a desarrollar ideas paranoides.

Personalidad esquizoide

Las personas con una personalidad esquizoide son introvertidas, ensimismadas y solitarias. Son emocionalmente frías y socialmente distantes. A menudo están absortas en sus propios

Posibles consecuencias de los trastornos de personalidad

- Las personas con graves trastornos de la personalidad tienen un alto riesgo de tener conductas que pueden traerles enfermedades físicas, como la adicción al alcohol o a las drogas; conducta autodestructiva; comportamientos sexuales de riesgo; hipochondría; y conflictos con los valores sociales.
- Las personas con trastornos de la personalidad son propensas a caer en procesos psiquiátricos como resultado del estrés; el tipo de trastorno psiquiátrico (por ejemplo ansiedad, depresión o psicosis) depende en parte del tipo de trastorno de personalidad.
- La gente con trastornos de personalidad es menos propensa a seguir la pauta de tratamiento prescrita; incluso cuando la siguen, hay menos probabilidad de que respondan a la medicación.
- Las personas con trastornos de la personalidad a menudo tienen una relación escasa con sus médicos porque renuncian a responsabilizarse de su conducta o se sienten altamente desconfiadas, dignas o necesitadas. Los médicos pueden entonces volverse culpabilizadores, desconfiados, y en última instancia rechazar a la persona.

pensamientos y sentimientos y son temerosas de la aproximación e intimidad con otros. Hablan poco, son dadas a soñar despiertas y prefieren la especulación teórica a la acción práctica. La fantasía es un modo frecuente de enfrentarse a la realidad.

Personalidad esquizotípica

Las personas con una personalidad esquizotípica, al igual que aquellas con una personalidad esquizoide, se encuentran social y emocionalmente aisladas. Además, desarrollan pensamientos, percepciones y comunicaciones insólitas. Aunque estas rarezas son similares a las de las personas con esquizofrenia, y aunque la personalidad esquizotípica se encuentra a veces en la gente con esquizofrenia antes de que desarrollen la enfermedad, la mayoría de los adultos con una personalidad esquizotípica no desarrolla esquizofrenia. Algunas personas muestran signos de pensamiento mágico (la idea de que una acción particular puede controlar algo que no tiene ninguna relación con ella). Por ejemplo, una persona puede creer que va a tener realmente mala suerte si pasa por debajo de una escalera o que puede causar daño a otros teniendo pensamientos de ira. La gente con una enfermedad esquizotípica puede tener también ideas paranoides.

Personalidad histriónica

Las personas con una personalidad histriónica (histérica) buscan de un modo notable llamar la atención y se comportan teatralmente. Sus maneras vivamente expresivas tienen como resultado el establecer relaciones con facilidad pero de un modo superficial. Las emociones a menudo aparecen exageradas, infantilizadas e ideadas para provocar la simpatía o la atención (con frecuencia erótica o sexual) de los otros. La persona con personalidad histriónica es proclive a los comportamientos sexualmente provocativos o a sexualizar las relaciones no sexuales. Pueden no querer en realidad una relación sexual; más bien, sus comportamientos seductores a menudo encubren su deseo de dependencia y de protección. Algunas personas con personalidad histriónica también son hipocondríacas y exageran sus problemas físicos para conseguir la atención que necesitan.

Personalidad narcisista

Las personas con una personalidad narcisista tienen un sentido de superioridad y una creencia exagerada en su propio valor o importancia, lo que los psiquiatras llaman “grandiosidad”. La persona con este tipo de personalidad puede ser extremadamente sensible al fracaso, a la derrota o a la crítica y, cuando se le enfrenta a un fracaso para comprobar la alta opinión de sí mismos, pueden ponerse fácilmente rabiosos o gravemente deprimidos. Como creen que son superiores en las relaciones con los otros, esperan ser admirados y, con frecuencia, sospechan que otros los envidian. Sienten que merecen que sus necesidades sean satisfechas sin demora y por ello explotan a otros, cuyas necesidades o creencias son consideradas menos importantes. Su comportamiento es a menudo ofensivo para otros, que les encuentran egocentristas, arrogantes o mezquinos.

