

SM

MANUAL AMIR ENFERMERÍA



**ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA
Y SALUD MENTAL**

4^º edición

**MANUAL AMIR ENFERMERÍA
ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL (4.ª edición)**

ISBN

978-84-16218-32-5

DEPÓSITO LEGAL

M-35913-2014

ACADEMIA DE ESTUDIOS MIR, S.L.

www.academiamir.com

info@academiamir.com

DISEÑO, MAQUETACIÓN E ILUSTRACIONES

Iceberg Visual Diseño, S.L.N.E.

IMPRESIÓN



La protección de los derechos de autor se extiende tanto al contenido redaccional de la publicación como al diseño, ilustraciones y fotografías de la misma, por lo que queda prohibida su reproducción total o parcial sin el permiso del propietario de los derechos de autor.



SM

ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

**SM**

ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

AUTORES

Dirección editorial

JAIME CAMPOS PAVÓN (10)
 BORJA RUIZ MATEOS (5)
 AIDA SUÁREZ BARRIENTOS (3)
 VIVIANA ARREO DEL VAL (9)

EDUARDO FRANCO DÍEZ (12)
 IRENE SÁNCHEZ VADILLO (9)
 JORGE ASO VIZÁN (10)

Autores

PABLO BARRIO GIMÉNEZ (23)
 ORIOL MOLINA ANDREU (21)
 JAIME CAMPOS PAVÓN (10)

EDUARDO FRANCO DÍEZ (12)
 AIDA SUAREZ BARRIENTOS (3)
 VIVIANA ARREO DEL VAL (9)

Relación general de autores

ADRIÁN HUSILLOS ALONSO (1)
 ADRIANA PASCUAL MARTÍNEZ (2)
 AIDA SUÁREZ BARRIENTOS (3)
 AINHOA GUIJARRO VALTUËÑA (4)
 ALBERTO CECCONI (5)
 ALBERTO LÓPEZ SERRANO (6)
 ALBERTO TOUZA FERNÁNDEZ (7)
 ANDRÉS CRUZ HERRANZ (8)
 ÁNGEL ALEDO SERRANO (5)
 AURORA CECILIA (9)
 BEATRIZ SÁNCHEZ MORENO (10)
 BORJA DE MIGUEL CAMPO (10)
 BORJA RUIZ MATEOS (5)
 CARLOS CORRALES BENÍTEZ (9)
 CARMEN OLMOS BLANCO (5)
 CORAL BALLESTEROS CALERO (9)
 CRISTINA ALMANSA GONZÁLEZ (10)

CRISTINA OTERO JIMENO (4)
 DAVID BERNAL BELLO (11)
 EDUARDO FRANCO DÍEZ (12)
 ELENA FORTUNY FRAU (13)
 ENRIQUE BALBACID DOMINGO (9)
 ESPERANZA RUIZ BANDERA (14)
 FRANCISCO ALBERTO DÍAZ PEDREGAL (15)
 IRENE BARBA MERCADO (16)
 IRENE SÁNCHEZ VADILLO (9)
 ISABEL CARDOSO LÓPEZ (17)
 JAIME CAMPOS PAVÓN (10)
 JESÚS RECIO PÉREZ (10)
 JONATHAN ESTEBAN SÁNCHEZ (7)
 JORGE ASO VIZÁN (10)
 JUAN MIGUEL ANTÓN SANTOS (18)
 LUCÍA MARTÍNEZ VILLAREJO (19)
 LUCÍA TURRIÓN MERINO (12)

MARÍA ÁNGELES PÉREZ-MONEO AGAPITO (9)
 NATALIA DURÁ DÍEZ (4)
 NAZARET GARCÍA MONTERO (1)
 ORIOL ALEGRE CANALS (20)
 ORIOL MOLINA ANDREU (21)
 ÓSCAR CANO VALDERRAMA (22)
 PABLO BARRIO GIMÉNEZ (23)
 PABLO SOLÍS MUÑOZ (24)
 ROBERTO MOLINA ESCUDERO (11)
 ROCÍO DOMÍNGUEZ PELÁEZ (25)
 RUBÉN VIEJO MORENO (10)
 SILVIA PÉREZ TRIGO (5)
 TERESA ALEJANDRA CERRADA GÓMEZ (6)
 TOMÁS PASCUAL MARTÍNEZ (10)
 VICTORIA DÍAZ MARUGÁN (26)
 VIVIANA ARREO DEL VAL (9)
 YASMINA MOZO DEL CASTILLO (6)

(1) H. U. Gregorio Marañón. Madrid.
 (2) H. U. Infanta Elena. Madrid.
 (3) Royal Brompton & Harefield NHS
 Foundation Trust. Harefield, Reino Unido.
 (4) H. U. Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.
 (5) H. U. Clínico San Carlos. Madrid.
 (6) H. U. de Sant Joan d'Alacant. Alicante.
 (7) H. U. de Getafe. Madrid.
 (8) U. of California. San Francisco, EE.UU.

