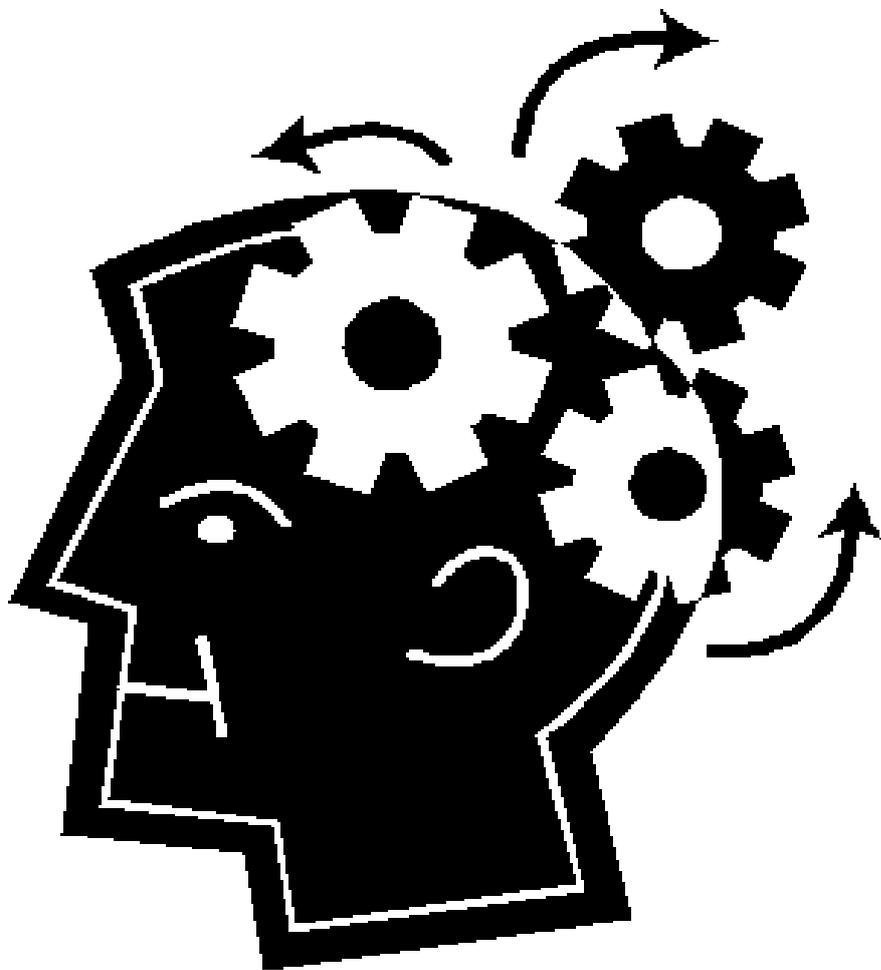


ENFERMERIA PSIQUIATRICA Y SALUD MENTAL



TEMA 1. INTRODUCCIÓN Y GENERALIDADES

1. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SALUD MENTAL.

La O.M.S., en su acta de constitución, definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. De ahí se deduce que el ser humano debe establecer unos adecuados sistemas de adaptación a su entorno y evitar, en la medida de lo posible, que las variaciones que se produzcan en su ecosistema le afecten. Por tanto, si ambiente y ecosistema son un conjunto de procesos dinámicos, también lo será la salud. Si consideramos al hombre como un ser sometido a una serie de influencias biopsicosociales, se puede inferir que su estado de salud será el óptimo cuando existan un equilibrio y armonía adecuados entre los tres aspectos citados.

Podemos definir la salud en general, y la salud mental en particular, como un proceso en el que el individuo pueda:

1. **Interactuar** satisfactoriamente con sus semejantes.
2. Conocer bien su **ambiente** (ventajas e inconvenientes), con el propósito de contribuir a su mejora jugando un papel activo y productivo.
3. Identificar y asumir un papel social específico capaz de potenciar su **personalidad**, para solventar satisfactoriamente los conflictos y tensiones que le vayan surgiendo.
4. Conseguir una **adaptación** flexible a su medio y al conjunto de influencias e interacciones que ello comporta.

2. SALUD MENTAL: INFORME EPIDEMIOLÓGICO DE LA O.M.S.

En la elaboración de los programas de Salud Mental la O.M.S. ha llegado a las siguientes conclusiones epidemiológicas:

- ❖ El 10% (500 millones) de la población mundial sufre un trastorno mental en algún momento de su vida.
- ❖ El 1% (50 millones) de la población mundial padece en estos momentos una enfermedad mental grave.
- ❖ El 50% de los pacientes que acuden a una consulta de Medicina General padecen primaria o secundariamente problemas mentales.
- ❖ El 50% de las camas hospitalarias en los países con servicios sanitarios desarrollados están ocupadas por enfermos mentales, a pesar de la tendencia

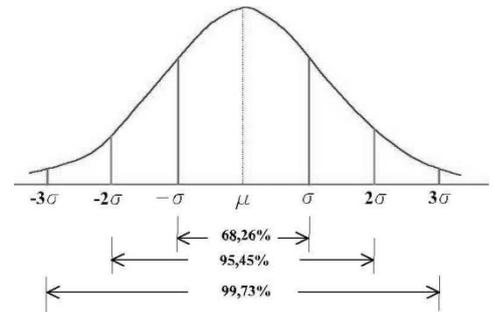
progresiva a tratar a estos pacientes en su medio familiar y a la eficacia de los modernos tratamientos farmacológicos.

3. CONCEPTOS DE NORMALIDAD Y ANORMALIDAD

En principio, los conceptos de normalidad y anormalidad pertenecen al ámbito estadístico, en concreto a la teoría de probabilidades y a las distribuciones consideradas estadísticamente **normales**.

En este sentido, se considerarán normales aquellas conductas que se agrupan en torno a la media de la distribución, siendo anormales aquellas que se desvíen de la media, tanto en sentido

positivo como negativo, siendo más anormales cuanto mayor sea su desviación.



No obstante, la normalidad o anormalidad de una conducta es algo menos preciso, en cuanto que una conducta puede ser normal en un contexto o grupo y anormal en otros. Así, para valorar si una conducta es normal o anormal será necesario considerar todas las variables que la circundan, tanto las propias de la persona, como las del entorno social, cultura, etc.

4. TEORÍAS SOBRE LA ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO MENTAL

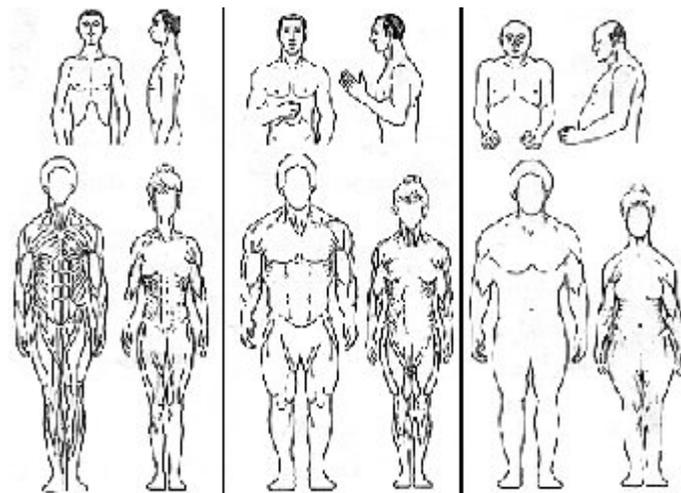
Todo individuo es la consecuencia de la interacción entre la herencia biológica específica (carga genética) y el entorno en el que vive. Dentro de este complejo proceso interactivo en el que está inmerso el individuo, es evidente que las causas de un trastorno cualquiera son infinitas. No obstante, tradicionalmente, se ha intentado dar una explicación etiológica del trastorno mental, a la luz de distintos enfoques:

4.1 ENFOQUE GENÉTICO

Según la teoría genetista, las conductas humanas están determinadas por la carga genética heredada por el individuo. Las teorías de Darwin demostraron que las características genéticas son la consecuencia de mutaciones aleatorias, cuya transmisión está condicionada por su éxito adaptativo. De este modo, la gran mayoría de las mutaciones que se producen no son adaptativas y, por tanto, no se transmiten. Según este planteamiento evolucionista, el principio básico de la vida es la supervivencia y, para esta supervivencia han de generarse mecanismos y

características que permitan adaptarse al medio. Estos mecanismos y características, en la medida en que son útiles para la supervivencia, se convertirán en hereditarios.

Dentro del enfoque genético de los trastornos mentales surge la teoría degenerativa, que consideraba el trastorno como consecuencia de una transmisión hereditaria que daba lugar a una predisposición siempre latente. Más adelante se estudió la influencia de la constitución física en los trastornos mentales. Kretschmer, en 1936, fue el primero en trabajar este campo, distinguiendo entre tipos asténicos, pícnicos y atléticos. En los primeros habría una propensión a la enfermedad maniaco-depresiva; en los segundos aparecería una mayor tendencia a la esquizofrenia, mientras que entre los atléticos predominarían las epilepsias.



4.2 ENFOQUE BIOLOGISTA

El enfoque biologista centra la explicación sobre la etiología del trastorno mental en alteraciones de la neurotransmisión. De esta manera, los cambios bioquímicos localizados a nivel de aminas biógenas y neurotransmisores cerebrales, serán, en definitiva, los causantes de la alteración mental. Dentro de un enfoque biologista se postula, últimamente, la hipótesis de que ciertas alteraciones se producen a partir de virus que se activan en determinadas condiciones.

4.3 ENFOQUE AMBIENTALISTA

Desde el enfoque ambientalista se defiende la idea de que el trastorno mental está determinado por factores ambientales que inciden sobre el individuo. El ser humano va a enfermar dentro de un contexto psicosocial y cultural con el que interactuará doblemente: primero, asumiendo sus influencias que serán causa necesaria del proceso de enfermar, y después, ya como enfermo, desestabilizando el medio

ambiente siendo fuente de tensiones al alterar el sistema. En los años 70 aparece una variante de este enfoque ambientalista que se conocerá con el nombre de **antipsiquiatría**. Según este enfoque, el trastorno no está en el individuo sino en el ambiente, siendo, por tanto, este ambiente el que debe ser tratado y modificado.

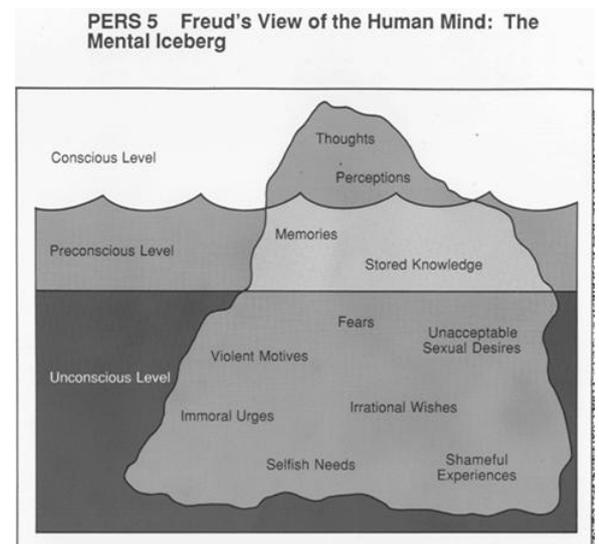
5. LAS GRANDES TEORIAS PSICOLOGICAS DEL SIGLO XX

5.1 LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

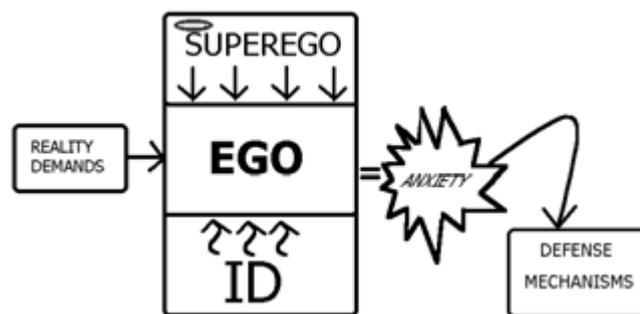
Sigmund Freud, el padre del psicoanálisis, nace en Moravia (entonces Austria), en 1856. Su familia, de comerciantes judíos, se instala en Viena en 1860. En esta ciudad inicia los estudios de medicina en 1873. Dedicado en principio a la investigación anatómico-histológica, se inicia en la psiquiatría y neuropatología al conseguir una beca para trabajar durante un año en París junto a Charcot, máxima autoridad por entonces de la neurología. En el Hospital de la Salpêtrière se iniciará en las técnicas hipnóticas y sugestivas que, de vuelta a Viena, le servirán para iniciar sus terapias que derivarán en el descubrimiento del psicoanálisis.

Posteriormente, hacia 1896, Freud abandona totalmente los métodos sugestivos y adopta definitivamente la **asociación libre**, técnica básica del método psicoanalítico. Freud pedía a sus pacientes que se concentraran en un síntoma y les apremiaba a verbalizar todo lo que les surgiese espontáneamente sobre él.

En 1900 Freud publica **La interpretación de los sueños**, su obra cumbre, donde expone lo que se llamó "primera tópica" (inconsciente, preconscious y consciente), con un análisis exhaustivo del funcionamiento y mecanismos del inconsciente. El inconsciente freudiano es la sede de las pulsiones. La pulsión es un principio energético que está en la base de toda actividad y posibilita el deseo. El inconsciente de gobierna por el principio del placer y se manifiesta de múltiples maneras: asociaciones libres, actos fallidos, sueños...



En 1923, Freud formula la llamada "segunda tópica" freudiana: **Yo, Superyó y Ello**, como estructuras fundamentales de la personalidad. Según esta segunda tópica, el **Ello**, de donde emanan todas las pulsiones instintivas, se gobierna por el principio del placer y busca la satisfacción del instinto. El **Superyó** es la instancia moral y normativa, que se forma por diferenciación a partir del **Yo** según un proceso que interioriza las fuerzas censoras experimentadas en el curso del proceso de socialización. El **Yo** armoniza las pulsiones del **Ello** con la fuerza censora del **Superyó**, siendo la fuente de las conductas verbales socializadas. La actividad del **Yo** puede ser consciente (percepción, procesos intelectuales...) o inconsciente (mecanismos de defensa). Según la teoría psicoanalítica, el trastorno psicológico (neurosis) se manifiesta cuando el desequilibrio entre las demandas instintivas del **Ello** y la fuerza censora del **Superyó** desestructura el equilibrio del **Yo**, produciendo el conflicto.