Personalidad antisocial

Las personas con personalidad antisocial (en otro tiempo llamada psicopática o personalidad sociopática), la mayor parte de las cuales son hombres, muestran desprecio insensible por los derechos y los sentimientos de los demás. Explotan a otros para obtener beneficio material o gratificación personal (a diferencia de los narcisistas, que creen que son mejores que los otros). Característicamente, tales personas expresan sus conflictos impulsiva e irresponsablemente. Toleran mal la frustración y, en ocasiones, son hostiles o violentas. A pesar de los problemas o el daño que causan a otros por su comportamiento antisocial, típicamente no sienten remordimientos o culpabilidad. Al contrario, racionalizan cínicamente su comportamiento o culpan a otros. Sus relaciones están llenas de deshonestidades y de engaños. La frustración y el castigo raramente les ocasionan la modificación de sus conductas.

Las personas con personalidad antisocial son frecuentemente proclives al alcoholismo, a la

toxicomanía, a las desviaciones sexuales, a la promiscuidad y a ser encarceladas. Son propensas a fracasar en sus trabajos y a trasladarse de un sitio a otro. Frecuentemente tienen una historia familiar de comportamiento antisocial, abuso de sustancias, divorcio y abusos físicos. En su niñez, generalmente, fueron descuidados emocionalmente y con frecuencia sufrieron abusos físicos en sus años de formación. Tienen una esperanza de vida inferior a la media, pero entre los que sobreviven, esta situación tiende a disminuir o a estabilizarse con la edad.

Personalidad límite

Las personas con una personalidad límite, la mayor parte de las cuales son mujeres, son inestables en la percepción de su propia imagen, en su humor, en su comportamiento y en sus relaciones interpersonales (que a menudo son tormentosas e intensas). La personalidad límite se hace evidente al principio de la edad adulta pero la prevalencia disminuye con la edad. Estas personas han sido a menudo privadas de los cuidados necesarios durante la niñez. Consecuentemente se sienten vacías, furiosas y merecedoras de cuidados.

Cuando las personas con una personalidad límite se sienten cuidadas, se muestran solitarias y desvalidas, frecuentemente necesitando ayuda por su depresión, el abuso de sustancias tóxicas, las alteraciones del apetito y el maltrato recibido en el pasado. Sin embargo, cuando temen el abandono de la persona que las cuida, su humor cambia radicalmente. Con frecuencia muestran una cólera inapropiada e intensa, acompañada por cambios extremos en su visión del mundo, de sí mismas y de otras (cambiando del negro al blanco, del amor al odio o viceversa pero nunca a una posición neutra). Si se sienten abandonadas y solas pueden llegar a preguntarse si realmente existen (esto es, no se sienten reales). Pueden devenir desesperadamente impulsivas, implicándose en una promiscuidad o en un abuso de sustancias tóxicas. A veces pierden de tal modo el contacto con la realidad que tienen episodios breves de pensamiento psicótico, paranoia y alucinaciones.

Estas personas son vistas a menudo por los médicos de atención primaria; tienden a visitar con frecuencia al médico por crisis repetidas o quejas difusas pero no cumplen con las recomendaciones del tratamiento. Este trastorno es también el más frecuentemente tratado por los psiquiatras, porque las personas que lo presentan buscan incesantemente a alguien que cuide de ellas.

Personalidad evitadora

La gente con una personalidad evitadora es hipersensible al rechazo y teme comenzar relaciones o alguna otra cosa nueva por la posibilidad de rechazo o de decepción. Estas personas tienen un fuerte deseo de recibir afecto y de ser aceptadas. Sufren abiertamente por su aislamiento y falta de habilidad para relacionarse cómodamente con los otros. A diferencia de aquellas con una personalidad límite, las personas con una personalidad evitadora no responden con cólera al rechazo; en vez de eso, se presentan tímidas y retraídas. El trastorno de personalidad evitadora es similar a la fobia social.