(9) H. U. La Paz. Madrid.
 (10) H. U. 12 de Octubre. Madrid.
 (11) H. U. de Fuenlabrada. Madrid.
 (12) H. U. Ramón y Cajal. Madrid.
 (13) H. U. Son Espases. Palma de Mallorca.
 (14) Escuela U. de Enf. San Juan de Dios. Málaga.
 (15) H. U. de Guadalajara. Guadalajara.
 (16) H. U. de la Ribera. Alzira. Valencia.
 (17) H. Nuestra Señora de América. Madrid.

(18) H. Infanta Cristina. Madrid.
 (19) Centro de Salud Goya. Madrid.
 (20) H. U. de Bellvitge. Barcelona.
 (21) Mútua Terrassa. Terrassa.
 (22) H. U. Santa Cristina. Madrid.
 (23) H. U. Clinic. Barcelona.
 (24) King's College Hospital. Londres, Reino Unido.
 (25) Centro de Salud Tres Cantos. Madrid.
 (26) Centro de Salud Puerta Bonita. Madrid.



SM

ORIENTACIÓN EIR

Rendimiento por asignatura
(preguntas por página)

2,05

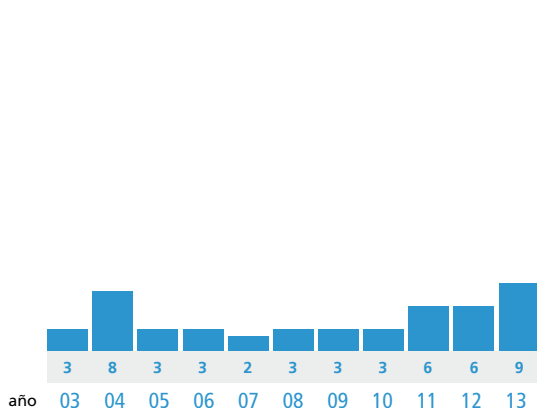
Número medio de preguntas
(de los últimos 11 años)

4

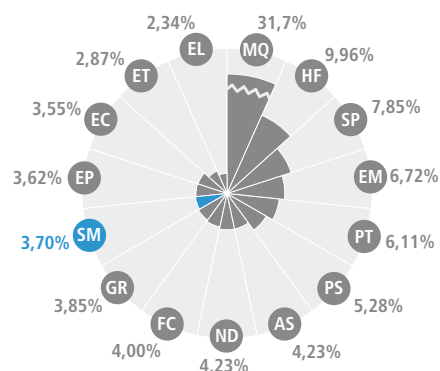
Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental se trata de una asignatura de importancia media pero creciente en el EIR, con una media de 3-4 preguntas años atrás, pero que en las últimas convocatorias ha ascendido hasta 6 y 9 preguntas.

Los temas de mayor relevancia son el tema 1. Introducción, del que debes conocer la epidemiología de los trastornos mentales y su clasificación, y el tema 2. Trastornos psicóticos, siendo la esquizofrenia el tema estrella. Además, los temas 5 y 6 son temas de creciente importancia en el EIR.

Tendencia general 2003-2013



Importancia de la asignatura dentro del EIR



Distribución por temas

tema	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	Total
Tema 1. Introducción	2	2		2				1	3	2	4	16
Tema 2. Trastornos psicóticos	1	3	2				2			1	1	10
Tema 4. Trastornos de ansiedad		1		1			1			1	2	6
Tema 5. Trastornos somatomorfos y otros trastornos neuróticos		1			1	1		1		1		5
Tema 3. Trastornos del estado de ánimo y conducta suicida		1							1	1	1	4
Tema 6. Trastornos mentales orgánicos					1			1	1			3
Tema 7. Trastornos por abuso de sustancias			1			1					1	3
Tema 8. Trastornos de la conducta alimentaria						1			1			2
Tema 9. Trastornos de la personalidad										1		1

TEMA 1.	INTRODUCCIÓN.....	11
TEMA 2.	TRASTORNOS PSICÓTICOS.....	15
TEMA 3.	TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y CONDUCTA SUICIDA.....	17
TEMA 4.	TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	20
TEMA 5.	TRASTORNOS SOMATOMORFOS Y OTROS TRASTORNOS NEURÓTICOS.....	23
TEMA 6.	TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS.....	26
6.1.	<i>Delirium</i> o síndrome confusional agudo.....	26
6.2.	Demencias.....	26
TEMA 7.	TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS.....	28
7.1.	Conceptos básicos.....	28
7.2.	Clasificación de las sustancias de abuso.....	28
7.3.	Trastornos relacionados con el alcohol.....	28
7.4.	Trastornos relacionados con los opiáceos.....	29
7.5.	Trastornos relacionados con la cocaína.....	29
7.6.	Trastornos por consumo de derivados del cannabis.....	30
7.7.	Trastornos producidos por otras sustancias.....	30
TEMA 8.	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	30
TEMA 9.	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.....	32
TEMA 10.	TRASTORNOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.....	34



SM

ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

TEMA 1

INTRODUCCIÓN

Enfoque EIR

Debes conocer la epidemiología de los trastornos mentales, y los trastornos de la memoria y la percepción.