Según el propio Freud, el término **Psicoanálisis** designa tres cosas:

1. Un método de investigación y análisis de ciertos procesos mentales, inaccesibles por cualquier otro método.
2. Una técnica de tratamiento de los trastornos neuróticos, que pretende liberar al Yo de aquellas trabas que le impiden funcionar en la plenitud de sus facultades.
3. Un cuerpo de saber psicológico, que pretende constituir una teoría científica de la actividad psíquica.

5.2 LA TEORÍA CONDUCTISTA

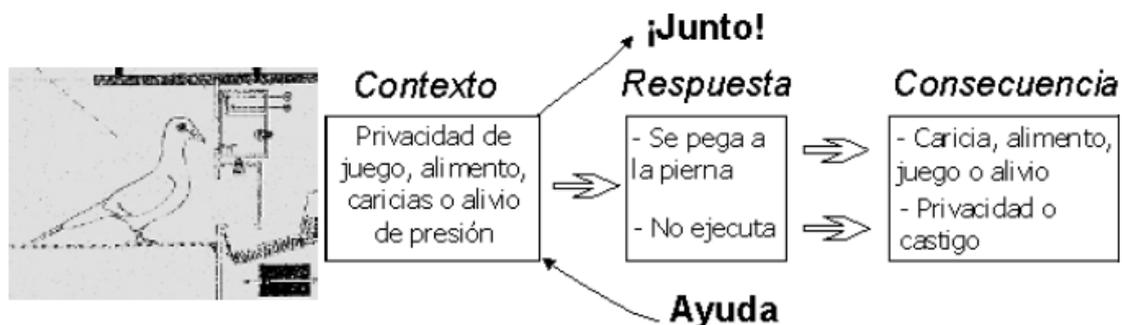
El fundador y promotor de la teoría conductista fue americano **John B. Watson** (1878-1958). Watson, que comenzó su actividad profesional en el campo de la experimentación animal, enlaza con los trabajos de Pavlov (condicionamiento) y de Thorndike (Ley del efecto) para definir la conducta humana como "respuestas o ajustes de un organismo a ciertos sucesos antecedentes, que pueden ser estímulos o

situaciones de estímulo". Según esto, la metodología conductista se basará en el estudio de la conducta observable, como tema fundamental; su método va a ser enteramente objetivo y su problema central va a ser la predicción y el control, siguiendo los métodos del condicionamiento pavloviano.

Manifiesto Conductista:

"Denme una docena de infantes saludables, bien formados y mi propio mundo específico para criarlos, y les garantizo que, escogiendo a cualquiera de ellos al azar, puedo entrenarlo para convertirlo en cualquier tipo de especialista que quisiera elegir: médico, abogado, artista, comerciante e, incluso, mendigo o ladrón, independientemente de sus talentos, aficiones, tendencias, habilidades, vocaciones o etnia de sus antepasados"

El conductismo primario y extremista de Watson es hoy día poco más que un tema histórico. Cada vez más, las tendencias que podríamos denominar **neoconductistas** han ido aceptando la intervención de variables intervinientes entre los estímulos y las conductas, aunque, generalmente, negando la posibilidad de su control. Dentro de este neoconductismo, **B.F Skinner** (1904-1982), es el teórico más conocido y más vigente en la actualidad. Skinner es un empirista absoluto que defiende las nociones de "organismo vacío" y de "caja negra", asumiendo la conducta en términos E - R como único nivel de competencia de las Ciencias de la Conducta.



Skinner ha elaborado una teoría del aprendizaje (condicionamiento operante) que se basa en el condicionamiento y fijación de una conducta en función de las consecuencias que de ella se derivan. Este tipo de aprendizaje, junto con el llamado "condicionamiento clásico o pavloviano", que describe las conductas condicionadas por asociación, constituyen en la actualidad, la base de las terapias conductistas para extinguir conductas indeseables o fijar conductas deseables (modificación de conducta).

6. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD MENTAL

Desde tiempos ancestrales, la enfermedad mental se consideró como consecuencia de posesiones de espíritus, transgresión de tabúes, pérdida de sustancia corporal, etc. Con estas personas se usaban encantamientos y exorcismos practicados por brujos y sacerdotes.

En el **período clásico**, Hipócrates atribuye la enfermedad mental al desequilibrio entre los cuatro líquidos del organismo: sangre, bilis blanca, bilis negra y flema. Se intenta aplicar métodos terapéuticos basados en la interpretación de los sueños y en ceremonias de purificación. En el **período medieval**, la enfermedad mental se consideraba una posesión demoníaca del espíritu. En consecuencia el método de curación más efectivo será la tortura y la hoguera.

A partir del **siglo XIV**, las órdenes monásticas son las primeras en habilitar instituciones donde poder mantener a estos enfermos. Sin medios ni métodos terapéuticos, estos centros serán, en la práctica, verdaderas prisiones donde mantener a estas personas aisladas de la sociedad.

A principios del **siglo XIX**, Philippe Pinel (1745-1826), director del nosocomio de Becêtre, lleva a cabo en su institución la llamada "liberación de las cadenas", consiguiendo que los enfermos mentales no estuviesen encadenados. Pinel inicia un intento de cientificación de la Psiquiatría y aboga por su consideración como disciplina separada de la Medicina. En la actualidad se admite que las prácticas de Pinel con los enfermos mentales constituyeron el primer intento de fundar una psicoterapia individual. Será a partir de Pinel cuando cambie la visión social del enfermo mental y comience a verse a estas personas como a enfermos, con unos derechos y con la necesidad de un tratamiento digno. Sobre el **año 1892** se comienza a propugnar la aplicación del método científico a la Psiquiatría y se inicia la experimentación de algunos fármacos en el tratamiento de los trastornos mentales.

7. LA FUNCIÓN DE ENFERMERÍA

Desde el momento en que se procede al aislamiento del enfermo mental, va a ser necesario proceder, más que a su cuidado, a su vigilancia y contención. En este sentido, no se precisarán personas con una formación y conocimientos, sino con aptitudes físicas para poder actuar ante las conductas violentas o agresivas que pudieran producirse. Estas consideraciones han permanecido a lo largo de la historia,

de manera que se ha asimilado popularmente la figura del “enfermero psiquiátrico” a una persona sólo capaz de utilizar su impresionante fortaleza física en la contención del enfermo indócil o violento.

Evidentemente, la concepción actual de la Salud Mental y del papel de enfermería, está contribuyendo a superar estos estereotipos, al menos desde el punto de vista del profesional. El papel de enfermería, tanto en la asistencia al enfermo institucionalizado, como en la asistencia primaria, sólo podemos entenderlo hoy desde el marco de una concepción holística de la persona, atendiendo a sus necesidades de una forma integral.

8. ALGUNAS FECHAS IMPORTANTES EN LA EVOLUCIÓN DE LA SALUD MENTAL

- ❖ **1904-1939.** Difusión de las teorías psicoanalíticas de Freud
- ❖ **1913.** Watson publica su Manifiesto Conductista
- ❖ **1920.** Utilización del Somnifen en terapias de sueño
- ❖ **1933.** Sakel introduce la Insulinoterapia (coma insulínico)
- ❖ **1938.** Cerletti y Bini introducen la T.E.C. (Terapia Electroconvulsiva)
- ❖ **1949.** Cade comienza a utilizar las sales de litio en pacientes maníacos
- ❖ **1952.** Charpentier descubre la Clorpromacina (Largactil®)
- ❖ **1952.** Aparece la primera edición del DSM-I de la APA
- ❖ **1957.** Se sintetiza la primera benzodiazepina: Clordiazepóxido (Librium®)
- ❖ **1958.** Aparece el Haloperidol
- ❖ **1963.** Aparece el Diazepam (Valium®)

9. INDICADORES DE SALUD MENTAL

Según el Pla de Salut de Catalunya, los trastornos mentales son una de las condiciones que causan más sufrimiento e incapacidad en la población. En su mayor parte presentan un curso crónico que se traduce en una carga grave para el individuo que padece el problema, para la familia y para la comunidad.

A partir de los estudios efectuados, se evidencia que los problemas de salud mental se sitúan entre los primeros motivos de consulta. En la población adulta, los trastornos mentales suponen el 5,8% del total de consultas. Si se consideran conjuntamente la ansiedad y la depresión, estos problemas constituyen las dos terceras partes de las consultas por trastornos mentales en ambos sexos. Es la **población femenina**, en

especial a partir de la tercera década de la vida, la que presenta más demanda de atención por estos motivos.

Se calcula que el 25% de la población padecerá un **trastorno mental** a lo largo de su vida. De ellos, un 22% padecerá un **trastorno de ansiedad o de depresión**. Por lo que atañe a las patologías que llegan a los servicios especializados de salud mental, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, el grupo patológico más prevalente y el que presenta más problemática a nivel sanitario y social, es el de las **psicosis** y, dentro de éstas, las **psicosis afectivas** (manía, depresión y trastorno bipolar).

Destacan los **cuadros esquizofrénicos** por su malignidad evolutiva y el alto grado de incapacidad que provocan. Se ha observado que la esquizofrenia se da con mucha más frecuencia en ambientes deprimidos y desestructurados. Se calcula que un 1% de la población padecerá un trastorno esquizofrénico a lo largo de su vida.

Se calcula que la población menor de 20 años tiene el doble de probabilidades que sus padres y el triple que sus abuelos de padecer una **depresión**. Entre la población juvenil se asocia el trastorno mental con las toxicomanías, el alcohol, la violencia y el vandalismo.

En cuanto al **suicidio**, el análisis de la mortalidad por esta causa evidencia una tendencia al aumento en los grupos de edad extremos (15-24 y mayores de 74 años) y una mayor incidencia en el sexo masculino. El porcentaje de suicidios se sitúa en un 7,5/100.000. La magnitud de los problemas de salud mental incide en los datos del consumo farmacéutico. Los antidepresivos y los ansiolíticos aparecen entre los grupos farmacológicos más prescritos.

TEMA 2. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL TRASTORNO MENTAL

Uno de los aspectos más importantes del trabajo de enfermería en salud mental es la utilización sistemática y metodológica de la observación. La observación se centrará, de entrada, en los aspectos de la comunicación que establece la persona, atendiendo a todo aquello que comprende el lenguaje no verbal y el lenguaje verbal.

1. LENGUAJE NO VERBAL

El **lenguaje no verbal** constituye un aspecto fundamental para hacer una primera valoración de la persona y establecer contacto con ella. Una observación minuciosa de esta comunicación no verbal, en ocasiones, nos permitirá advertir contradicciones con aquello que la persona afirma verbalmente. En el **estudio de las formas de comunicación no verbal** utilizadas por el hombre, los investigadores han definido tres conceptos: la proxémica, la kinésica y la paralingüística.

- ❖ **Proxémica** → es el estudio de las formas como el hombre utiliza y estructura inconscientemente el microespacio, atendiendo, sobretodo, a la distancia que se establece con los demás en el proceso de interacción.
- ❖ **Kinésica** → estudia los movimientos corporales como forma de comunicación no verbal. Incluye movimientos de vaivén del tronco, movimientos de la cabeza, gesticulación, automanipulación (parte del cuerpo en contacto con otra), movimientos de piernas y pies...
- ❖ **Paralingüística** → atiende a todo aquel conjunto de emisiones sonoras, cualidades de la voz, intensidad, tono, pausas, sonidos no articulados..., que acompañan al habla y sirven como moduladores o intensificadores de su contenido. La observación y evaluación del lenguaje no verbal deberá tener en cuenta todos estos aspectos, valorando la apariencia general de la persona y la impresión física y emocional que transmite, incluyendo su postura, comportamiento, salud física aparente, aseo, expresión facial, adecuación del vestir, limpieza...

2. LENGUAJE VERBAL

El **lenguaje verbal** debe considerarse como un producto social y forma parte de las señales aprendidas que permiten la comunicación entre los seres humanos. Aunque existe cierta controversia en cuanto a los mecanismos de percepción y cognición y su influencia en el lenguaje, a nivel metodológico, se tiende a identificar el lenguaje como un producto de la actividad del pensamiento, de tal manera que puede inferirse el contenido del pensamiento a partir de todo aquello sobre lo que la persona habla.

La **exploración del lenguaje** debe hacerse con habilidad. Se utilizarán, sobretodo, preguntas abiertas que exploren el área de interés, pero que permitan al paciente libertad para elegir aquellos aspectos que considere importante tratar. También es fundamental adoptar la actitud de escucha activa, que favorezca la expresividad y el conseguir una mayor información. Mediante la escucha activa valoraremos la velocidad del habla, la espontaneidad de las verbalizaciones, la entonación, el volumen, los defectos de la verbalización...

Las anomalías o trastornos más importantes en el lenguaje verbal incluirán:

1. **Bloqueo** → Supone la pérdida del hilo del discurso oral, sin posibilidad de volver a él.
2. **Fuga de ideas** → Se produce un cambio continuo en el hilo argumental del discurso, sin conexión entre las partes.
3. **Neologismos** → Palabras inventadas por la persona, que únicamente tienen significado para ella. Suelen consistir en la condensación, ininteligible para los demás, de varias otras palabras.
4. **Mutismo** → Supone la imposibilidad de contacto verbal con la persona, por la negativa de ésta a hablar.
5. **Lenguaje empobrecido** → Sin que sea debido a un déficit cultural, existe una escasez en el vocabulario que se traduce en una falta de palabras para explicarse
6. **Ensalada de palabras** → Es la imposibilidad de dejar de hablar, que normalmente supone una mezcla incomprensible de palabras y frases sin sentido
7. **Asociaciones sonoras** → La persona se expresa mediante frases hechas y juegos de palabras.

8. **Disgregación** → Se utilizan frases bien construidas, pero el contenido del discurso no es comprensible.
9. **Incoherencia** → Pérdida de la idea central y de la coherencia del discurso.