Personalidad dependiente

Las personas con una personalidad dependiente transfieren las decisiones importantes y las responsabilidades a otros y permiten que las necesidades de aquellos de quienes dependen se antepongan a las propias. No tienen confianza en sí mismas y manifiestan una intensa inseguridad. A menudo se quejan de que no pueden tomar decisiones y de que no saben qué hacer o cómo hacerlo. Son reacias a expresar opiniones, aunque las tengan, porque temen ofender a la gente que necesitan. Las personas con otros trastornos de personalidad frecuentemente presentan aspectos de la personalidad dependiente, pero estos signos quedan generalmente encubiertos por la predominancia del otro trastorno. Algunos adultos con enfermedades prolongadas desarrollan personalidades dependientes.

Personalidad obsesivo-compulsiva

Las personas con personalidad obsesivo-compulsiva son formales, fiables, ordenadas y metódicas pero a menudo no pueden adaptarse a los cambios. Son cautos y analizan todos los aspectos de un problema, lo que dificulta la toma de decisiones. Aunque estos signos están en consonancia con los estándares culturales de occidente, los individuos con una personalidad obsesivo-compulsiva toman sus responsabilidades con tanta seriedad que no toleran los errores y prestan tanta atención a los detalles que no pueden llegar a completar sus tareas. Consecuentemente, estas personas pueden entretenerse en los medios para realizar una tarea y olvidar su objetivo. Sus responsabilidades les crean ansiedad y raramente encuentran satisfacción con sus logros.

Estas personas son frecuentemente grandes personalidades, en especial en las ciencias y otros campos intelectuales en donde el orden y la atención a los detalles son fundamentales. Sin embargo, pueden sentirse desligadas de sus sentimientos e incómodas con sus relaciones u otras situaciones que no controlan, con eventos impredecibles o cuando deben confiar en otros.

Personalidad pasiva-agresiva

Los comportamientos de una persona con una personalidad pasiva-agresiva (negativista) tienen como objetivo encubierto controlar o castigar a otros. El comportamiento pasivo-agresivo es con frecuencia expresado como demora, ineficiencia y malhumor. A menudo, los individuos con una personalidad pasiva-agresiva aceptan realizar tareas que en realidad no desean hacer y luego proceden a minar sutilmente la finalización de esas tareas. Ese comportamiento generalmente sirve para expresar una hostilidad oculta.

Diagnóstico

El médico basa el diagnóstico de un trastorno de la personalidad en la expresión por el sujeto de tipos de comportamiento o pensamientos desadaptados. Estos comportamientos tienden a manifestarse porque la persona se resiste tenazmente a cambiarlos a pesar de sus consecuencias desadaptadas.

Además, es probable que el médico perciba el uso inapropiado de la persona de mecanismo de enfrentamiento, a menudo llamados mecanismos de defensa. Aunque todo el mundo utiliza inconscientemente mecanismos de defensa, la persona con trastornos de la personalidad los usa de modo inapropiado o inmaduro.

Tratamiento

Aunque los tratamientos difieren de acuerdo con el tipo de trastorno de la personalidad, algunos principios generales se pueden aplicar a todos. La mayor parte de las personas con un trastorno de la personalidad no sienten la necesidad de tratamiento y, probablemente por esta razón, suelen acudir a la consulta acompañadas de otra persona. Generalmente el paciente puede responder al apoyo que se le presta, pero suele mantenerse firme en cuanto a los patrones de pensamiento y de comportamiento propios de su desadaptación. Generalmente, el apoyo es más eficaz cuando intervienen en él otros pacientes o un psicoterapeuta.

El terapeuta destaca repetidamente las consecuencias indeseables de la forma de pensar y de comportarse de la persona, algunas veces fija límites a este comportamiento y también repetidamente enfrenta a la persona con la realidad. Resulta útil y a menudo esencial la implicación de la familia de la persona afectada, puesto que la presión del grupo puede ser eficaz. Las terapias de grupo y familiares, vivir en grupo en residencias especializadas y la participación en clubes sociales terapéuticos o en grupos de autoayuda pueden ser útiles.