Breve historia de la psiquiatría

A pesar de que disponemos de descripciones de trastornos mentales en la Antigüedad (manía, melancolía) y en la Edad Media, se considera que el origen de la psiquiatría actual se produjo en el siglo XVIII, en Francia. Philippe Pinel, un médico francés afín a las ideas de la Ilustración, inició el estudio moderno de la locura como enfermedad. Previamente, se solía considerar la locura bien como un fenómeno misterioso (castigo divino o posesión demoníaca) o bien se trataba al loco como un ser peligroso y criminal. Este hecho se ejemplifica en la famosa anécdota en la que **Pinel**, en el periodo de la Revolución Francesa, liberó a los enfermos mentales de sus cadenas (**EIR 03, 56**), simbolizando así la transición entre la visión antigua (con mayor connotación moral) y la visión moderna (presidida por una visión médica como enfermedad) (**EIR 12, 154**). En este periodo a la psiquiatría se le solía llamar **alienismo**, y al enfermo mental, **alienado**. Por un lado, Pinel clasificó las formas de enfermedad mental siguiendo un modelo de clasificación naturalista (similar a la empleada para clasificar especies de plantas o animales) y, por otro, propugnó el **tratamiento moral**, parecido a nuestra actual psicoterapia, con el objetivo de curar a los enfermos.

Este enfoque médico de la psiquiatría ha continuado hasta la actualidad, pero gozó de su máximo esplendor durante el siglo XIX y primera mitad del siglo XX. Sus máximas figuras son Emil Kraepelin y Eugen Bleuler. Kraepelin clasificó las enfermedades mentales de una forma muy parecida a la que usamos actualmente y se le considera el padre de la psiquiatría biológica moderna. Distinguió entre enfermedades mentales episódicas y de buen pronóstico (enfermedad maníaco-depresiva, los actuales trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar) y enfermedades mentales crónicas y deteriorantes (demencia precoz). **Bleuler** creó el término **esquizofrenia** (**EIR 04, 91**) para este último tipo de enfermedades mentales crónicas y graves. En esta época también se estableció la moderna distinción entre psicosis (término acuñado por Feuchtersleben) y neurosis (término acuñado por Cullen). De forma esquemática, las **psicosis** son aquellas enfermedades mentales con síntomas graves como delirios y alucinaciones, y que implican una ruptura con la realidad. Las **neurosis**, por el contrario, son aquellas enfermedades mentales con síntomas más leves, habitualmente alteraciones del estado de ánimo y ansiedad, en las que el sentido de realidad se conserva. Así como Kraepelin y Bleuler se ocuparon de las psicosis, **Sigmund Freud** en el mismo periodo estudió las neurosis. A partir de su estudio, creó una disciplina para comprenderlas y tratarlas, el **psicoanálisis**. El psicoanálisis marcó una ruptura con la visión médica del trastorno mental, e introdujo una vi-

sión más psicológica, humanística y social en la comprensión de los trastornos mentales. El psicoanálisis es un movimiento con múltiples escuelas y técnicas de psicoterapia, que reciben habitualmente el nombre de su creador (p. ej., terapia junguiana por Carl G. Jung). Del psicoanálisis han surgido las actuales psicoterapias, especialmente la **terapia psicodinámica**, aunque también en cierta medida la **terapia cognitivo-conductual**, que también se vio influenciada por un movimiento de estudio de la conducta llamado **conductismo**.

A lo largo del **siglo XX**, la psiquiatría se ha visto influenciada por dos sucesos: el descubrimiento de los psicofármacos y la antipsiquiatría. Los **psicofármacos** se descubrieron en los años 50 y permitieron el tratamiento de trastornos considerados incurables hasta entonces, de forma que posteriormente se tendió a clausurar los antiguos hospitales psiquiátricos (que actuaban principalmente apartando al enfermo de la sociedad al no disponerse de una cura) y a tratar el enfermo mental en la comunidad. Asimismo, los psicofármacos han contribuido al conocimiento actual sobre la neurobiología de la enfermedad mental. La **antipsiquiatría** fue un movimiento que se produjo en los años 60 (cuyas principales figuras son Basaglia y Cooper), que criticaba la visión médica de la enfermedad mental, inclusive rechazando el término enfermedad. Contribuyó a incrementar la sensibilidad hacia los aspectos sociales y familiares del trastorno mental y a crear dispositivos de atención comunitaria (centros de día, hospitales de día, comunidades terapéuticas). Sus consecuencias negativas fueron la banalización de la enfermedad (al considerarla únicamente como surgida de problemas en las relaciones sociales o familiares), el cierre completo de hospitales psiquiátricos (en Italia) y la estigmatización de tratamientos útiles, como los antipsicóticos o la terapia electroconvulsiva. En la década de los 70 cabe destacar la aparición en España del modelo de salud mental comunitaria, siendo uno de sus rasgos distintivos la participación de la comunidad en la planificación, creación y gestión de los recursos y dispositivos asistenciales (**EIR 12, 155**).