3. VALORACIÓN GLOBAL

Además de la observación del lenguaje verbal y no verbal, tendremos que valorar otros signos de trastorno mental, teniendo en cuenta que las primeras conductas alteradas son aquellas asociadas a los instintos más básicos. Así, habrá que valorar la **conducta alimentaria** (bulimia, anorexia, delirio de envenenamiento...); **higiene personal** (defecto o exceso); **sueño** (insomnio de conciliación, insomnio de primera o segunda hora, hipersomnias, parasomnias...); **impulso sexual**, que puede estar aumentado, aunque generalmente está disminuido; también, con frecuencia, aparece una alteración de la **autoestima**, que está sobrevalorada o infravalorada. La alteración de la **autoimagen** puede ser tan intensa que la persona no se conozca en el espejo (signo del espejo).

TEMA 3. TRASTORNOS NEURÓTICOS

Según el uso común, las **neurosis** son las alteraciones emocionales de cualquier tipo, a excepción de las psicosis. Conllevan un malestar psicológico subjetivo superior al esperado en las circunstancias normales de la vida de un individuo. El significado del término ha ido cambiando desde que fue introducido por primera vez en la nomenclatura. En el DSM-IV engloba un número limitado de categorías diagnósticas específicas, todas ellas atribuidas a modos desadaptativos de manejar la ansiedad o los conflictos internos.

Las características más importantes de los cuadros neuróticos incluyen:

1. Conciencia de enfermedad.
2. Capacidad para distinguir entre mundo interno y externo.
3. Conservación del juicio de la realidad.
4. Mantenimiento de la capacidad de comunicación.
5. Pueden aparecer conductas invalidantes.

1. ANSIEDAD

Los cuadros neuróticos se caracterizan por presentar un modo desadaptativo de manejar la ansiedad, de modo que puede afirmarse que la ansiedad es la base de todos ellos.

La **ansiedad** constituye una de las manifestaciones más comunes de padecimiento psíquico. Por otra parte, la ansiedad es uno de los componentes más habituales de las manifestaciones emocionales del hombre frente a diferentes situaciones ambientales. Cuando se presenta de manera adecuada en intensidad y en duración a las características de un estímulo, constituye un mecanismo normal y fundamental de vigilancia del organismo y es, por tanto, favorable para la supervivencia. Sin embargo, en muchos casos, la ansiedad se presenta con características patológicas, inadecuada, molesta y fuente de sufrimiento subjetivo.

1.1 ANSIEDAD NORMAL Y PATOLÓGICA

Los límites entre ansiedad normal y ansiedad patológica son imprecisos y difíciles de determinar. La ansiedad puede presentarse con intensidades diferentes, desde niveles mínimos o moderados (ansiedad que podríamos considerar normal), hasta niveles cada vez más intensos, hasta llegar a un grado de sufrimiento subjetivo de la persona

que la incapacite para llevar una vida normal. Es posible sugerir cuatro criterios que pueden ser útiles para distinguir la ansiedad normal de la patológica:

- ❖ Intensidad, frecuencia y duración de la ansiedad.
- ❖ Proporción entre la gravedad de la situación objetiva y la ansiedad del individuo.
- ❖ Grado de sufrimiento subjetivo determinado por la ansiedad.
- ❖ Grado de comprometimiento de la libertad y de la capacidad de funcionamiento psicosocial del individuo.

Podemos decir que la **ansiedad normal** estaría constituida por episodios de intensidad leve o moderada, infrecuentes y de duración limitada en el tiempo. Sería adecuada y, por lo general, común a otros individuos. El sufrimiento subjetivo sería limitado y transitorio y las consecuencias nulas, o, como mucho, un ligero comprometimiento de la libertad y del funcionamiento psicosocial del individuo.

En la **ansiedad patológica**, habría episodios de intensidad moderada o notable, frecuentes y prolongados en el tiempo. Sería inadecuada a la situación o estímulo. El sufrimiento subjetivo es evidente y las consecuencias serían un importante descenso de la libertad y del funcionamiento psicosocial del individuo.

1.2 SÍNTOMAS

La ansiedad es un proceso emocional caracterizado por un aumento de la tensión psíquica y/o física, preocupación, alerta, sentimiento de temor y pérdida de control de la situación. Un estado de ansiedad se caracteriza por la presencia simultánea, en distinta medida, de síntomas psíquicos, físicos y de posibles alteraciones del comportamiento.

Los **síntomas psíquicos** son:

- | | |
|---|--------------------------------|
| ❖ Sensación de alerta angustiosa | ❖ Sensación de fatiga |
| ❖ Aumento de la tensión | ❖ Distrabilidad |
| ❖ Sentimiento de temor o previsión de peligro | ❖ Dificultad para concentrarse |
| ❖ Preocupación e hipervigilancia | ❖ Trastornos de la memoria |
| ❖ Inquietud, impaciencia | ❖ Insomnio |

Los **síntomas físicos** más frecuentes son:

- ❖ Inquietud motora
- ❖ Sudoración
- ❖ Boca seca
- ❖ Sensación de opresión torácica
- ❖ Sensación de falta de aire
- ❖ Sensación de vértigo y aturdimiento
- ❖ Palpitaciones
- ❖ Malestar físico
- ❖ Anorexia
- ❖ Trastornos gastrointestinales
- ❖ Cefaleas de tensión
- ❖ Fatiga
- ❖ Náuseas
- ❖ Temblores

Por otra parte, en determinados casos, un trastorno de ansiedad puede presentarse principalmente en forma de **alteración somática**. En estos casos, existen pocos síntomas de ansiedad psíquica y el individuo es poco consciente de su problema de ansiedad. Estos casos de ansiedad somatizada son típicos en los trastornos gastrointestinales agudos o crónicos (como, por ejemplo, ciertos casos de cefalea de estrés o la denominada “neurosis cardíaca”)

Alteraciones **psicofisiológicas**:

- ❖ Aumento de la tensión muscular
- ❖ Aumento de la frecuencia cardíaca
- ❖ Aumento de la presión arterial sistólica
- ❖ Vasoconstricción periférica
- ❖ Disminución de la temperatura cutánea
- ❖ Aumento de la frecuencia respiratoria
- ❖ Dilatación pupilar
- ❖ Disminución del impulso sexual
- ❖ Aumento del consumo de oxígeno

Alteraciones **neuroendocrinas**:

- ❖ Aumento de los niveles de adrenalina y noradrenalina
- ❖ Aumento de los niveles de ACTH y de cortisol
- ❖ Aumento de la prolactina
- ❖ Aumento de las hormonas tiroideas
- ❖ Aumento de la hormona somatotropa (en algunos casos)

2. TRASTORNOS POR ANSIEDAD

Seguindo la clasificación del DSM-IV, podemos distinguir los siguientes trastornos por ansiedad:

- ❖ **Trastorno por angustia**
 - Con agorafobia
 - Sin agorafobia
- ❖ **Trastornos fóbicos**
 - Agorafobia
 - Fobia social
 - Fobia simple
- ❖ **Trastorno obsesivo-compulsivo**
- ❖ **Trastorno por estrés postraumático**
- ❖ **Trastorno por ansiedad generalizada**

2.1 TRASTORNO POR ANGUSTIA (CON Y SIN AGORAFOBIA)

En la forma típica de un caso por trastorno por angustia, el sujeto está ocupado en cualquier actividad de su vida cotidiana y, de pronto, su corazón empieza a palpar, tiene sensación de ahogo, sensación de mareo, de que se va a desmayar, está convencido de que se va a morir. Las personas con agorafobia pueden tener miedo a estar fuera de casa, a permanecer en medio de una multitud, a ir de compras o a viajar, especialmente cuando están solas.

En general, los **síntomas** que se experimentan durante una crisis de angustia son falta de aire (disnea) o sensaciones de ahogo, mareo o sensaciones de inestabilidad o de pérdida de conciencia, sofocación, palpitaciones o taquicardia, temblores o sacudidas, sudoración, náuseas o molestias abdominales, despersonalización, sensación de adormecimiento o cosquilleo por distintas partes del cuerpo (parestias), escalofríos, dolor o molestias precordiales, miedo a morir, miedo a volverse loco o de hacer algo fuera de control durante la crisis.

2.2 TRASTORNO FÓBICO

Una **fobia** se define como el miedo persistente e ilógico a un objeto, actividad o situación específicos que provocan en el individuo la necesidad imperiosa de evitar dicho objeto, actividad o situación (objeto fóbico). El sujeto admite que el miedo es

exagerado o ilógico, desproporcionado en cuanto al verdadero perjuicio que puede ocasionar el objeto, actividad o situación. El trastorno fóbico se divide en tres subtipos: agorafobia (con o sin crisis de angustia), fobia social, fobia simple.

2.2.1 AGORAFOBIA

Es el miedo a encontrarse en lugares o situaciones de los cuales puede ser difícil o embarazoso escapar o en las que no es fácil obtener ayuda en el caso de que apareciesen súbitamente síntomas que pudiesen ser incapacitantes o una crisis de angustia.

El cuadro provoca que el individuo limite drásticamente sus desplazamientos, necesite compañía para salir de casa, o bien, soporte las situaciones agorafóbicas a pesar de la ansiedad intensa que le provocan. Entre las situaciones agorafóbicas más comunes se incluyen encontrarse solo fuera de casa, en una multitud o haciendo cola, pasar por un puente o viajar en autobús, tren o coche. Aunque la agorafobia aparece frecuentemente ligada a los ataques de angustia, puede también existir sin un historial de crisis de angustia.

El **cuadro clínico** de la agorafobia consiste en múltiples y variados temores y conductas de evitación centrados en tres aspectos principales:

- ❖ Miedo a abandonar el hogar.
- ❖ Miedo a quedarse solo.
- ❖ Miedo a encontrarse lejos del hogar en una situación de la que uno no pueda salir fácilmente, o donde la ayuda en caso de problemas no se encuentre disponible con facilidad.

La mayor parte de los casos de agorafobia empiezan con una serie de **crisis de angustia espontáneas**; si las crisis continúan, el individuo suele elaborar una ansiedad anticipatoria. La asociación causal de las crisis de angustia con la situación en la que aparecieron, llevan a conductas de evitación de dichas situaciones en un intento de evitar más crisis. Junto con las crisis de angustia, las fobias múltiples y la ansiedad crónica, estos pacientes suelen presentar síntomas de desmoralización o una depresión secundaria, diversas quejas somáticas y abuso de alcohol o de fármacos sedantes.

2.2.2 FOBIA SOCIAL

La sintomatología esencial de la **fobia social** es el miedo de hacer algo o de actuar de forma humillante o embarazosa ante los demás. Los sujetos con fobia social temen y/o evitan diversas situaciones en las que se sentirían obligados a actuar en presencia de otra gente

Son típicos de la fobia social el miedo a no poder hablar en público, el temor a atragantarse cuando se come frente a otros, de ser incapaz de orinar en un urinario público, de temblar cuando se escribe en los demás y de decir cosas sin sentido o no ser capaz de contestar adecuadamente a las preguntas que se le hagan. Un individuo puede sufrir **una o varias** fobias Sociales

Como sucede con la fobia simple, la ansiedad va ligada al estímulo fóbico. Cuando la persona se ve forzada o es sorprendida por la situación fóbica, experimenta una ansiedad intensa acompañada por **síntomas fisiológicos de ansiedad** (por ejemplo, palpitaciones, sudoración, temblor, tartamudeo, desvanecimiento...)

Las personas que sólo presentan fobia social en una sola circunstancia pueden mantenerse en cierto modo **asintomáticos** excepto cuando se enfrentan a la situación fóbica. Cuando tienen necesidad ineludible de encararse a tal situación, suelen presentar una intensa ansiedad anticipatoria. En ocasiones, utilizan el alcohol y los fármacos ansiolíticos para, por lo menos, aliviar el componente anticipatorio de esta ansiedad y, en consecuencia, pueden acabar en un **abuso** de sustancias psicotrópicas. En ocasiones, el deterioro profesional y social puede llegar a extremos muy graves

2.2.3 FOBIA SIMPLE

La **fobia simple** consiste en miedo persistente a un estímulo circunscrito, ya sea objeto, situación o actividad. El síndrome tiene **tres componentes**:

1. Ansiedad anticipatoria desencadenada ante la posibilidad de enfrentarse al estímulo fóbico.
2. Temor central al estímulo fóbico
3. Conductas de evitación para minimizar la ansiedad. Estas conductas de evitación pueden interferir la actividad profesional y/o las actividades sociales habituales.

Las fobias simples más comunes entre la población general suponen la fobia a los animales, fobia a la sangre o a las heridas, a las alturas (acrofobia), a los espacios pequeños (claustrofobia), a la suciedad y gérmenes (misofobia), a los viajes en avión...

3. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

La sintomatología esencial del **trastorno obsesivocompulsivo** (TOC) consiste en la presencia de obsesiones o compulsiones persistentes, suficientemente graves como para causar un intenso malestar, gran pérdida de tiempo o una interferencia significativa con sus funciones profesionales y/o con sus actividades sociales habituales

Las **obsesiones** son ideas, pensamientos, impulsos o imágenes persistentes que se experimentan, al menos inicialmente, como intrusas y sin sentido. El individuo es consciente que estas obsesiones son producto de su mente y no están impuestas desde fuera. En ocasiones, las obsesiones se acompañan de compulsiones, pero también pueden existir como único síntoma. Se calcula que un 10-25% de los pacientes con TOC son obsesivos puros.

Las **obsesiones más frecuentes** son pensamientos persistentes de violencia (por ejemplo, matar al propio hijo), contaminación (por ejemplo, infectarse dando la mano a los demás) y de duda (por ejemplo, preguntarse constantemente si se ha efectuado bien un trabajo, si se ha apagado una luz, si se ha cortado el gas, si se ha lesionado a alguien en un accidente de tráfico...)

Las **compulsiones** son ideas finalistas e intencionales que se efectúan como consecuencia de una obsesión, de forma estereotipada o de acuerdo con determinadas normas. La conducta compulsiva habitualmente disminuye la ansiedad, pero es llevada a cabo bajo la sensación de presión. Entre las conductas compulsivas podemos encontrar las de limpieza, las comprobaciones, la evitación, la lucha por la precisión y la meticulosidad. Los pacientes comprobadores presentan la duda patológica y se van compelidos a comprobar compulsivamente si han atropellado a alguien con su coche o si han dejado la puerta abierta.

4. TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO

La sintomatología esencial del **trastorno por estrés postraumático** (TEPT) consiste en la aparición de síntomas característicos después de un acontecimiento psicológicamente desagradable, que se encuentra fuera del marco normal de la experiencia habitual

Las **características** del trastorno que puede aparecer tras un suceso traumático abarcan la insensibilidad psíquica al entorno y el volver a experimentar el acontecimiento traumático. El suceso traumático vuelve a experimentarse a través de su vivencia dolorosa, invasora y persistente. En ocasiones poco frecuentes existen también estados disociativos que duran desde minutos a días, durante los cuales el individuo vuelve a vivir el suceso. A veces, las víctimas de una violación o de un asalto con malos tratos adquieren miedo a salir solas durante un período variable de tiempo

A menudo existe también un intenso malestar psicológico cuando el individuo se ve expuesto a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático, como aniversarios, etc. En el caso de acontecimientos traumáticos peligrosos para la vida, compartidos con otros, los supervivientes a menudo describen dolorosos sentimientos de culpa por el hecho de haber sido ellos los que han sobrevivido, o por las cosas que tuvieron que hacer para poder sobrevivir.

5. TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA

La **sintomatología** esencial de este trastorno consiste en ansiedad y preocupación excesivas o no fundadas en torno a dos o más circunstancias vitales; por ejemplo, preocupación por la posible desgracia de alguno de los hijos (que no se halla en ningún peligro) o preocupación por asuntos económicos (sin ningún fundamento). El trastorno debe haber durado por lo menos seis meses o más, durante los cuales el individuo ha estado preocupado por estos problemas la mayor parte de los días

Los síntomas de este tipo de ansiedad se encuadran dentro de cuatro categorías:

- ❖ Tensión motora
- ❖ Hiperactividad vegetativa
- ❖ Expectación aprensiva
- ❖ Hipervigilancia y escrutinio

6. TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

Aunque los trastornos psicosomáticos, dentro de las clasificaciones actualmente usadas, quedan fuera de los trastornos por ansiedad, las teorías psicosomáticas se basan en la observación de que el estrés o la ansiedad mantenida intervienen en la predisposición, inicio, evolución y eficacia del tratamiento, de algunas alteraciones y trastornos biomédicos

Existen tres factores que deben estar presentes de forma simultánea para que en una persona aparezca un trastorno psicosomático, entendiendo el término en un sentido concreto y específico:

- ❖ El individuo debe presentar una **predisposición biológica** a ese trastorno biomédico en particular. Esta predisposición puede estar genéticamente determinada, ser secundaria a una lesión o proceso patológico, o deberse a agresiones ambientales o hábitos personales perjudiciales.
- ❖ **Personalidad vulnerable.** Debe existir un tipo o grado de estrés que los mecanismos de defensa psicológicos del individuo o su estructura de personalidad no sean capaces de afrontar o contener.
- ❖ El individuo debe estar sometido a un importante **estrés psicosocial** que afecte al área vulnerable de su personalidad.

6.1 ALTERACIONES CARDIO-VASCULARES

Según diversos estudios, la ansiedad está en el origen de los síntomas presentados por un 10-15% de los pacientes visitados por los cardiólogos. La patología coronaria tiene una etiología multifactorial. Sin embargo, menos de la mitad de esta etiología se debe al tabaco, hipertensión o hiperlipemia. Los factores psicosociales pueden influir de forma importante en la otra mitad. Se ha demostrado que aquellos individuos con personalidad Tipo A presentan una prevalencia aproximadamente dos veces superior de patología coronaria y problemas de hipertensión arterial que los de tipo B.

6.2 TRASTORNOS INMUNOLÓGICOS

Los mecanismos inmunitarios celulares pueden verse alterados por los estresores psicosociales. Los acontecimientos vitales estresantes pueden disminuir de forma significativa la actividad de los linfocitos T, implicados en la función inmunitaria. De hecho, el estrés y la ansiedad se consideran factores que propician la infección de

diversos agentes, como la tuberculosis o la gripe, al mismo tiempo que pueden activar infecciones latentes, como el herpes simple.

6.3 TRASTORNOS ALÉRGICOS

El estrés y la ansiedad, incluyendo la producida por la depresión y otros trastornos psiquiátricos, pueden alterar la susceptibilidad del individuo a las alergias o a la gravedad de las mismas.

6.4 CANCER

Se ha sugerido que los acontecimientos estresantes preceden a menudo al inicio de ciertos tipos de cáncer, incluyendo el cáncer de cérvix y algunas leucemias y linfomas. Parece que los individuos depresivos son más propensos a padecer cáncer y que aquellas personas incapaces de expresar sus emociones, especialmente la ira, presentarían especial predisposición al cáncer de pulmón o de mama. Estudios experimentales con animales han conseguido producir tumores por inoculación de estrés

6.5 TRASTORNOS GASTROINTESTINALES

El tracto gastrointestinal es una de las localizaciones más frecuentes de los trastornos psicósomáticos. En esta zona se localizan abundantes terminaciones del sistema nervioso autónomo, de manera que los efectos del simpático y parasimpático son fácilmente convertidos en sintomatología gastrointestinal. Los problemas asociados al aumento y disminución del apetito, a la forma de alimentarse o a la eliminación, forman parte del perfil somático de muchos trastornos psiquiátricos

6.6 ULCERA PÉPTICA

La úlcera péptica, con la posible excepción del trastorno cardíaco, constituye el prototipo del trastorno psicósomático de la cultura occidental. El exceso de trabajo y el estrés se asocian a la aparición de úlceras. La úlcera de duodeno es la más asociada a los estímulos emocionales. Se ha comprobado que la depresión aumenta la gravedad del trastorno ulceroso. En niños mayores y adolescentes se ha observado que a menudo coincide el inicio de un trastorno de úlcera péptica con separaciones o pérdidas

6.7 ENFERMEDAD DE CROHN

Se trata de un trastorno habitualmente crónico, caracterizado por cambios inflamatorios y necróticos, que se inician principalmente en las paredes del intestino. Aunque no se ha identificado ningún estado emocional en particular como desencadenante psicológico, la probabilidad de inicio de un episodio de exacerbación es mayor durante períodos de alto estrés emocional

6.8 TRASTORNOS ENDOCRINOS

Los estados emocionales influyen en el sistema endocrino a través de diversas vías, en especial a través de las influencias corticales sobre el eje hipotálamo-hipofisario. Debido a las múltiples conexiones y mecanismos de feedback del sistema endocrino con el SNC, los factores emocionales intervienen en gran manera en el inicio o exacerbación de los trastornos endocrinos. Las alteraciones endocrinas que con más frecuencia se asocian a factores emocionales incluyen la hipoglucemia, diabetes mellitus y diversas alteraciones de la función tiroidea

7. OTROS TRASTORNOS

7.1 TRASTORNO DE CONVERSIÓN

El cuadro se caracteriza por la aparición de pérdida o alteración de una función física, lo que da lugar a pensar en un trastorno o enfermedad somática, sin que las exploraciones evidencien ninguna alteración. La persona no es consciente de producir los síntomas de manera intencional. Se considera que los conflictos psicológicos son la causa del origen o exacerbación del síntoma

La palabra "histeria" se deriva del término griego "hysterá", que significa matriz o útero. Los antiguos griegos atribuían la causa de varios síntomas femeninos al "desplazamiento del útero". Hipócrates, y más tarde Galeno, postularon que la abstención sexual de los hombres y mujeres producía una serie de síntomas físicos entre los que se incluían convulsiones y contracturas de los miembros.

La histeria de conversión puede manifestarse con hemiplejía, anestesia, globo histérico, visión en túnel, temblores, espasmos, debilidad y convulsiones. Las alteraciones motoras pueden incluir temblores de la cabeza, brazos y piernas. También pueden

aparecer convulsiones o pseudoconvulsiones y varias formas de parálisis, donde las zonas afectadas suelen ser flácidas.

Existen una serie de características que se han asociado a la histeria de conversión. Entre ellas se encuentran la indiferencia afectiva hacia los síntomas (la belle indifference), el simbolismo, la personalidad histriónica, la ganancia secundaria, la imitación de modelos, las alteraciones sexuales y la psicopatología asociada

7.2 HIPOCONDRIA

La hipocondría puede definirse como una preocupación, miedo o creencia no fundada de padecer una enfermedad grave, a partir de una interpretación personal equivocada de signos físicos que se consideran prueba de la enfermedad somática. Este miedo o creencia persiste a pesar de las explicaciones médicas

Los individuos hipocondríacos tienden a la autoobservación exagerada y suelen tener una historia de frecuentes visitas médicas y voluminosas fichas clínicas, pudiendo explicar largas listas de síntomas y fármacos

7.3 SÍNDROME DE MUNCHAUSEN

Los trastornos facticios se caracterizan por el fingimiento consciente, deliberado y subrepticio de síntomas físicos o psicológicos para simular una enfermedad. El único objetivo evidente de esta conducta es asumir el papel de paciente; esta motivación contrasta con la simulación, en la que se evidencia un objetivo claramente identificable, como el dinero, la incapacidad o el librarse de obligaciones laborales o militares

El trastorno facticio más conocido es el Síndrome de Munchausen. El término Síndrome de Munchausen fue acuñado por Asher (1951) para describir un trastorno caracterizado por mentiras patológicas (pseudología fantástica) y por una pauta de conducta caracterizada por el fingimiento de una enfermedad, lo que lleva a estas personas a ir de hospital en hospital fingiendo una enfermedad, hasta conseguir ser ingresados. Otros términos aplicados a estos pacientes son "vagabundos de hospital", "adictos de hospital", Síndrome de Kopenickades y Síndrome de Ahasuerus.

Estos pacientes muestran una sumisión y aceptación inusuales ante la hospitalización y las pruebas médicas. Es más probable que sean varones, han pasado por múltiples

hospitalizaciones en diferentes zonas geográficas, presentan múltiples erosiones abdominales consecuencia de intervenciones quirúrgicas y pueden explicar su historia de forma dramática. A menudo se presentan cuando los servicios de urgencia tienen un personal menos experimentado, por la noche o durante el fin de semana. En ocasiones, llegan a la autolesión y a la manipulación de pruebas e historias clínicas.

Una variable particularmente siniestra del Síndrome de Munchausen es el denominado "Munchausen por poderes", en el que los padres presentan a sus hijos con enfermedades inventadas. Las madres de estos niños pueden tener ellas mismas antecedentes de enfermedades.

7.4 SIMULACIÓN

La simulación se define como la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos, motivada por incentivos externos identificables: evitación de obligaciones laborales o militares, obtención de compensación económica, evitación de imputaciones criminales, obtención de fármacos, etc.

En ocasiones, existe simulación oportunista, donde los individuos se aprovechan intencionadamente de un accidente o herida para maximizar la compensación económica exagerando los síntomas. Entre los ejemplos de ello se incluiría el conocido "síndrome del latigazo".

TEMA 4. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Los trastornos del estado de ánimo se dividen en **trastornos bipolares** y **trastornos depresivos**. La característica esencial de los trastornos bipolares es la presencia de uno o más episodios maníacos o hipomaníacos (generalmente, con una historia de episodios de depresión mayor). La principal característica de los trastornos depresivos es uno o más episodios de depresión sin una historia de episodios maníacos o hipomaníacos.

1. TRASTORNOS DEPRESIVOS

1.2 MANIFESTACIONES

Aunque la **tristeza** es la expresión más común de la depresión, puede existir sin ella. Puede presentarse de otras formas, como sensación de vacío, melancolía, enojo y nerviosismo. Lo más frecuente es que el estado de ánimo se explique de forma negativa, hablando con frecuencia de una incapacidad para el disfrute de actividades previamente placenteras.

La **síntomatología depresiva** viene caracterizada por la tríada cognitiva negativa:

- ❖ Pensamientos negativos sobre sí mismo.
- ❖ Pensamientos negativos sobre el entorno.
- ❖ Pensamientos negativos sobre los demás.

Los **procesos cognitivos** se enlentecen y sus contenidos manifiestan la baja autoestima, que es la marca de la depresión. En general, el deprimido es muy pesimista y espera siempre lo peor. Experimentan sentimientos de culpa ante cualquier incidente e incluso llegan a tener ideas delirantes de culpa. Con frecuencia aparece una disminución de la actividad motora, disminución de la libido, estreñimiento, lentitud de los procesos mentales, pérdida de intereses.

Uno de los síntomas de aparición más temprana en el curso de un trastorno depresivo son las **alteraciones del sueño**, tales como dificultad para conciliar el sueño (insomnio de primera hora o de conciliación), sueño inquieto y despertar precoz.

También son frecuentes los **cambios en el apetito**, desde la desgana o desaparición del gusto por la comida hasta el asco más intenso hacia ella, seguido por la pérdida

de peso, aunque en ocasiones hay un aumento de ambos estados. Los pacientes deprimidos suelen quejarse de que la comida ya no tiene sabor y no les ofrece ningún interés.

Otro aspecto de frecuente aparición son los **trastornos del apetito sexual**, consistentes en una disminución o desaparición del deseo. La capacidad para experimentar placer se halla disminuida y la persona no goza con nada.

Todas estas molestias llegan a ser experimentadas por quien las padece como una carga que hace la vida progresivamente más difícil, llegando con frecuencia a pensar que la única solución para dejar de sufrir es la muerte, con lo que, de manera insidiosa, se puede abrir paso la idea de que no queda otra salida que el suicidio. El peligro de **suicidio** en estos pacientes se estima que es 30 veces superior al de la población general. Aproximadamente el 15% de los pacientes gravemente deprimidos cometen suicidio.

1.3 TIPOS DE TRASTORNOS DEPRESIVOS

Existen dos tipos de trastornos depresivos: la **depresión mayor**, en la cual hay uno o más episodios de depresión mayor; y la **distimia** (o neurosis depresiva), en la cual hay una historia de estado de ánimo deprimido por un mínimo de dos años, sin que los síntomas concuerden con los criterios de depresión mayor expresados en el DSM-IV.