Estas personas a veces tienen ansiedad y depresión, que esperan aliviar con fármacos. Sin embargo, la ansiedad y la depresión que resultan de un trastorno de la personalidad son raramente aliviadas

con fármacos de modo satisfactorio y tales síntomas pueden indicar que la persona está realizando algún autoexamen saludable. Más aún, la terapia farmacológica se complica frecuentemente por el mal uso de los fármacos o por los intentos de suicidio. Si la persona padece otro trastorno psiquiátrico, como depresión mayor, fobia o trastorno por pánico, la toma de medicamentos puede resultar adecuada, aunque posiblemente producirán sólo un alivio limitado.

Cambiar una personalidad requiere mucho tiempo. Ningún tratamiento a corto plazo puede curar con éxito un trastorno de la personalidad pero ciertos cambios pueden conseguirse más rápidamente que otros. La temeridad, el aislamiento social, la ausencia de autoafirmación o los exabruptos temperamentales pueden responder a la terapia de modificación de la conducta. Sin embargo, la psicoterapia a largo plazo (terapia hablada), con el objetivo de ayudar a la persona a comprender las causas de su ansiedad y a reconocer su comportamiento desadaptado, es la clave de la mayoría de los tratamientos. Algunos tipos de trastornos de personalidad, como el narcisista o el obsesivo-compulsivo, pueden tratarse mejor con el psicoanálisis. Otros, como los tipos antisocial o paranoide, raramente responden a una terapia.



Trastorno Límite de la Personalidad - Borderline

"Trastorno límite de la personalidad" (*borderline personality disorder*) es, con toda seguridad, el concepto más desafortunado para denominar este trastorno. La denominación "límite" (*borderline*) es secuela histórica de cuando este trastorno se consideraba fronterizo entre las psicosis y las neurosis. En la clasificación CIE 10 se le denomina *trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad*, concepto que nos parece más afortunado y más descriptivo de lo que en realidad es este trastorno, si bien en esta y en otras ocasiones he defendido y propuesto otras denominaciones como Trastorno global de la personalidad, Trastorno generalizado de la personalidad, Trastorno mórbido de la personalidad o trastorno deteriorante de la personalidad.

Según investigaciones hemos llegado a la conclusión, y así lo he debatido en múltiples foros, como el trastorno límite de la personalidad sería el paradigma de todos los trastornos de la personalidad, así el mismo Kernberg habla de una estructura límite de la personalidad que sería la base de los posteriores diferentes trastornos, considerando pues que la patoplastia de cada uno de los diferentes trastornos sería una diferenciación biosocial del trastorno límite.

Epidemiología

Parece ser que afecta al 2% de la población, siendo dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. En poblaciones clínicas puede llegar a un 30%. En los familiares de primer grado de estos pacientes se ha observado una mayor prevalencia de trastornos depresivos y abuso de sustancias.

Manifestaciones clínicas

Se trata de un trastorno en el que aparece una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. Consiste en una inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen, de las relaciones interpersonales y del estado de ánimo. Hay una notable alteración de la identidad, que se manifiesta por incertidumbre ante temas vitales, como orientación sexual, objetivos a largo plazo, lo que les conduce a una sensación de vacío y aburrimiento. Pueden presentar manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Además de la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos con autolesiones y explosiones de violencia, comportamiento amenazante y chantajista, afectación de la imagen de sí mismos, con alteraciones de la conducta alimentaria, se implican en relaciones intensas e inestables, intentos y amenazas suicidas, sus relaciones interpersonales pasan de la idealización a la devaluación, es frecuente el abuso de sustancias psicoactivas como mecanismo de huida, frecuentes y rápidos cambios de humor, ideación paranoide transitoria, descompensaciones de tipo psicótico de presentación atípica y corta duración.

Según nuestra experiencia clínica hemos apostado por subdividir el denominado trastorno límite de la personalidad en cuatro subgrupos que recogerían las características Sintomáticas de cada uno de ellos facilitando así la orientación terapéutica.