Durante la segunda mitad del siglo XX la tendencia en el modelo del tratamiento de las enfermedades mentales fue trasladándose desde el modelo manicomial al modelo comunitario. Esto se debió a varios factores, entre los cuales podríamos destacar los avances farmacológicos así como ciertos movimientos sociales (por ejemplo la antipsiquiatría). Finalmente este cambio de paradigma se vio recogido en la Ley General de Sanidad de 1985, que estipula que siempre que sea posible, los enfermos mentales deberán ser tratados en régimen ambulatorio (**EIR 13, 170**).

Clasificación de los trastornos mentales

Dadas las polémicas que se han producido entre distintas escuelas a lo largo del tiempo sobre el origen de las enfermedades psiquiátricas, se ha llegado al consenso de usar el término "tras-

torno", que no presupone un origen biológico o psicológico. Asimismo, se ha llegado al consenso de adoptar internacionalmente unos mismos diagnósticos para que los clínicos puedan entenderse entre sí, a pesar de sus respectivas orientaciones teóricas (biológicas, psicoanalíticas, etc.). Las dos principales clasificaciones actuales son:

DSM

"Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". Es americano. La edición más reciente es la DSM-IV-TR (cuarta edición, texto revisado) de 2002.

El DSM distingue cinco ejes de clasificación de problemas, no siempre usados en la práctica:

- Eje I.
Trastornos psiquiátricos.
- Eje II.
Trastornos de la personalidad y retraso mental.
- Eje III.
Enfermedades médicas.
- Eje IV.
Problemas psicosociales y ambientales.
- Eje V.
Evaluación de la actividad global del sujeto. Pretende cuantificar el deterioro que el conjunto de problemas produce en el funcionamiento del sujeto.

CIE-10

"Clasificación Internacional de Enfermedades - Décima Revisión". Es la clasificación europea pero de uso mundial, al ser la utilizada por la OMS.

Epidemiología de los trastornos mentales (EIR 11, 95; EIR 06, 90)

Los **trastornos afectivos** (depresión mayor, distimia y trastornos bipolares) constituyen la **principal causa de discapacidad** en los países desarrollados. La prevalencia (porcentaje de la población general que padece el trastorno) de depresión en España en un año es del 4%. La prevalencia es el doble en **mujeres** que en hombres (cosa que se suele atribuir a factores hormonales y sociales, y no a factores genéticos). El trastorno bipolar tiene una prevalencia del 1% en ambos sexos por igual.

Los **trastornos de ansiedad** son los **trastornos mentales más frecuentes en España**. La prevalencia en un año es de un 6% y la prevalencia a lo largo de la vida es de un 17% de la población mundial. De nuevo, su prevalencia es casi el doble en las **mujeres** que en los hombres.

Se considera que la prevalencia de la **esquizofrenia**, a nivel mundial, es del 1%, con independencia de factores sociales y culturales. Su prevalencia es igual en los dos sexos.

La prevalencia de la **dependencia del alcohol** en España es del 6% en **hombres** y del 1% en mujeres. La prevalencia general de la dependencia a tóxicos (que no sean el alcohol) es de un 3% de la población europea.

Psicopatología descriptiva

Es la técnica de identificar de forma separada los distintos síntomas que permiten el diagnóstico de trastornos mentales. Sería análogo a la obtención de síntomas en la exploración física del enfermo por parte del médico, aunque en este caso todos los síntomas se localizan en el discurso del paciente o en su conducta.

Trastornos de la orientación

Deben valorarse los distintos campos de la orientación:

- Respecto al **lugar**.
- Respecto al **tiempo**.
- Respecto de la **propia persona**.
Se refiere a la conciencia sobre la unidad, la continuidad y la identidad de cada uno.

Trastornos de la psicomotricidad

- **Inhibición psicomotriz**.
Desde un ligero enlentecimiento psicomotor, hasta el estupor o la catatonía.
- **Agitación psicomotriz**.
Desde la inquietud hasta una verdadera agitación.

Trastornos de la memoria

- **Alteraciones cuantitativas de la memoria**.
 - **Hipermnesia/hipomnesia**.
Aumento/disminución de la capacidad de memorizar.
 - **Amnesia**.
Pérdida de la capacidad de almacenar nueva información o de recordar lo ya aprendido. Puede ser **retrograda** (impide recordar lo sucedido en un periodo anterior a un suceso) (**EIR 04, 78**), o **anterógrada** (de fijación, impide aprender nuevos datos tras el suceso).
- **Alteraciones cualitativas de la memoria**.
 - **Paramnesia** o alucinación del recuerdo.
Se toman como recuerdos reales lo que tan sólo son fantasías en su imaginación.
 - **Criptomnesia** o alteración en el reconocimiento.
Incluye los fenómenos "dejà vu" o "jamais vu".