1.4 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE DEPRIMIDO

1. Abordar al paciente sin atosigarlo, de manera que no aumentemos su inhibición con nuestra hiperactividad.
2. Proporcionar una situación cómoda, estimulando de forma progresiva la actividad.
3. Procurar un nivel de estímulos neutro.
4. Dar a la familia la información suficiente, adecuada y necesaria, procurando su colaboración en el cuidado del enfermo.

2. TRASTORNOS BIPOLARES

Hay dos tipos de trastornos bipolares: el **trastorno bipolar**, en el cual hay uno o más episodios maníacos (generalmente con uno o más episodios de depresión mayor); y la

ciclotimia, donde hay numerosos episodios hipomaniacos y numerosos períodos con síntomas depresivos.

El **diagnóstico** de trastorno bipolar se hace siempre que haya una historia de manía, incluso en el caso de que no se identifiquen antecedentes de depresión, ya que el trastorno maniaco "unipolar" es prácticamente inexistente y se ha comprobado que sus características son las mismas que las de la manía bipolar.

Se hace el diagnóstico de ciclotimia cuando existe una historia de al menos dos años en los que ha habido numerosos episodios de depresión e hipomanía. La ciclotimia se caracteriza por períodos breves (de dos a seis días) alternantes de depresión y euforia. Los episodios depresivos se caracterizan por un humor deprimido y una pérdida de interés, mientras que los hipomaniacos presentan un humor elevado. La incidencia del trastorno bipolar es mayor en el sexo femenino (2/1). Se ha apuntado la posibilidad de una etiología genética ligada al cromosoma X.

2.1 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

A partir de la normalidad pueden encontrarse tres niveles en el estado de ánimo elevado: **manía, hipomanía y euforia**.

Las formas leves de la **manía** constituyen un estado opuesto a la depresión. Sin embargo, la manía severa suele ser bastante disfórica y en ella predomina el humor elevado, expansivo e inestable.

La característica de la **hipomanía** es la aceleración de los procesos cognitivos. En la manía esta aceleración progresa hacia el pensamiento desorganizado y la fuga de ideas. En una conversación, el individuo salta de un tema a otro, aparentemente al azar, sin volver al tema original y se distrae con facilidad. El aumento de la autoestima puede conducir a ideas de grandiosidad y a la creencia de que él es la única persona que posee determinados poderes.

En la **euforia**, la conducta está muy alterada. Existe un aumento de la actividad psicomotora acompañada de una inquietud constante. La persona es muy habladora y verbalmente avasalladora. Es característico que se vean envueltos en compras que no pueden permitirse, en indiscreciones sexuales, en inversiones y negocios fantasiosos y en conducción temeraria.

Normalmente necesitan menos horas de sueño, a veces no duermen en días, pareciendo tener una energía sin límites. El aumento del impulso sexual puede llevarles a una promiscuidad, ajena al individuo en condiciones normales. En algunos casos el apetito por la comida es voraz. Al igual que sucede en la depresión, existen alteraciones neuroendocrinas y de neurotransmisores.

2.2 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

1. Disminuir los estímulos ambientales, sobre todo durante la noche. Si es necesario se administrará medicación hipnótica. Se impedirá el sueño durante el día.
2. Prevenir el agotamiento y la extenuación, proporcionando líquidos y alimentación equilibrada.
3. Permitir cierta hiperactividad de forma intermitente.
4. Evitar los objetos innecesarios y peligrosos.
5. Proporcionar ocupaciones y distracciones que interesen al paciente.
6. Educar a la familia, instruyéndolos sobre los síntomas de inicio.

El **tratamiento farmacológico** se lleva a cabo mediante las sales de litio (Plenur®), que presenta una acción fundamentalmente profiláctica. Hay que tener en cuenta que la distancia que separa el efecto terapéutico del litio de sus efectos tóxicos es muy estrecha, por lo que el paciente sometido a este tratamiento deberá tener controlados sus niveles de litemia. También deberá advertirse acerca de la posible aparición de un cierto temblor distal como efecto secundario del tratamiento.

TEMA 5. TRASTORNOS PSICÓTICOS

La **psicosis** es un trastorno mental mayor, de origen emocional u orgánico, que produce un deterioro en la capacidad de pensar, percibir, comunicar, interpretar los estímulos y comportarse. El deterioro es suficientemente grave como para que interfiera seriamente en la capacidad del individuo afectado para manejar las demandas cotidianas de su vida. Normalmente se acompaña de una conducta anómala, estado de ánimo inapropiado, una disminución del control de los impulsos y de un contenido mental alterado, manifestado en forma de delirios y alucinaciones.

Por lo general, los cuadros psicóticos cursan con **brotos**, produciendo cada brote un aumento de la **defectualización cognitiva**. El tratamiento suele ir dirigido a espaciar lo más posible la incidencia de los brotes, de manera que la defectualización sea mínima.

De forma esquemática, las **características** generales de los trastornos psicóticos vendrían determinados por:

- ❖ Alteración grave de la interpretación de los estímulos.
- ❖ Paso brusco de la normalidad a la anormalidad (brote).
- ❖ Presencia de delirios y alucinaciones.
- ❖ No conciencia de enfermedad.
- ❖ Conducta incomprensible.
- ❖ Con frecuencia, desestructuración de la personalidad.
- ❖ Alteración importante en la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.
- ❖ Pronóstico y evolución, en general, sombríos.

5.1 SINTOMATOLOGIA PSICÓTICA

5.1.1 ALUCINACIONES

Una de las características de las psicosis son las alteraciones de la senso-percepción, de las cuales las más habituales son las **alucinaciones**. Una alucinación es la percepción sensorial en ausencia de estímulo externo. Puede pertenecer a cualquiera de los sentidos.

Debe diferenciarse la alucinación de la **ilusión** (percepción alterada de un estímulo externo), y de la **pseudoalucinación** (percepción distorsionada en estado semionírico).

Pueden encontrarse, entre otras, alucinaciones auditivas, por ejemplo, oír voces que nadie más oye; visuales, como ver objetos que no están presentes; táctiles, tener sensaciones sin que haya estímulo para ellas; gustativas, sensación de estar degustando algo cuando no hay ningún estímulo gustativo; olfativas, oler cosas que no están presentes...

5.1.2 IDEAS DELIRANTES

Otro de los síntomas característicos de las psicosis son las alteraciones del contenido del pensamiento en forma de **ideas delirantes**. Los delirios son creencias falsas fijas que no tienen ningún fundamento lógico y que no son aceptadas por la cultura del paciente. Los delirios pueden aparecer en los **trastornos exógenos** (secundarios), en la **esquizofrenia**, en la **parafrenia**, en la **paranoia** y en cuadros de tipo **deliroide**.

Los delirios más frecuentes son:

- ❖ **Delirio de persecución** → Es el más frecuente. La persona se siente perseguida, espiada, intentan matarlo. Pueden ser enemigos conocidos o no. Es típico de la paranoia.
- ❖ **Delirio de influencia** → La persona se siente influenciada por fuerzas exteriores a ella, que le dirigen o le coartan el pensamiento. Normalmente le producen sensaciones molestas centradas en una temática casi siempre común: ondas magnéticas, máquinas eléctricas...
- ❖ **Delirio místico** → Generalmente, la persona se siente elegida por Dios para una misión. Se caracteriza por presentar un estado de ánimo no ansioso.
- ❖ **Delirio megalomaniaco** → La persona se siente en posesión de grandes valores personales. Piensa que es el mejor, el más inteligente. Suele ir acompañado de gran generosidad. Está muy ligado a la manía y a la parálisis general progresiva.
- ❖ **Delirio de invención** → El individuo se cree inventor de cosas fabulosas y descubridor de teorías extraordinarias.

- ❖ **Delirio celotípico** → El individuo tiene la seguridad de la infidelidad del compañero/a. Es muy típico de los alcohólicos.
- ❖ **Delirio querulante** → Supone una gran desconfianza hacia las personas del entorno. Típico de la paranoia.
- ❖ **Delirio melancólico** → Es característico de la depresión mayor. Suele ser de culpabilidad, de inutilidad o de tipo hipocondríaco.
- ❖ **Delirio erótico** → El tema central de este delirio es la convicción de que el sujeto es amado por otra persona, generalmente de un nivel socioeconómico más alto.
- ❖ **Delirio somático** → Las ideas delirantes de tipo somático tienen formas muy diversas. Las más habituales consisten en la convicción de que la piel, la boca, el ano o la vagina emiten olores muy desagradables, de que hay una plaga de insectos sobre o debajo de la piel, de que se tiene un parásito interno o de que ciertas partes del cuerpo están mal hechas o se están pudriendo.

5.2 PSICOSIS EXÓGENAS

Son aquellos cuadros con sintomatología psicótica cuya etiología viene determinada por una enfermedad orgánica, tratamiento medicamentoso o traumatismo que afecta directamente al SNC, o bien por una enfermedad sistémica que dificulte indirectamente la función cerebral. En la actualidad estos cuadros se denominan síndromes mentales orgánicos.

Algunas de las causas más comunes de estos tipos de trastornos son:

- ❖ **Cuadros degenerativos** (Enfermedad de Alzheimer o la Enfermedad de Pick)
- ❖ **Cuadros metabólicos** (Encefalopatía hepática)
- ❖ **Drogas** (Alcohol, cocaína, cannabis)
- ❖ **Fármacos** (Esteroides, litio)
- ❖ **Endocrinopatías** (Acidosis diabética, Enfermedad de Cushing, hipotiroidismo)
- ❖ **Toxinas** (Plomo, aluminio, insecticidas)
- ❖ **Causas nutricionales** (Déficit de ácido fólico o de tiamina)
- ❖ **Causas neurológicas** (Esclerosis múltiple o el Parkinson)
- ❖ **Causas infecciosas** (Acceso cerebral, meningitis, SIDA)

- ❖ **Causas traumáticas** (Contusión craneal, hematoma subdural)
- ❖ **Causas autoinmunes** (Lupus eritematoso Sistémico)

En este grupo se incluirían aquellos cuadros con sintomatología psicótica en los cuales no puede demostrarse que una causa orgánica haya iniciado y mantenido la alteración. Esta clasificación comprende: **esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme, trastornos delirantes (paranoides), psicosis afectivas.**

5.2.1 ESQUIZOFRENIA

En términos tanto de coste personal como social, la esquizofrenia es una de las enfermedades más devastadoras que existen. Se estima que un 1% de la población sufre de esquizofrenia. Es una enfermedad que por lo general se manifiesta en la juventud, por lo que, a diferencia del cáncer y de las enfermedades cardíacas, los pacientes con esquizofrenia viven muchos años tras el inicio de la enfermedad y continúan sufriendo por su causa a medida que ésta mina sus facultades cognitivas y emocionales.

Aparte de su impacto en los individuos y en las familias, también crea una enorme carga económica. No obstante, a pesar de su coste emocional y económico, la esquizofrenia no es suficientemente valorada como problema grave sanitario ni tiene el soporte necesario para la investigación de sus causas, tratamiento y prevención.

5.2.1.1 DIAGNOSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

Según el DSM-IV, los criterios para efectuar el diagnóstico de esquizofrenia son:

A. Presencia de al menos uno de los siguientes síntomas:

1. **Ideas delirantes extrañas** (por ejemplo, controlar el pensamiento o estar controlado por una persona muerta)
2. **Alucinaciones predominantes** (por ejemplo, voces que comentan la conducta o que discuten entre ellas)
3. **Dos de las siguientes:**
 - Ideas delirantes
 - Alucinaciones
 - Incoherencia o pérdida notable de la capacidad asociativa
 - Conducta catatónica
 - Afectividad claramente inapropiada

B. Durante el curso de la alteración, la vida laboral y social y el cuidado personal están notablemente por **debajo del nivel previo** al inicio de la alteración.

C. Signos continuos de la alteración durante **seis meses** como mínimo.

D. No puede demostrarse que una **causa orgánica inició y mantuvo** la alteración

5.2.1.2 SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Se han descrito cinco subtipos de esquizofrenia:

1. **Esquizofrenia paranoide** → se caracteriza por una o más ideas delirantes y alucinaciones auditivas frecuentes, centradas en un tema único, generalmente de tipo persecutorio o celotípico. La sintomatología asociada incluye ansiedad, ira, discusiones y violencia.
2. **Esquizofrenia desorganizada o hebefrénica** → presenta incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, conducta muy desorganizada y afectividad plana o claramente inapropiada. Las ideas delirantes no son sistematizadas, sino fragmentadas y desorganizadas. El contenido de las alucinaciones tampoco está organizado en un tema coherente. Aparecen muecas, manierismos, aislamiento social extremo y otras conductas extrañas. El inicio de este tipo de esquizofrenia sucede a edades muy tempranas, con una instauración insidiosa de abulia, aplanamiento afectivo, deterioro en el cuidado y aspecto personal, deterioro cognitivo y de ideas delirantes y alucinaciones.
3. **Esquizofrenia catatónica** → se caracteriza por una alteración notable de la psicomotricidad que comprende estupor, negativismo, excitación o actitudes características. A veces hay una alternancia entre la excitación y el estupor. La sintomatología asociada incluye estereotipias, manierismos, flexibilidad cérica y, muy frecuentemente, mutismo.
4. **Esquizofrenia indiferenciada** → esta categoría agrupa aquellas esquizofrenias en las que predominan los síntomas psicóticos, como las ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia o conducta muy desorganizada, no cumpliendo criterios para ser clasificadas en alguna de las categorías anteriores, o cumpliendo los criterios de más de una.
5. **Esquizofrenia crónica** → agrupa aquellos cuadros en los que, habiendo existido episodios anteriores de esquizofrenia con sintomatología positiva (alucinaciones e ideas delirantes), en la actualidad no se aprecian síntomas psicóticos predominantes, aunque persisten signos negativos de la enfermedad

(aislamiento social; notable deterioro de la actividad habitual; notable deterioro en el aseo e higiene corporal; afectividad embotada o inapropiada; lenguaje extraño, vago, sobrevalorado, disgregado, pobre; ideación extraña o pensamiento mágico; experiencias perceptivas inhabituales; notable falta de iniciativa, interés o energía)

5.2.1.3 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

1. Para conseguir un abordaje efectivo de estos enfermos, es necesario, en principio, entender las características del cuadro que presentan.
2. Hay que intentar ganar su confianza y mantener una buena comunicación. Esta comunicación debe basarse en temas sencillos y básicos que permitan introducir dudas en su delirio.
3. Contestar a sus preguntas de forma sincera y sin dudas. Es necesario mantener las promesas que se les hagan, de manera que no pierdan la confianza en nosotros.
4. Ha de intentarse controlar la ansiedad, mantener la calma y dirigirse al paciente con voz baja y tranquila.
5. Ante las expresiones de miedo a perder el control, darle seguridad y protección.
6. Observar las interacciones del paciente con otros pacientes y con las visitas.
7. Ser objetivos en cuanto a las expectativas del paciente.
8. En general, toda atención de enfermería ha de estar encaminada a intentar incorporar al paciente en sus actividades de la vida diaria.