Así pues tendríamos:

- *Subtipo psicótico o desrealizado*: Episodios esquizoides, psicóticos y/o disociativos. - Corta duración. - Evolución atípica. - Excesivamente llamativos. - Sin deterioro aparente ni residuo. - Estancamiento. - Simultaneidad de normalidad y anormalidad. - Tendencias místicas y esotéricas.
- *Subtipo descontrol de impulsos*: Muchos antecedentes familiares. - Inicio temprano. - Onicofagia, piromanía. - Trastornos de conducta alimentaria. - Adicciones comportamentales. - Autolesiones. - Consumo de drogas y alcohol. - Acciones violentas (trastorno explosivo intermitente).
- *Subtipo hipotímico*: Bajo estado de ánimo. - Tono esquizoafectivo. - Sintomatología depresiva. - Inicio tardío. - Baja autoestima. - Sentimientos de culpa. - Labilidad emocional. - Desesperanza. - Episodios disfóricos no maníacos.
- *Subtipo distocia del Yo*: Aparatosidad. - Egoatría. - Afán de protagonismo. - Tendencias manipuladoras. - Tendencias seductoras. - Tentativas autolíticas claramente chantajistas. - Nula resistencia a la frustración. - Euforia superficial.

Diagnostico diferencial

La diferenciación respecto a la esquizofrenia y a otros trastornos psicóticos se fundamenta en la breve duración de los episodios psicóticos. Hay que tener en cuenta la gran comorbilidad que este trastorno tiene con el resto de los trastornos de la personalidad, así como con otros trastornos psiquiátricos, en estudios realizados por nosotros apreciamos como la dificultad diagnóstica es manifiesta ya que estos pacientes, hasta que son diagnosticados de trastorno de personalidad han recibido un promedio de 8 diagnósticos diferentes.

Curso y pronóstico

El trastorno es estable a lo largo del tiempo, se aprecian mejorías según el paciente llega a los 35-40 años. Un porcentaje significativo llega al suicidio cuando el trastorno se asocia a enfermedad depresiva. el deterioro de sus relaciones interpersonales y la inestabilidad emocional le llevan a un aislamiento y en muchas ocasiones su falta de control de impulsos y su abuso de sustancias han implicado contactos con la justicia.

Tratamiento

Psicoterapia, - Será de utilidad la de orientación dinámica siempre que sea focalizada en el aquí y ahora, evitando la regresión y las interpretaciones profundas del inconsciente. La terapia cognitiva ayudara a su control de impulsos y el entrenamiento en habilidades sociales mejorara la relación interpersonal.

Farmacoterapia.- En función de la sintomatología que predomine será conveniente la aplicación de diversos fármacos así para los episodios psicóticos serán interesantes los antipsicóticos atípicos a dosis bajas siendo el mas contrastado la Risperidona. Los anticomiciales como la carbamacepina y mas recientemente la gabapentina. La naltrexona para la mejora del control de impulsos y los serotoninérgicos y la venlafaxina para los episodios depresivos.

Hospitalización.- Se ha comprobado como el ambiente protector de un medio hospitalario con ingresos de duración media (2 meses) y con un abordaje terapéutico que determinamos en llamar inmersión terapéutica, mediante la aplicación de diversas técnicas psicoterapéuticas, grupales, psicofarmacológicas, ocupacionales, etc.

Posteriormente el paciente puede ser derivado a recursos tipo comunidad terapéutica con ingresos de larga duración o ser insertado en centros de día siendo de interés la aplicación de técnicas cognitivas como la terapia de conducta dialéctica de M. Linehan.



Patología Dual

La patología dual es un diagnóstico que hoy en día, a pesar de la frecuencia con la que se está tratando, no está reconocido en los manuales diagnósticos DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ni en el CIE (Clasificación Internacional de las Enfermedades)

Recordemos que ambos surgieron de la necesidad de clasificar las enfermedades mentales, por tanto, es de esperar que en un futuro no muy lejano, el diagnóstico dual se incorpore a dichos manuales como un todo abordable, a través de los tratamientos que en la actualidad se están llevando a cabo y que servirán para encontrar otros más acordes con la complejidad que en sí mismo conlleva su diagnóstico.