Alteraciones de la atención

Hablamos de **hiperprosexia**, **hipoprosexia** y **aprosexia** refiriéndonos al aumento, disminución o abolición de la atención respectivamente.

Trastornos del lenguaje

- **Dislalia (EIR 08, 33)**.
Es un trastorno en la articulación de los fonemas. Se denominan funcionales cuando se afectan los órganos periféricos del habla, y orgánicas cuando hay o bien una afectación de los centros del SNC (en cuyo caso se llama también disartria), o bien una afectación de los órganos del habla (labios, paladar, lengua), llamándose en este caso también disglosia).
- **Disfemia**.
Alteración en la emisión de las palabras (tartamudez). Todos los órganos de la expresión están conservados.
- **Disfonía**.
Alteración en el tono y en el timbre de la voz.
- **Taquilalia o verborrea**.
Hablar muy deprisa.
- **Bradilalia**.
Hablar muy despacio.
- **Verbigeración**.
Repetición de frases sin sentido y fuera de lógica. Cabe distinguir:
 - **Ecolalia (EIR 03, 58)**.
Repetición de frases en forma de eco. Puede darse como mecanismo de defensa en forma de apoyo.

- **Palilalia.**
El sujeto repite solo la última sílaba de la palabra.
- **Logoclonia.**
Reiteración de una única sílaba.
- **Mutismo.**
Negación a hablar.
- **Musitaciones.**
Hablar en voz baja, murmullo.
- **Monólogo o soliloquio.**
Una persona habla consigo misma y se contesta.
- **Neologismo.**
El sujeto crea palabras nuevas en una conversación o en un escrito.
- **Jergafasia o jargonofasia.**
Emisión de palabras carentes de sentido y lógica.
- **Pararrespuesta.**
Se hace una pregunta y se contesta con una respuesta que no tiene nada que ver (p. ej., *¿hace frío? Son las tres*).
- **Estereotipia verbal.**
Introducción anormal y continua de cualquier tipo de palabra en todas las frases que dice una persona. Un subtipo es la coprolalia (se dicen vocablos de tipo soez).
- **Lenguaje prolijo o circunstancial.**
Aporta numerosos detalles innecesarios.
- **Lenguaje tangencial.**
La respuesta no se adapta exactamente a la pregunta.

Trastornos de la percepción

- **Ilusión.**
Mala interpretación de una experiencia sensorial externa real. Puede darse en personas normales en situación de ansiedad, en estados tóxicos o en la esquizofrenia. *Por ejemplo, interpretar la sombra de un árbol como la figura de un asaltante.*
- **Alucinación (EIR 03, 55).**
Percepción aparente de un objeto externo cuando no existe el real correspondiente. Pueden aparecer por enfermedad cerebral orgánica, enfermedad metabólica, drogas y agentes químicos. *Por ejemplo, ver correr ratas por la habitación o sobre las sábanas, como les sucede a los abstinentes graves del alcohol (delirium tremens).*
- **Pseudoalucinación.**
Percepción de objeto irreal, con conciencia de realidad, únicamente en el espacio interior: por ejemplo, en las voces oídas en la esquizofrenia, cuando sólo se oyen "dentro de la cabeza".
- **Alucinosis.**
Son percepciones sin objeto pero correctamente criticadas por el sujeto, que tiene conciencia de lo anómalo del fenómeno (a diferencia de las alucinaciones).

(Ver figura 1)

Trastornos del pensamiento

- **Alteraciones del contenido del pensamiento.**
 - **Delirio o idea delirante.**
Idea o creencia falsa, en ocasiones (pero no siempre) de contenido imposible, convicción irrefutable, e inmodificable por la experiencia o la evidencia empírica (EIR 13, 171). Según el contenido puede ser de perjuicio o persecución, de referencia (*sentirse observado o vigilado*), celotípicos (*de celos*), erotomaniaco (*de enamoramiento*), megalomaniacos (*de grandeza*), de culpa o condenación, de ruina o

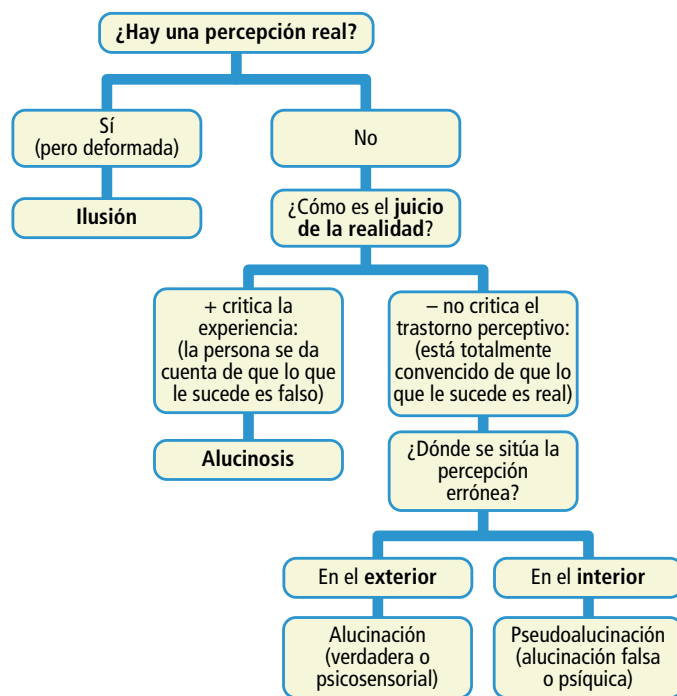


Figura 1. Diferencias entre las experiencias perceptivas anormales.