5.2.2 TRASTORNO DELIRANTE (PARANOIDE)

El **trastorno delirante o paranoide** consiste en la presencia de ideas delirantes no extrañas (por ejemplo, en torno a situaciones que bien pudieran darse en la vida normal, como ser perseguido, envenenado, contagiado, amado a distancia o ser engañado por la pareja), con una duración de un mes como mínimo. Hay ausencia de síntomas esquizofrénicos como delirios extravagantes o habla o conducta muy desorganizada; no hay alucinaciones predominantes y hay una ausencia de trastorno afectivo o de trastorno mental orgánico.

El núcleo del trastorno es la presencia de una ideación delirante no extravagante, bien sistematizada (una creencia fija falsa). En estos pacientes, son frecuentes los problemas sexuales y los síntomas depresivos, muchas veces se muestran

excesivamente habladores o con lenguaje circunstancial, especialmente cuando discuten sobre el tema del delirio. Otras características asociadas son ira, aislamiento social, conducta excéntrica, suspicacia, hostilidad y, ocasionalmente, violencia. Muchos de ellos se vuelven litigantes, acabando convertidos en clientes de abogados en lugar de pacientes de psiquiatras.

El tipo de trastorno delirante se determina en base a los temas predominantes. Son frecuentes los casos con más de un tema delirante. Existe también el trastorno delirante compartido, o "folie a deux" en el que dos o más personas comparten una misma idea delirante.

Generalmente, la edad de comienzo del trastorno delirante es la edad intermedia o avanzada, pero puede aparecer antes. En la mayoría de los estudios la edad promedio de inicio oscila entre los 40 y los 55 años. El curso es bastante variable. En ciertos casos, sobretodo los de tipo persecutorio, el trastorno es crónico. Sin embargo, las oscilaciones en la intensidad del delirio son habituales.

No suele haber deterioro en la actividad diaria. Normalmente, la actividad intelectual y laboral son satisfactorias. En cambio, suele deteriorarse la conducta social y la vida de pareja. Una característica común es la aparente normalidad de la conducta y del aspecto físico cuando sus ideas delirantes no se discuten ni se objetan.

En función de la idea delirante que predomina se diferencian cinco tipos de trastorno delirante:

- 1. Trastorno delirante erotomaniaco** → el tema central del delirio erótico es la convicción de que el sujeto es amado por otra persona. Generalmente, la idea delirante tiene que ver más con una unión espiritual e idealizada que con la atracción sexual.
- 2. Trastorno delirante tipo grandioso** → normalmente, las ideas delirantes de grandeza se centran en la convicción de que el sujeto es capaz de algo grande o extraordinario que no es valorado por los demás, o en el hecho de haber descubierto algo importante. Las ideas delirantes de grandeza pueden también ser de contenido místico y hacer que el sujeto se convierta en líder de algún grupo o secta.
- 3. Trastorno delirante celotípico** → estos sujetos están convencidos, sin motivo alguno, que su pareja les es infiel. Algunas "pruebas" inconsistentes, como vestidos desordenados o sábanas manchadas pueden ser guardadas y

utilizarse como justificante de las ideas delirantes. El sujeto con estas ideas delirantes casi siempre se enfrenta a su pareja y es posible que tome medidas extraordinarias para acabar con la infidelidad imaginada.

- 4. Trastorno delirante tipo persecutorio** → es el tipo más frecuente. Las ideas delirantes de tipo persecutorio pueden ser simples o elaboradas y, con frecuencia, comprenden un solo tema o temas conectados entre sí, como creerse objeto de una conspiración, sostener que se es víctima de un fraude, creerse espiado, seguido, envenenado, drogado, difamado maliciosamente, obstruido con el fin de que no alcance las metas que se propone. Los sujetos con estas ideas delirantes se sienten a menudo furiosos y pueden mostrarse violentos con los que creen que les están perjudicando.
- 5. Trastorno delirante tipo somático** → las ideas delirantes de tipo somático toman formas muy diversas. Pueden consistir en la creencia de que se emiten olores desagradables, que existen insectos o parásitos en el cuerpo, en que hay vísceras o sistemas del organismo que no funcionan... En general, los sujetos con ideas delirantes de tipo somático acuden al médico especialista y no al psiquiatra para tratar el supuesto trastorno que padecen.

TEMA 6. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Los trastornos de la personalidad son agrupaciones de características de personalidad inflexibles y desadaptativas, que causan un deterioro significativo del funcionamiento social o laboral, molestias subjetivas, o ambas cosas. Constituyen formas desadaptativas de pensar, de sentir y de actuar, que deterioran significativamente la capacidad del sujeto para adaptarse y acomodarse al estrés. Las personas con un trastorno de personalidad son incapaces de asumir de modo flexible y adaptativo los cambios y demandas de la vida, fracasando en la toma de decisiones a nivel social y laboral.

1. TIPOS

Los trastornos de la personalidad descritos en el DSM-IV son:

- 1. Trastorno esquizotípico de la personalidad** → consiste en un patrón peculiar y extraño de la conducta, habla, pensamientos y percepción. El individuo suele aislarse y es evitador, además de mostrar una forma de hablar extraña, creencias extrañas, tendencias paranoides leves, conductas y apariencias inusuales, afectividad inapropiada y ansiedad social.
- 2. Trastorno esquizoide de la personalidad** → se caracteriza principalmente por un déficit grave en la capacidad para interactuar con los demás de forma emocional y significativa. Se muestran indiferentes a los demás, aislados, desapegados y no son susceptibles a las alabanzas ni a las críticas. A menudo parecen tener una afectividad aplanada, limitada y apática.
- 3. Trastorno paranoide de la personalidad** → la sintomatología esencial es una tendencia a sospechar, ser desconfiado y supervigilante y a estar preocupado constantemente por la fidelidad y la confianza percibida en los demás. La hostilidad y la ansiedad pueden producirse de forma secundaria a las ideas paranoides.
- 4. Trastorno histriónico de la personalidad** → existe una tendencia a la emocionalidad y a una búsqueda de atención exagerada. El individuo actúa de forma seductora, manipuladora, exhibicionista, superficial, frívola, lábil, vana y exigente.
- 5. Trastorno narcisista de la personalidad** → existe una pauta conductual caracterizada por expresiones de grandeza, atribución de meritos, superficialidad, poca empatía y preocupación por la fama o los grandes logros.

Son hipersensibles a la evaluación efectuada por los demás, ante la cual experimentan humillación o negación extrema.

6. **Trastorno antisocial de la personalidad** → existe una pauta de conducta explotadora y carente de sentimientos de culpa, que se manifiesta en la tendencia a transgredir la ley, la incapacidad para mantener un empleo, la explotación y manipulación de los demás en beneficio propio, la tendencia a engañar y la incapacidad para mantener una estabilidad afectiva.
7. **Trastorno límite de la personalidad** → se caracteriza por una pauta de inestabilidad afectiva, actitudes hacia otras personas fluctuantes y extremas, impulsividad, conducta autodestructiva y falta de objetivos a largo plazo o de escala de valores.
8. **Trastorno de la personalidad por evitación** → constituye un patrón de conducta inhibida, introvertida y ansiosa, que se caracteriza por la poca autoestima, desconfianza, torpeza social, timidez, malestar en el contexto social, miedo a hallarse en situaciones embarazosas y un temor exagerado a los peligros de la vida cotidiana.
9. **Trastorno de la personalidad por dependencia** → se caracteriza por una excesiva confianza en los demás con el fin de obtener apoyo emocional, que se hace evidente en la tendencia a dejar que los demás tomen las decisiones, a sentirse indefenso cuando se está solo, a actuar de un modo sumiso, a subordinar las necesidades a los demás y a ser incapaz de funcionar adecuadamente en situaciones que precisan una conducta asertiva o dominante.
10. **Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad** → consiste en una pauta generalizada de perfeccionismo, inflexibilidad, excesiva disciplina, formalismo, intelectualidad y detallismo. Los individuos tienen dificultades para disfrutar de su trabajo y de su vida a causa de las dudas continuas y de la indecisión.
11. **Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad** → consiste en una pauta generalizada de negación pasiva e indirecta hacia la autoridad, las exigencias y las obligaciones, mediante conductas como perder el tiempo, aplazar las decisiones y olvidarse de hacer las cosas. Normalmente estas personas no expresan directamente su enfado y malestar, prefiriendo manifestarlo mediante una conducta de negativismo.
12. **Personalidad sádica** → se caracteriza por un patrón patológico de conducta desconsiderada, cruel, agresiva y explotadora, que se pone de manifiesto mediante la crueldad física y la violencia, la humillación de los demás, una disciplina excesivamente dura, la intimidación y la obtención de placer con el sufrimiento y el dolor experimentado por los demás. Son individuos dominantes

y controladores, que pueden sentir atracción hacia símbolos de agresión, como armas, parafernalia militarista y películas violentas.

13. Personalidad autodestructiva → existe un patrón conductual caracterizado por pesimismo crónico, actitud sumisa y condescendiente, pasividad ante el fracaso, el sufrimiento y la explotación y una tendencia a situarse constantemente en situaciones dañinas, dolorosas, decepcionantes o abusivas.

2. ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

1. Marcar límites muy concretos en las conductas que se pueden efectuar, manteniéndolos estrictamente por parte de todo el personal.
2. No utilizar el castigo, sino buscar otro tipo de estrategias.
3. Es importante implicar a la familia, intentando introducir elementos modificadores en la dinámica familiar.

TEMA 7. TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

1. HISTORIA DEL ELECTROSHOCK

- ❖ **S. XVI.** Misioneros jesuitas en Etiopía, utilizan las descargas del pez torpedo, para expulsar demonios, en probables pacientes psiquiátricos.
- ❖ **S. XVIII.** Siguiendo las teorías del mesmerismo, algunos médicos administraban shocks ligeros para el tratamiento de la epilepsia, histeria, el retraso mental, la apatía y la depresión.
- ❖ **1755.** LeRoy, utiliza un tratamiento electroconvulsivante en un caso de ceguera psicógena.
- ❖ **1804.** Aldini, utiliza corriente galvánica para el tratamiento de la melancolía.
- ❖ **1905.** Charcot utiliza corrientes eléctricas de bajo voltaje para el tratamiento de la histeria.
- ❖ **1933.** Ugo **Cerletti**, estudia los efectos sobre el Asta de Ammon, de las crisis epilépticas repetitivas. A tal fin, provoca crisis convulsivas en perros mediante corriente eléctrica de 125 V, para obviar los efectos provocados por los fármacos proconvulsionantes.
- ❖ El 3 de noviembre Sakel informa que la administración reiterada de insulina, provoca **comas hipoglucémicos** y muchas veces convulsiones con efectos favorables en la esquizofrenia.
- ❖ Von Meduna, formula la hipótesis, que más tarde se demostraría del todo falsa, de la **“Teoría de la exclusión”**, o antagonismo entre la epilepsia y esquizofrenia.
- ❖ **1934.** Meduna trata su primer paciente con aceite de alcanfor intramuscular: un esquizofrénico catatónico de 4 años de evolución. El paciente tardó 15-20 minutos en convulsionar. Dicha latencia, le llevó a substituir progresivamente el alcanfor por pentilene-tetrazol (**CARDIAZOL**), que provocaba las **convulsiones** a los 10 seg. Esta técnica fue la más utilizada para provocar convulsiones, hasta que el grupo de Cerletti describe la electroconvulsivoterapia. Tenía desagradables efectos secundarios: ansiedad, agitación, hiperexcitabilidad psicomotora y persistencia del angustiante recuerdo en los casos de dosis subconvulsivas.
- ❖ El **primer electroshock** se administra el 18 de abril de 1938, en Roma por **Cerletti y Bini**, a un ingeniero con un síndrome esquizofrénico que 3 días antes la policía había hallado vagando por la estación Termini. El paciente recibió 11 sesiones completas tras las cuales fue dado de alta, con una remisión total de la sintomatología. **Ventajas** sobre el cardiazol: la amnesia, la ausencia de

ansiedad e hiperexcitabilidad psicomotora tras el ataque, la inducción al sueño y la posibilidad de repetir el tratamiento si este había sido insatisfactorio.

- ❖ En 1951 se introduce la **TEC modificada**. Al usar succinilcolina, como relajante muscular, más la administración previa de un barbitúrico anestésico, para evitar la desagradable sensación de parálisis respiratoria.
- ❖ En 1957, se publican estudios que corroboran la utilización de la TEC unilateral y su aplicación en el hemisferio no dominante, frente a la TEC bilateral.

La "**leyenda negra**" del TEC existe, entre otros ejemplos, por la antipsiquiatría, la opresión social y la orden manicomial, la película "Alguien voló sobre el nido del cuco", la Iglesia de la Cienciología, las regulaciones legales y las restricciones del uso el caso California o el caso Italiano. El impacto social y cultural del TEC se da por su estigma previo, por las representaciones culturales y sociales, por los usos políticos y la necesidad sanitaria, por el sentido de la educación; solamente el psicoanálisis ha sido tan criticado y denostado.

2. ¿POR QUÉ NO HAY UNA EXPLICACIÓN A SU UTILIDAD?