Pero cuando hablamos de tratamientos, no sólo nos debemos centrar en el conjunto de técnicas, metodologías y estrategias que los profesionales de la sanidad y de los servicios sociales ponen en práctica, sino que deberíamos tener en cuenta los recursos físicos con los que se cuenta en nuestra comunidad para poder hacer frente a esta problemática.

La Asociación Dual define la Patología Dual como la “*Asociación Cruzada de dos situaciones clínicas: la presencia de un trastorno mental por un lado y, por otro, la existencia de un problema de drogas*”.

El término Asociación Cruzada hace referencia al cruce entre ambos ejes, la droga y la psicopatología. Sin embargo, la dificultad existe en que, hoy por hoy, es extremadamente complejo delimitar cual de los dos ha influenciado para que el otro aparezca.

Para esto, se tendría que hacer un análisis exhaustivo de toda la vida de la persona con dicho

diagnóstico y su utilidad sería, con todo, intentar acercarse a los interrogantes de esta no tan reciente patología.

Cada vez resulta más frecuente encontrar en la clínica trastornos psiquiátricos asociados al consumo de drogas, siendo más frecuente en adictos que en la población general. Muchas veces, la sintomatología que produce un TUSP puede ocultar un trastorno mental asociado.

En patología dual podemos encontrar diversos trastornos:

- Trastornos psicóticos
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de la personalidad

La atención a la patología dual es complicada, no sólo por la necesaria formación técnica que se exige sino por la actitud, implicación y compromiso que necesitan los profesionales para asistir a este tipo de personas con enfermedad mental.

Encontramos una serie de semejanzas o similitudes entre los trastornos relacionados con uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos.

- Se trata de trastornos crónicos, progresivos y que cursan con recaídas.
- La sintomatología incluye falta de control conductual y emocional; pueden encontrarse conductas erráticas y bizarras.
- Es común la negación de enfermedad. El reconocimiento de la misma puede ocasionar sentimientos de desesperanza, fracaso y vergüenza.

Respecto a la causa del proceso:

Las enfermedades mentales y el consumo de drogas están muy frecuentemente interrelacionados. Sea por inducción (el consumo de drogas induce a la enfermedad mental o viceversa), por desencadenamiento (el consumo de drogas desencadena la enfermedad mental o viceversa), por recaída (el consumo de drogas provoca la recidiva de la enfermedad mental o viceversa) o por agravamiento (el consumo de drogas agrava la enfermedad mental o viceversa), el caso es que el abuso de drogas condiciona con frecuencia trastornos mentales.

Alrededor del 50% de los enfermos mentales consumen drogas en algún momento y un buen número de drogodependientes padecen trastornos mentales.

Es difícil definir en cada caso qué es lo primero y qué es la consecuencia pero, con el paso del tiempo, es decir, cuando se padecen estas alteraciones durante años, que es en el momento en que asistimos a la mayoría de estos pacientes, es exactamente igual y esa disyuntiva no tiene interés.

Finalmente cabe hacer dos consideraciones que sintetizan la importancia de la patología dual:

- Los pacientes con patología dual tienen peor ajuste social y función psicológica, mayor número de hospitalizaciones, mayor presencia de conducta violenta o ilegal, ideación o conducta suicida, peor cumplimiento terapéutico y mayores dificultades de acceso a la red asistencial que los que solo sufren de abuso de sustancias u otro trastorno psiquiátrico.
- La detección y el tratamiento precoz lleva a un mejor pronóstico de la patología dual.

Riesgo para trastornos por uso de drogas según patología psiquiátrica

El estudio ECA realizado por Regier y cols mostró la elevada comorbilidad entre trastornos relacionados con consumo de sustancias y trastornos psiquiátricos.

En drogodependientes aumenta 4 veces el riesgo de padecer otro trastorno mental.

En los cocainómanos aumenta a 11 veces.

Las personas con un trastorno mental tienen 4,5 veces más riesgo de presentar trastornos por uso de drogas.

Desde otra perspectiva, si la prevalencia/vida del TUSP en la población general es de un 16,7%, entre los TP es de un 84%, en los trastornos esquizofrénicos es de un 47%, entre los trastornos afectivos de un 32% y de un 23% en los trastornos de ansiedad.