pobreza, de infestación, de enfermedad, de alienación del pensamiento (robo, inserción, control, lectura, o difusión del pensamiento).

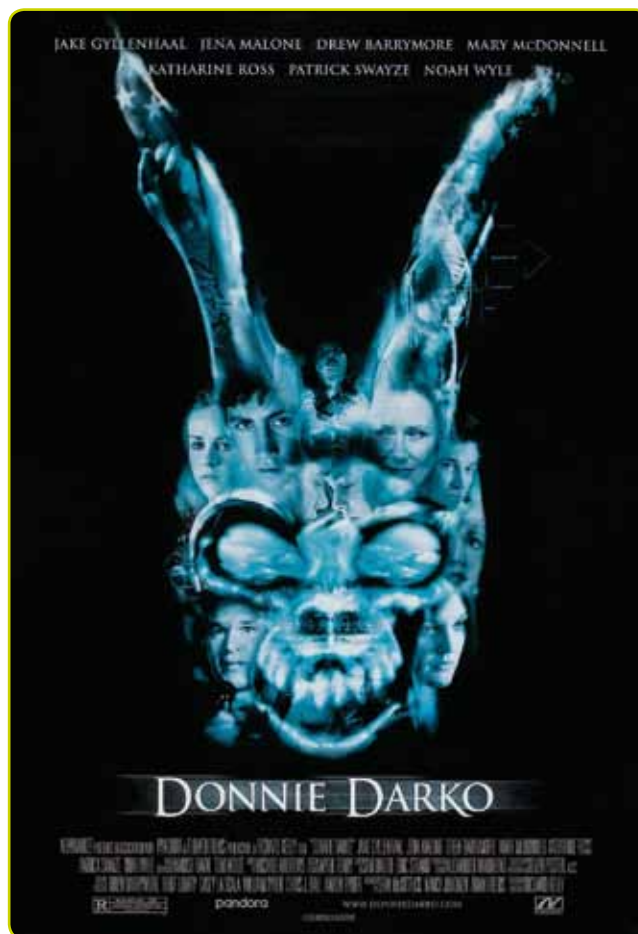


Figura 2. En la película de culto "Donnie Darko" el protagonista sufre alucinaciones visuales en forma de un conejo gigante que le anuncia el fin del mundo.

- **Idea sobrevalorada.**

Aquella que no llega a ser tan inaceptable (según procedencia cultural o social) o que no es defendida con tanta intensidad como la idea delirante. *Por ejemplo, la necesidad de delgadez de una paciente con anorexia nerviosa.*

- **Alteraciones del curso del pensamiento.**

- **Fuga de ideas (EIR).**

Típico de la **manía**. Pensamiento acelerado y con exceso de ideas, por lo que al final descarrila y resulta escasamente comprensible al pasar con rapidez de una idea a otra.

- **Pensamiento inhibido.**

Se observa bradipsiquia (*pensamiento enlentecido*) y pobreza ideativa. Típico de la **depresión mayor**.

- **Pensamiento bloqueado** (bloqueos del pensamiento).

Pérdida brusca de la idea directriz del pensamiento, el sujeto lo vive como si no pudiera terminar sus pensamientos. Típico de la **esquizofrenia**.

- **Pensamiento disgregado.**

Pérdida reiterada de la idea principal, apareciendo como falto de lógica. Típico de la **esquizofrenia**.

- **Pensamiento incoherente.**

Mezcla de las alteraciones del curso y el contenido del pensamiento apareciendo una pérdida del hilo argumental junto con la incomprensión semántica del lenguaje. Típico de la **esquizofrenia** o de la **demenia**.

- **Pensamiento prolijo o circunstancial.**

Sobreabundancia de datos innecesarios y accesorios en torno a una idea.

- **Pensamiento perseverante.**

Reúne una escasez ideativa con una repetición monótona de las ideas, expresadas con un lenguaje reiterativo.

Trastornos de la afectividad (EIR 11, 96)

- **Ánimo depresivo.**

Los síntomas predominantes son la tristeza, desesperanza e infelicidad, junto con una disminución del impulso vital y desinterés por el entorno. La **anhedonia** es la incapacidad para disfrutar o sentir placer con las situaciones que anteriormente lo producían.