- ❖ Utilidad en múltiples procesos.
- ❖ Múltiples hipótesis.
- ❖ Múltiples estudios.
- ❖ Dificultades metodológicas.
- ❖ Estudios con animales.
- ❖ En resumen: múltiples explicaciones.

3. INDICACIONES PRIMARIAS

- ❖ En los **episodios depresivos con o sin síntomas psicóticos** cuando hay:
 - Inhibición intensa (estupor melancólico)
 - Alto riesgo de suicidio
 - Ideas delirantes de negación (Sd. De Cotard)
 - Ansiedad y/o agitación severa
 - Buena respuesta a TEC en episodios previos
 - Clínica de melancolía o pseudodemencia depresiva
- ❖ En los **episodios maniacos o mixtos** si aparece una respuesta farmacológica insuficiente.

- ❖ En la **esquizofrenia** con clínica de:
 - Agitación y/o estupor catatónico.
 - Episodios agudos con severa agitación y gran desorganización conductual y cognoscitiva.

4. INDICACIONES SECUNDARIAS

- ❖ En los **episodios depresivos**:
 - Cuando el paciente no responde a los antidepresivos, después de 6-8 semanas de administración a dosis terapéuticas.
 - Cuando en episodios previos no ha habido una buena respuesta a los antidepresivos.
 - Cuando la utilización de antidepresivos está contraindicada.
 - Depresión con rechazo a comer o a beber.
 - La depresión en la edad avanzada o la depresión involutiva responden bien, rápida y con escasas complicaciones a la TEC.

- ❖ En la **esquizofrenia**:
 - Cuando el paciente no responde a los antipsicóticos, después de 4-6 semanas de administración a dosis terapéuticas.
 - Cuando el paciente se niega a tomar la medicación, siendo imposible una correcta posología controlada.
 - Cuando hay intolerancia, o efectos indeseables de los antipsicóticos (p.e: Sd. Neuroléptico maligno)
 - Si existe sintomatología afectiva predominante.

- ❖ En **otras situaciones** especiales:
 - Enfermedad de Parkinson especialmente en fenómenos on-off.
 - Discinesia tardía.
 - Sd. Neuroléptico maligno.
 - Epilepsia intratable.
 - En pacientes embarazadas con episodios psicóticos.
 - Preferencia del paciente frente a otros tratamientos.

5. CONTRAINDICACIONES, RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS

- ❖ **No existen contraindicaciones absolutas** sino situaciones de riesgo relativo.
- ❖ El **riesgo relativo** del paciente viene determinado por: su estado de base, la respuesta anterior a otros fármacos o a la TEC, los efectos adversos y contraindicaciones de otros tratamientos y, finalmente, por el riesgo del no tratamiento.
- ❖ El riesgo de la TEC es en sí mismo, el riesgo anestésico y que viene determinado por aquellas situaciones valoradas como **grado 4 ó 5**:
 1. Lesiones cerebrales ocupantes de espacio.
 2. Hipertensión intracraneal.
 3. Infarto de miocardio reciente.
 4. Hemorragia cerebral reciente.
 5. Malformaciones vasculares.
 6. Aneurismas inestables.

- ❖ **Tasa de mortalidad:** 1/10.000 pacientes, tasa similar a la de la anestesia general en cirugía menor.
- ❖ **Principales efectos adversos:** arritmias y/o convulsiones prolongadas o tardías.
- ❖ Cefaleas, náuseas y dolores musculares.
- ❖ **Trastornos cognitivos** como episodios confusionales y trastornos amnésicos. No son frecuentes y son totalmente reversibles en algunas semanas.
- ❖ La **modificación** de algunos parámetros del tratamiento han contribuido a disminuir sustancialmente la frecuencia y severidad de estos efectos.
- ❖ **Cuadros hipomaniacos** que requieren un diagnóstico diferencial entre una euforia orgánica y una manía emergente en pacientes afectivos.
- ❖ Sería deseable el evitar asociar la TEC con psicofármacos, pero **no existe ninguna contraindicación absoluta.**

6. TEC DE MANTENIMIENTO

La **TEC-M** es definida como un régimen de tratamiento a largo plazo en el que los bacinetes reciben TEC en intervalos constantes o variables, según los casos, a lo largo de un período. Puede considerarse como un intento de prevenir un nuevo episodio después de un tratamiento satisfactorio con TEC. La administración de TEC-M sigue el modelo de la **cirugía ambulatoria**.

El programa de tratamiento habitual consiste en **sesiones semanales seguidas de otras quincenales** durante pocas semanas, pasando después a un intervalo mensual, hasta que se considera que existe una adecuada estabilidad en el paciente, por lo general al cabo de 6-7 meses.

La **duración del TEC-M** debe ajustarse a las características individuales de cada paciente, no existiendo un periodo límite en la prolongación de la terapia. En todo caso, cada 6 meses debe **reevaluarse la indicación**, en efectos del tratamiento y el consentimiento del paciente.

Respecto a la **técnica de estimulación y emplazamiento de los electrodos**, debe tender a utilizarse la misma que durante el TEC en el episodio índice. Por otra parte, las repetidas anestесias que requieren estos pacientes, no han dado lugar a una mayor morbilidad cardiovascular ni sobre otros sistemas orgánicos, aunque se tratara de pacientes con patología médica asociada.

7. CUIDADOS DE ENFERMERIA

❖ Días previos

- Proporcionar información sobre la TEC al paciente, familiares o personas responsables.
- Consentimientos informados.
- Cursar:
 - ECG
 - Analítica
 - Rx de tórax

❖ Día del TEC

○ Pre TEC:

- Ayuno mínimo **8 horas** (ingesta oral e hídrica).
- Retirar maquillaje, pintura de labios y esmalte de uñas.
- Retirar prótesis dental, gafas, lentillas, joyas y objetos metálicos.
- **Monitorización de constantes y colocar electrodos:** ECG, control TA, FC y Sat O₂, colocación VMK 50%-15LT
- Preparar ambú, mascarillas, mordedores y cánulas de Guedel.
- Asegurar el correcto funcionamiento de los aspiradores.
- **Carro de paros:** material de intubación y medicación de urgencia.
- **Preparación de la medicación:** Propofol, Anectine y Atropina.
- Preparación **suero Normaión** con equipo de suero y llave de tres vías.
- Canalizar vía periférica.
- En pacientes con problemas médicos específicos (p.e. diabéticos) controlar los posibles efectos del ayuno.

○ Intra y Post TEC:

- Detectar y actuar frente a los problemas que pueden aparecer:
 - 1. Hipertensión/hipotensión:** control de constantes y administrar medicación según pauta.
 - 2. Bradicardia:** administrar atropina por O.M.
 - 3. Arritmias:** si no revierten administrar lidocaína, propanolol por O.M.
 - 4. Vómitos:** aspirar y lateralizar la cabeza para evitar broncoaspiración.
- Valorar nivel de conciencia: reorientación temporoespacial y dar seguridad.
- Disminuir progresivamente concentración de oxígeno hasta retirar.
- Control de constantes al alta.
- Salinizar vía en pacientes hospitalizados.
- Retirar vía en pacientes ambulatorios.
- Registro de enfermería en el curso clínico.
- Realizar analítica y ECG semestralmente.
- Renovar consentimiento informado de forma semestral.

7.1. EFECTOS SECUNDARIOS

❖ **Trastornos confusionales:**

- Tranquilizar y orientar.
- Reposo durante las primeras horas.

❖ **Trastornos amnésicos** (memoria inmediata):

- Dar información, situar al paciente.

❖ **Dolores musculares:**

- Administrar analgésicos según pauta.

❖ **Cefaleas:**

- Administrar analgesia convencional según pauta.
- Acomodar al paciente en una habitación con poca luz.

TEMA 8: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1. FACTORES PREDISPONENTES

- ❖ Factores genéticos.
- ❖ Edad(13-20años).
- ❖ Sexo femenino.
- ❖ Factores afectivos/emocionales.
- ❖ Personalidad previa.
- ❖ Obesidad previa.
- ❖ Diabetes mellitus.
- ❖ Antecedentes psicopatológicos familiares.
- ❖ Obesidad materna.
- ❖ Cánones estéticos actuales

2. FACTORES PRECIPITANTES

- ❖ Cambios físicos en la pubertad.
- ❖ Separaciones y pérdidas.
- ❖ Ruptura de pareja.
- ❖ Incremento rápido de peso.
- ❖ Críticas respecto al cuerpo.
- ❖ Incremento de la actividad física.
- ❖ Sucesos vitales.

3. CLASIFICACIÓN

- ❖ **Anorexia Nerviosa**
 - Restrictiva.
 - Compulsiva purgativa.
- ❖ **Bulimia Nerviosa**
 - No purgativa.
- ❖ **TCANE:**
 - AN incompleta + menstruación regular o + peso todavía normal.
 - BN incompleta con atracones.
 - Conducta compensatoria inapropiada.
 - Falta y control de los alimentos.
 - TCA por atracones.

4. EPIEMIOLOGIA

La prevalencia de la **AN** en el grupo de mujeres adolescentes y adultos jóvenes en el mundo occidental oscila entre el 0,1 y 0,5%, mientras que la **BN** se encuentra alrededor del 1%. En los **hombres** es poco frecuente (5-10% del total de TCA). Se desconocen las cifras exactas para los **TCA no específicos o incompletos** pero se supone que hay una prevalencia más elevada que en la de los cuadros anteriores. La AN y la BN, así como los cuadros atípicos o no específicos conforman entidades que constituyen un **continuo**. En muchos casos, se pasa de cuadros restrictivos anoréxicos a otros consistentes en atracones-purgas. Las entidades atípicas no se pueden considerar menores que no requieren la misma atención que los trastornos completos.

5. ANOREXIA NERVIOSA

La AN es un trastorno caracterizado por:

1. Preocupación por el peso corporal y la comida.
2. Conducta dirigida hacia la pérdida de peso.
3. Patrones peculiares en el tratamiento de la comida.
4. Pérdida de peso.
5. Miedo intenso a engordar.
6. Trastornos de la imagen corporal.
7. Pérdida de la menstruación.

La alteración en la imagen corporal se manifiesta a través de la manera en que la persona percibe su peso, su talla o su silueta corporal. Las personas que sufren este trastorno afirman que se "sienten obesas" o que algunas partes de su cuerpo son "desproporcionadas" cuando lo cierto es que están muy por debajo de su peso normal.

El miedo intenso a ganar peso se manifiesta en la tendencia a pesar en la comida y en lo gordos que están. La negación de los síntomas observables es una característica fundamental de los enfermos anoréxicos.

El curso puede ser progresivo hasta la muerte, episódico, o lo más frecuente, consistir en un episodio único con posterior vuelta al peso normal. Se calcula una mortalidad del 10-15% de los casos graves.

Algunos anoréxicos siguen estrictos programas de ejercicio físico y otros, simplemente, se mantienen tan activos como les es posible. El vómito autoprovocado y el uso de laxantes y diuréticos son otras conductas mediante la que pretenden adelgazar.

Algunas de las personas con este trastorno no pueden mantener un control continuado sobre su dieta y pasan por periodos de bulimia, generalmente seguidos por un gran sentimiento de culpa y vómitos .

El diagnóstico de anorexia nerviosa se hace cuando existe una pérdida voluntaria del 25% del peso normal y, en la mujer, hay una ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Se desconoce la existencia de una etiología y una patogenia específicas de la anorexia nerviosa. La **teoría psicoanalítica** centra el origen del trastorno en un conflicto psíquico inconsciente que se manifiesta con una negación de la sexualidad. Por su parte, la **teoría ambientalista** explica la génesis de la anorexia desde una perspectiva social que impone un estilo y la necesidad de tener un cuerpo estilizado para triunfar.

5.1 ANOREXIA NERVIOSA: ALTERACIONES CONDUCTUALES.

- ❖ **Interés exagerado por temas dietéticos:**
 - Cálculo de calorías.
 - Inicio de dietas.
- ❖ **Manipulación de los alimentos.**
 - Trocear y esparcir los alimentos.
 - Cocinar para otros.
 - Ocultar los alimentos.
- ❖ **Control de la conducta alimentaria de los demás.**
- ❖ **Alteraciones del sueño.**

5.2 ALTERACIONES COGNITIVAS.

- ❖ Temor intenso a ganar peso.
- ❖ Alteración de la percepción del peso.
- ❖ Alteración en la percepción de la imagen corporal.
- ❖ Sobrevaloración de la capacidad de engorde de los alimentos.
- ❖ Pensamientos de características obsesivas.
- ❖ Síntomas depresivos: tristeza, baja autoestima, sentimientos de incapacidad,....

5.3 ALTERACIONES FISICAS.

- ❖ Pérdida de peso o fracaso en conseguir el peso normal en el crecimiento.
- ❖ Amenorrea.
- ❖ Astenia.
- ❖ Episodios de hipoglucemia y anemia.
- ❖ Alteraciones en la termorregulación.
- ❖ Fragilidad en las uñas.
- ❖ Cetonuria.
- ❖ Pérdida o disminución de caracteres sexuales externos.
- ❖ Pérdida de grasa subcutánea femenina.
- ❖ Desequilibrios electrolíticos.
- ❖ Anomalías de la hematopoyesis, como la leucopenia y la linfocitosis.
- ❖ Caída del pelo.
- ❖ Aparición de vello ("borrissol")
- ❖ Alteración en la osificación.
- ❖ Bradicardia.
- ❖ Hipotensión arterial.
- ❖ Otras: edemas, alteración de la función hepática.

5.4 TRATAMIENTO.

El tratamiento actual de la anorexia nerviosa está basado en técnicas de modificación de conducta. El primer paso consistirá en conseguir la colaboración del paciente en el programa de tratamiento. La mayoría de los anoréxicos se desinteresan e incluso se niegan al tratamiento y son llevados a la consulta en contra de su voluntad por familiares o amigos desesperados.

En la planificación del programa de terapia conductual será necesario el análisis y la implicación del grupo familiar, ya que, en muchas ocasiones, es allí donde se encuentra el elemento causante del trastorno.

Los pacientes anoréxicos más graves precisan un control diario de peso, comida, ingesta calórica y eliminación. En ocasiones, es necesaria la alimentación por SNG y la sueroterapia.