Se observan por tanto, asociaciones repetidas de una serie de cuadros psiquiátricos:

1. TP + TUSP

Los Trastornos de personalidad constituyen la patología comórbida más prevalente y problemática en su manejo.

Algunos autores hablan de “cambios de personalidad” que tienen lugar en sujetos con adicciones. Ya que tendrían lugar una serie de cambios explorables a través de los síntomas diana que parecen estar más relacionados con procesos biológicos:

- Distorsión cognitiva de la vivencia de realidad.
- Dificultad para controlar impulsos (drogas y otros...).
- Inestabilidad afectiva con reacciones excesivas ante distintos acontecimientos.
- Ansiedad que condiciona el comportamiento ante situaciones diversas.

Verheul explica esta comorbilidad debido a que los TP están en la raíz de la etiología del TUSP por una triple vía:

- la propensión a la desinhibición del comportamiento
- a la búsqueda de sensaciones
- a la tendencia a la reducción del estrés
- a la mayor sensibilidad a la recompensa

Hay por tanto evidencia epidemiológica que señala la elevada comorbilidad entre TP y TUSP con prevalencias entre el 37% y el 74% según los diferentes estudios.

2. TUSP + T. de Ansiedad

El motivo principal de consulta en este cuadro de patología dual son los cuadros de ansiedad, nos encontramos con situaciones en las que las drogas han llevado a la ansiedad o en las que la ansiedad conduce a las drogas. Es una situación compatible tanto con los trastornos de ansiedad como con los de personalidad, afectivos o psicóticos.

3. TUSP + Trastornos Afectivos

En general podemos encontrarlos en la intoxicación por opiáceos, inhalantes, alucinógenos o

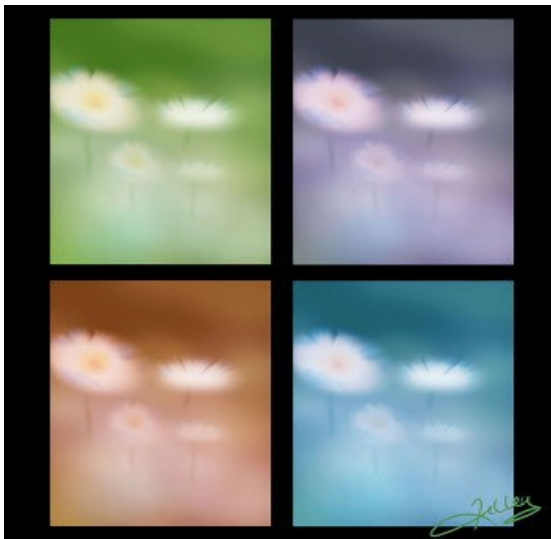
fenciclidina y tanto en la intoxicación como en la abstinencia por alcohol, cocaína, anfetaminas y benzodiacepinas.

Se han asociado frecuentemente con el consumo crónico de cocaína, el 20% de estos cuadros son trastornos bipolares.

4. TUSP + Trastornos Psicóticos

Algunos datos epidemiológicos que resaltan la importancia del diagnóstico en patología dual son:

- En el estudio ECA se encontró que el 47% de los pacientes con esquizofrenia eran consumidores de sustancias adictivas.
- En el Trastorno Bipolar I el 60,7% de los pacientes presentaban adicciones.



Indicaciones de hospitalización

La evolución de la psiquiatría en este siglo ha transformado una asistencia psiquiátrica asilar, centrada en el internamiento y en el manicomio, en otra centrada en la comunidad. En la psiquiatría comunitaria se pretende que la hospitalización sólo sea necesaria por periodos de duración limitada, en circunstancias concretas, y siempre encuadrada en un abordaje terapéutico y un programa asistencial amplio que trate

de evitar la institucionalización de los pacientes psiquiátricos crónicos y graves.

Indicaciones de hospitalización en unidades de agudos

El psiquiatra que atiende a un paciente con regularidad o, en su defecto, el que atiende la urgencia hospitalaria ha de decidir acerca de la necesidad de ingresar a un paciente dado en una Unidad de Agudos. En todos los casos se ha de comunicar razonadamente al paciente (si esta en condiciones de comprender) esta decisión y las condiciones clínicas y legales en las que tiene lugar.