- **Humor hipertímico o maniaco.**

Elevación del estado de ánimo o **euforia**, asociada a taquipsiquia e hiperactividad psicomotriz. Suelen mostrarse distraídos, expresando dificultades para poner freno a su hiperactividad.

Trastornos de la conducta alimentaria y del sueño

- **Respecto a la ingesta.**

- **Hiperfagia** (aumento sostenido de la ingesta), **bulimia** (incremento episódico), **anorexia** (disminución de la ingesta).

- **Adipsia** y **polidipsia**, **potomanía** (hábito de beber grandes cantidades de líquido, de origen psicógeno) y **dipso-manía** (ingesta de líquido de carácter impulsivo, irresistible y transitorio).

- **Respecto al sueño.**

- **Insomnio.**

De conciliación, de mantenimiento o de despertar precoz. Muy rara es la **agripnia** o ausencia total de sueño.

- **Hipersomnia.**

Exceso de horas de sueño o de la necesidad de dormir.



Figura 1. En la película "El Maquinista", Christian Bale presenta insomnio per-tinaz y sus consecuencias.

Papel de Enfermería en Salud Mental

Dentro de los equipos de Salud Mental, igual que en muchas otras especialidades, el papel de enfermería cuenta con múltiples tareas, entre las que se encuentran la investigación y la promoción y preven- ción de la salud mental (EIR 13, 174).

TEMA 2

TRASTORNOS PSICÓTICOS

Enfoque EIR

Debes dominar la esquizofrenia por ser un tema recurrentemente preguntado en el EIR (principalmente la sintomatología y su clasificación).

Esquizofrenia

Enfermedad psicótica de curso deteriorante caracterizada por alteraciones en el curso y contenido del pensamiento, en la esfera afectiva, la conducta y el funcionamiento social, personal y laboral del individuo que la padece.



Figura 1. Imagen de la película "Una mente maravillosa", que narra la vida de John Nash, afectado de esquizofrenia paranoide y premio Nobel de Economía.

Epidemiología

La prevalencia de esquizofrenia en la población general es de aproximadamente el 1% (EIR 04, 90). No existen diferencias entre sexos o culturas en su prevalencia. La edad de comienzo más frecuente es entre los 18 y 25 años en hombres y entre 25 y 35 en mujeres.

Se diferencian dos tipos de inicio: agudo o episódico (de inicio brusco) e insidioso o progresivo (de evolución lenta y peor pronóstico) (EIR 12, 153).

Etiología

Es desconocida. A pesar de ello, existen evidencias de alteraciones en:

- **Genética.**
Son los factores más claros. Es frecuente que existan varios miembros de la misma familia afectados de la enfermedad.
- **Dificultades obstétricas.**
El sufrimiento perinatal es más frecuente que en la población general.
- **Alteraciones neurobioquímicas:**
 - Hipótesis dopaminérgica.
Un exceso de neurotransmisión dopaminérgica podría explicar algunos síntomas (delirios). Las anfetaminas (incrementan la dopamina) empeoran los síntomas y los antipsicóticos (disminuyen la dopamina) mejoran los síntomas.
 - Alteración en la serotonina.
Explicaría síntomas afectivos y alucinaciones. Los alucinógenos actúan a nivel de la serotonina cerebral.
- **Hipótesis del neurodesarrollo.**
La más aceptada. Postula que la esquizofrenia resulta de una acumulación de defectos en el proceso de maduración cerebral, en parte por factores genéticos y en parte por factores ambientales.
- **Hipótesis infecciosas.**
Las infecciones intrauterinas del feto podrían incrementar el riesgo, así como existe una estacionalidad en el nacimiento de los enfermos, siendo más frecuente que hayan nacido en invierno.
- **Estrés.**
Aquellos acontecimientos ambientales que pueden influir en la capacidad de adaptación del individuo pueden desencadenar un brote (EIR 05, 93).

Sintomatología

- **Síntomas positivos (EIR 03, 58).**
Síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios) y desorganización (estereotipias, conductas inapropiadas, estafalarias, comportamiento catatónico).
- **Síntomas negativos.**
Se relacionan con el deterioro de las relaciones sociales y personales: apatía, abulia, alergia, embotamiento afectivo y aislamiento personal (que en el pasado se ha denominado "autismo") (EIR).
- **Síntomas cognitivos.**
Alteraciones en múltiples áreas cognitivas, viéndose alteradas funciones neuropsicológicas como la atención, la memoria de trabajo, la velocidad de procesamiento, la capacidad de aprendizaje, las funciones ejecutivas o la cognición social. Se trata de un grupo de síntomas de creciente interés, y aunque pueda tener aspectos parecidos a los síntomas negativos, se consideran independientes de éstos, aunque conjuntamente provocan la mayor parte de la discapacidad y dificultad de adaptación de la enfermedad.
- **Síntomas neurológicos menores.**
Se trata de una serie de síntomas neurológicos inespecíficos, tales como dificultades para la psicomotricidad, temblores, inestabilidad o marcha alterada, que se han visto asociados a la presencia de esquizofrenia de manera significativa. Su presencia apunta a la presencia de alteraciones inespecíficas de múltiples circuitos cerebrales (EIR 13, 175).