Fases: *recuperación de peso, estabilización del peso y restablecimiento psicológico y prevención de recaídas.*

6. BULIMIA NERVIOSA.

La sintomatología esencial del trastorno consiste en episodios de voracidad (consumo de una gran cantidad) de comida en un período corto de tiempo). La comida consumida durante un episodio bulímico suelen ser de una alta densidad calórica y de una textura que facilita su ingesta en poco tiempo. Generalmente, los episodios bulímicos son seguidos de fuertes sentimientos de culpa, depresión, autodesprecio y, muchas veces, de vómito autoprovocado.

Las personas con bulimia nerviosa muestran invariablemente una gran preocupación por su peso y hacen intentos continuos para controlarlo mediante la dieta, el vómito o el empleo de fármacos laxantes o diuréticos. Una característica primordial son las frecuentes oscilaciones de peso debidas a la alternancia entre las comilonas y el ayuno.

Aunque la mayoría de las personas con bulimia nerviosa tienen un peso normal, algunas pueden situarse ligeramente por debajo del peso ideal y otras pueden presentar exceso de peso. Frecuentemente, existe un estado de ánimo deprimido que puede formar parte de un trastorno depresivo. En algunas personas con este trastorno hay abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (ansiolíticos, anfetaminas, cocaína, OH,...).

Normalmente, el trastorno comienza en la adolescencia o al principio de la edad adulta. El curso es crónico e intermitente a lo largo de muchos años.

6.1 ALTERACIONES CONDUCTUALES.

- ❖ Atracones recurrentes.
- ❖ Conductas compensatorias.
 - Vómitos.
 - Uso de laxantes y diuréticos.
 - Ejercicio físico excesivo.
- ❖ Alteraciones en el sueño.

6. 2 ALTERACIONES COGNITIVAS.

- ❖ Alteración de la percepción del peso.
- ❖ Alteración en la percepción de la imagen corporal.
- ❖ Dificultades en el control de los impulsos.
- ❖ Síntomas depresivos: tristeza, baja autoestima, sentimientos de insatisfacción.

6. 3 ALTERACIONES FÍSICAS.

- ❖ Hipertrofia parotídea.
- ❖ Esofagitis.
- ❖ Distensiones de la pared abdominal.
- ❖ Alteraciones del esmalte dentario: pérdida de piezas.
- ❖ Gingivitis y úlceras.
- ❖ Erosiones en el dorso de la mano.
- ❖ Alteraciones en el ciclo menstrual.
- ❖ Alteraciones electrolíticas.

7. CURSO Y EVOLUCIÓN.

- ❖ Un 30-40% recuperan la normalidad absoluta.
- ❖ Un 30-40% mantienen la sintomatología mejorada.
- ❖ Un 10-20% se cronifican.
- ❖ Un 5-10% mueren a causa de la enfermedad.

8. FACTORES DE BUEN PRONOSTICO.

- ❖ Detección precoz.
- ❖ Personalidad previa adaptada.
- ❖ Edad de inicio.
- ❖ Buena respuesta a las pocas semanas de tratamiento.
- ❖ Buen rendimiento escolar antes del inicio de la enfermedad.

9. FACTORES DE MAL PRONOSTICO.

- ❖ Sobrepeso previo.
- ❖ Grave distorsión de la imagen corporal.
- ❖ Relación familiar conflictiva al inicio del trastorno.

- ❖ Comorbilidad psiquiátrica.
- ❖ Trastornos de la personalidad.
- ❖ Baja conciencia de trastorno.

10. OTROS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

- ❖ **Orthorexia:** Trastorno que se caracteriza por la obsesión por la ingesta de determinados grupos de alimentos. Evitan alimentos que consideran dañinos para la salud. Hay una obsesión por la calidad y no por la cantidad.
- ❖ **Vigorexia:** Trastorno cada vez más frecuente. Son personas adictas a aumentar su musculatura y utilizar sustancias como los anabolizantes, esteroides y dietas. Se produce una dismorfobia corporal y una disfunción de la imagen corporal.
- ❖ **Bulimarexia o Anorexia diurna:** Cuadro donde se combinan características de bulimia y anorexia. En general pacientes anoréxicos pero con episodios bulímicos.
- ❖ **Pica:** Ingesta de sustancias no alimenticias: yeso, pintura, hojas, cabello, insectos, etc. Suele observarse en casos de retraso mental, o unido a cuadros de enfermedades mentales graves. A veces, se da en embarazadas en el primer trimestre del embarazo. Puede dar lugar a complicaciones graves.
- ❖ **Síndrome de Prader-Willi:** Trastorno congénito. Hay una alteración en el cromosoma XV (padre). La incidencia aproximada es de un caso por cada 15.000 nacimientos, por lo que está considerada una enfermedad rara. Da lugar a malformaciones leves, deficiencia mental ligera y trastornos del comportamiento (baja tolerancia a la frustración). Como característica más marcada, la obesidad. Cuando nace el niño físicamente está bien pero hay una marcada hipotonía muscular. Más tarde, se aprecian retrasos al andar o al hablar. El principal problema es el apetito insaciable y la ausencia de control a la hora de comer. Carecen de la sensación de saciedad. No existe prevención médica, ni cura pero el diagnóstico precoz es esencial.

TEMA 9: TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

Los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo:

- ❖ Habilidades de interacción social.
- ❖ Habilidades para la comunicación.
- ❖ Presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas.

1. TIPOS

- ❖ Trastorno autista
- ❖ Trastorno de asperger
- ❖ Trastorno de rett
- ❖ Trastorno desintegrativo infantil o de 56éller
- ❖ Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

1.2 TRASTORNOS AUTISTAS

Alteración cualitativa de la integración social.

- ❖ Alteración del uso de comportamiento no verbales, como contacto ocular, expresión facial, gestos reguladores de la interacción social.
- ❖ Relaciones inadecuadas con niños de su mismo nivel de desarrollo.
- ❖ No comparte con otros intereses u objetivos comunes.
- ❖ Falta de reciprocidad social.

Alteración cualitativa de la integración social

- ❖ Ausencia, detención y retraso de las respuestas (sonrisa, extraña ansiedad).
- ❖ Incapacidad para vincularse.
- ❖ Evitación visual (mirar como si no vieran).
- ❖ Falta de actitud anticipatoria y de saludo.
- ❖ Dificultad para jugar (no hay juegos significativos o imaginativos).
- ❖ Indiferencia durante la separación.

Alteración cualitativa de la comunicación

- ❖ Ausencia o retraso en el lenguaje oral.
- ❖ En sujetos que hablan, incapacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
- ❖ Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje.
- ❖ Alteración del tono. Producción mecánica del habla (sonsonete).
- ❖ Uso fragmentado del lenguaje.
- ❖ Falta de finalidad comunicativa.
- ❖ Y de contenido comunicacional.
- ❖ Ausencia de gestos adecuados.
- ❖ Disociación entre los gestos y el lenguaje.
- ❖ Frecuentemente no hablan.
- ❖ Cuando lo hacen es con retraso y anormalidad en la forma.
- ❖ Jerga ininteligible. Neologismos.
- ❖ Ecolalia inmediata o diferida.
- ❖ Inversión pronominal.
- ❖ No usan el "yo" ni el "sí".

Patrones de comportamiento restringido

- ❖ Preocupación absorbente.
- ❖ Adhesión inflexible a rutinas o rituales.
- ❖ Manierismos, motores repetitivos, por ejemplo, sacudir o girar manos, dedos o movimientos complejos del cuerpo.
- ❖ Preocupación persistente por parte de objetos.

Relación con los objetos

- ❖ Preocupación y manejo obsesivo (girar).
- ❖ Estereotipado y persistente.
- ❖ Apego a un objeto especial (fascinación).
- ❖ Uso de la mano de la madre (o terceros) como objeto mecánico para conseguir lo que necesita.
- ❖ Fascinación por objetos redondos y giratorios, seleccionados por la textura que hace girar de forma compulsiva.
- ❖ Monotonía, estereotipia y perseveración.
- ❖ No son creativos.

- ❖ Adhesión obsesiva a determinados objetos (aros, hojas, hilos, telas).
- ❖ Resistencia al cambio: del entorno, de lo cotidiano, del orden que él estableció.

CARACTERÍSTICAS MOTORAS

- ❖ Hipotonía, hiperlaxitud articular global con distonías, paratonías, discinesias, tics, muecas, etc.
- ❖ Estereotipias, juegos manipulativos, movimientos con los ojos, aleteos, marcha en
- ❖ puntas de pié.
- ❖ Rítmicas.
- ❖ Impulsividad y torpeza, alternando con minuciosidad de acuerdo a su interés.

CARACTERÍSTICAS SENSORIALES

Canal auditivo

- ❖ Atención muy especial a sonidos autoproducidos (autoestimulación auditiva).
- ❖ Falta de respuesta a ruidos intensos.
- ❖ Percepción detallista a sonidos sutiles.

Canal del tacto

- ❖ Hipoestesia al dolor, quemaduras o frío.
- ❖ Sensibilidad especial a determinadas texturas.

Canal vestibular

- ❖ Reacciones atípicas ante estímulos de balanceo o giratorios. Fascinación por objetos que giran o por hacer girar objetos (rueda, ventilador).

Canal del gusto y el olfato

- ❖ Olfateo repetitivo de objetos y personas.
- ❖ Extrema selectividad en los alimentos.
- ❖ Chupeteo o ingesta de objetos no comestibles.

Canal visual

- ❖ Evitación de la mirada para comunicarse.
- ❖ Memoria detallista visual, mirada fija.
- ❖ Interés por los cambios de luminosidad.
- ❖ Búsqueda de la luz intensa.
- ❖ Prolongada observación de sus manos u objetos frente a su cara.
- ❖ Fascinación por ciertos objetos y elementos en movimiento (agua, tren).

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia del autismo es de 2-5:10.000 habitantes (DSM-IV-2002), aunque esta cifra puede aumentar a 20:10.000 personas, según instrumentos de evaluación.

Las estimaciones de prevalencia aumentan hasta 57:10.000 personas cuando se incluyen subtipos ligeros.

El incremento se debe al refinamiento diagnóstico, aunque no se excluye un incremento real en la prevalencia. De cinco autistas: 4 son varones ♂ y 1 es mujer ♀. Las mujeres afectadas presentan un retraso mental más profundo. El riesgo de recurrencia para una familia con un niño autista de etiología desconocida es del 8,6 %.

ETIOLOGÍA

El autismo tiene un componente genético fuerte y complejo, implicando varios genes.

El gen del Síndrome de Rett se encuentra en el cromosoma X. Algunos niños con autismo tienen alteración en el cromosoma 15, en la región 15q11 y q13. Esto sugiere duplicación del cromosoma 15.

ALTERACIONES ESTRUCTURALES

El cerebro de un autista es más largo que el de uno no autista. Existe hipoplasia de los lóbulos cerebelosos IV y VI. En estudios por neuroimagen se encuentran anomalías en las estructuras del sistema límbico (amígdalas, hipocampo, cuerpos mamilares....). Estudios con TEP confirman inmadurez del desarrollo dendrítico neuronal en área frontal y parietal, áreas que intervienen en el procesamiento de la información.

TRASTORNOS MÉDICOS ASOCIADOS

- ❖ Síndrome del Cromosoma X frágil.
- ❖ Esclerosis tuberosa.
- ❖ Neurofibromatosis.
- ❖ Espasmos infantiles (West -Gaston).
- ❖ Fenilcetonuria.
- ❖ Síndrome Rubeólico Intrauterino.
- ❖ Hidrocefalia.
- ❖ Síndrome de Möebius.
- ❖ Distrofia muscular de Duchene.

SIGNOS TEMPRANOS

- ❖ Crecimiento rápido de la cabeza.
- ❖ No balbuceo a los 12 meses.
- ❖ No gesticulaciones o señales a los 12 meses.
- ❖ Ausencia de palabras a los 16 meses.
- ❖ Ausencia de frases de dos palabras a los 2 años.
- ❖ Cualquier pérdida de habilidades a cualquier edad.
- ❖ No responde a su nombre.
- ❖ No sigue instrucciones.
- ❖ Cualquier tipo de retardo en el lenguaje.
- ❖ No sabe jugar con juguetes.
- ❖ No contacto visual.
- ❖ No sonríe socialmente.
- ❖ Parece estar en su mundo.
- ❖ Parece muy independiente.

TRASTORNO DE ASPERGER

- ❖ Dentro del espectro autístico.
- ❖ Lenguaje con poco retraso inicial.
- ❖ Inteligentes pero con erudición puntual sobre algunos temas.
- ❖ Socialmente extraños, vinculación atípica.
- ❖ Pensamiento rígido, inapropiado, concreto.
- ❖ Suelen tener escasa habilidad motora.
- ❖ No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo.
- ❖ CI normal.
- ❖ Dificultad para la abstracción.
- ❖ Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas.

TRASTORNO DE RETT

- ❖ Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
- ❖ Desarrollo psicomotor durante los primeros 5 meses, aparentemente normal.
- ❖ Circunferencia craneal normal en el nacimiento.
- ❖ Desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.

- ❖ Pérdida de las habilidades manuales intencionales y aparición de movimientos estereotipados.
- ❖ Pérdida de la implicación social.
- ❖ Mala coordinación de la marcha o de movimientos del tronco.
- ❖ Desarrollo del lenguaje comprensivo y expresivo gravemente afectados con retraso psicomotor grave.
- ❖ Solo en niñas.
- ❖ Severa deficiencia mental.
- ❖ Mutismo.
- ❖ Comportamiento autista.
- ❖ Estereotipias manuales.
- ❖ Espaticidad, ataxia y convulsiones.

TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL

- ❖ Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años.
- ❖ Pérdida significativa de habilidades previamente adquiridas.
- ❖ Alteración cualitativa de la interacción social.
- ❖ Alteración cualitativa de la comunicación.
- ❖ Puede estar asociado a epilepsia clínica o subclínica.
- ❖ Severa regresión autística después de un periodo de desarrollo temprano normal.
- ❖ TGD no especificado.
- ❖ Incluye "autismo atípico".
- ❖ Existe una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social o de las habilidades de la comunicación verbal.
- ❖ Juegos con rigidez y perseveración.
- ❖ Forma menor.