La hospitalización de pacientes psiquiátricos en Unidades de Agudos suele estar indicada en las siguientes circunstancias:

Conducta suicida

La decisión de ingresar o no al paciente depende, por lo general de tres factores:

- Riesgo suicida del paciente en un futuro inmediato.
- Necesidad de tratamiento de la enfermedad psiquiátrica de base.
- Repercusión médico-quirúrgica de un intento de suicidio ya llevado a cabo.

Entre los suicidas se suelen ingresar:

- Pacientes con actividad psicótica.
- Pacientes bajo la influencia de drogas, especialmente alucinógenos.
- Pacientes que, tras el intento autolítico, carecen de soporte familiar ni social.

- Pacientes que, tras el intento autolítico, mantienen ideación o intención suicida o; sintomatología depresiva grave.

Agitación psicomotriz

Criterios de ingreso:

- Presencia de elemento crítico o factor somático que actúa como causa de la agitación y no se puede controlar ambulatoriamente.
- Agitación psicótica, especialmente en casos de esquizofrenia o manía, en los que la familia no puede controlar al paciente. Ocasionalmente puede intentarse el control ambulatorio de alguno de estos casos si la familia puede aceptar la responsabilidad de control de la medicación y de la conducta del enfermo, y se puede ofrecer seguimiento ambulatorio próximo.

Síndrome de abstinencia alcohólica

El ingreso en este caso suele llevarse a cabo en otros servicios hospitalarios diferentes al de psiquiatría y los psiquiatras del hospital suelen atender los problemas de conducta de estos pacientes como consultores de los respectivos servicios. Los criterios recomendados de hospitalización en estos casos son:

- Delirium Tremens (desorientación, alucinaciones visuales y agitación)
- Alucinosis (alucinaciones auditivas sin desorientación)
- Convulsiones en paciente no epiléptico.
- Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff (confusión, alteración de la marcha, parálisis ocular).
- Fiebre superior a 38,5°.
- Traumatismo craneal con pérdida de conciencia.
- Disminución del nivel de vigilia.
- Enfermedades médicas (insuficiencia respiratoria, descompensación hepática, pancreatitis, hemorragia gastrointestinal, desnutrición, etc).
- Antecedentes de delirium, psicosis o convulsiones en cuadros de abstinencia alcohólica.
- Rechazo de la alimentación hasta el punto de poner en riesgo la salud
- Cualquier trastorno psiquiátrico que suponga riesgo físico incontrolable para un tercero
- Necesidad de terapia electroconvulsiva (TEC)
- Trastorno de personalidad severo y descompensado que interfiere con las funciones del paciente
- Muchas otras circunstancias clínicamente graves en las que el tratamiento no puede ser iniciado o dirigido de manera ambulatoria.

Fuentes de información:

<http://blognutricion.com/2008/12/04/sindrome-del-comedor-selectivo/>

http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art31002

<http://webs.ono.com/trlipe/quees.html>

<http://salud.discapnet.es/CASTELLANO/SALUD/GUIAS%20DE%20SALUD/GUIA%20SOBRE%20SALUD%20MENTAL/Paginas/Gua%20sobre%20salud%20mental.aspx>

http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_alimentario#Otros_Trastornos

<http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Guias%20de%20Salud/Guia%20sobre%20salud%20mental/Paginas/Gua%20sobre%20salud%20mental.aspx5>

http://es.wikipedia.org/wiki/Dismorfia_muscular

<http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2005/04/25/141450.php?page=4>

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4° edition (DSM-IV TR), American Psychiatric Association. American Psychiatric Press, 2000.
- Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 9° edition. Lippincott Williams & Wilkins Press, 2003.

http://www.saludmental.info/Secciones/rehabilitacion/2007/enfermedad_dual_enfermedad_mental_drogas_abril07.htm

<http://ayudadiccion.blogspot.com/2009/03/patologia-dual.html>