Los síntomas individuales más relevantes para el diagnóstico son:

- **Alteración del contacto con la realidad**, con escisión de la relación con el mundo externo e interno (alteración del yo) (EIR).
- **Alteración del lenguaje y pensamiento.** Considerados el síntoma más característico. Tanto el curso como la forma del pensamiento pueden verse afectados. En lo que se refiere a la forma, son habituales la pérdida del hilo en el discurso, la incoherencia, la disgregación y los bloqueos del pensamiento. En cambio, por lo que respecta al contenido son frecuentes las ideas delirantes de persecución, referencia o perjuicio.
- **Alteraciones perceptivas.** Las más frecuentes son las **alucinaciones auditivas** (EIR 04, 88) en forma de voces que comentan la conducta del paciente, o peyorativas, que critican e insultan al paciente, o bien imperativas, que ordenan determinados actos al paciente.
- **Alteraciones en la afectividad.** Apatía, abulia, embotamiento afectivo, afecto paratímico o inapropiado.
- **Alteraciones psicomotoras.** Agitación, inhibición o estado catatónico.
- **Atención/concentración.** Pueden verse disminuidas (EIR).
- **Escasa/nula conciencia de enfermedad.** Puede relacionarse o no con la pérdida de contacto con la realidad.



Clasificación

- **Esquizofrenia paranoide.** Se caracteriza por la presencia de delirios y alucinaciones, y la ausencia de un comportamiento muy desorganizado, aplanamiento afectivo o lenguaje incoherente. Respecto a otros subtipos, es el más frecuente y el de **mejor pronóstico** (por ser menos marcados los síntomas negativos y ser más eficaces los antipsicóticos), y suele debutar a mayor edad. Suele iniciarse con un **brote agudo** (EIR).
- **Esquizofrenia hebefrénica o desorganizada.** Predominan los síntomas de desorganización y negativos, así como la pérdida de contacto con la realidad y las actividades habituales (EIR). Es una forma de inicio precoz e insidioso que puede aparecer incluso en la adolescencia (EIR 05, 95). Presenta una mala respuesta al tratamiento y un mal pronóstico.
- **Esquizofrenia catatónica.** Predomina la sintomatología motora: inmovilidad, movimientos estereotipados, mutismo, negativismo, ecolalia y ecopraxia (EIR 04, 89).
- **Esquizofrenia indiferenciada.** Subtipo de esquizofrenia que no cumple los criterios diagnósticos de las formas anteriores.
- **Esquizofrenia residual.** Predomina la sintomatología negativa, que aparece después de un episodio psicótico agudo con síntomas positivos.
- **Esquizofrenia simple.** Predomina la sintomatología negativa, sin haber presentado un episodio con síntomas positivos. Es poco frecuente y de mal pronóstico.

Curso clínico

Se distinguen tres fases:

1. Fase **prodrómica** o trema.
Presentación meses antes del inicio del trastorno de cambios en el estado de ánimo, dificultades en las relaciones sociales y personales.
2. Fase **psicótica.**
Predominan las alteraciones en la forma y contenido del pen-

samiento, así como las alteraciones conductuales. El tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad psicótica hasta el inicio del tratamiento se denomina duración de la psicosis no tratada (EIR 13, 187).

3. Fase residual.

La sintomatología negativa y el deterioro funcional sociolaboral son predominantes.

Pronóstico

Sigue la regla de los tercios: un tercio de los pacientes presentará una adaptación a la vida cercana a la de la población general; en otro tercio persistirá la sintomatología negativa; y en el otro predominará la sintomatología positiva o negativa que devendrá en un deterioro marcado en el funcionamiento personal, laboral y social.

- Factores de mal pronóstico.

- Inicio precoz e insidioso de la enfermedad.
- Predominio de síntomas negativos.
- Historia familiar de esquizofrenia.
- Sexo masculino.
- Escaso apoyo social (solteros, divorciados).
- Aislamiento social, mal ajuste premórbido.
- Consumo de sustancias.

Tratamiento

El pilar fundamental del tratamiento son los **antipsicóticos**, tanto en el episodio agudo como en el mantenimiento.

La terapia electroconvulsiva en ocasiones es eficaz sobre todo en las formas catatónicas, y puede ser utilizada además en formas resistentes a farmacoterapia o en esquizofrenia asociada a síntomas depresivos (EIR).

La **psicoterapia** de apoyo por parte de enfermería es un tratamiento que se asocia a los anteriores. Sus aspectos fundamentales son: mejorar el contacto del paciente con la realidad (mostrándosela tal y como nosotros la percibimos, evitando la confrontación o la crítica), trabajar la conciencia de enfermedad y de la necesidad de tratamiento. No se debe mostrar rechazo ante las alucinaciones del paciente. Se deberá dar información precisa y progresiva a pacientes y familia, lo que mejorará la adherencia al tratamiento, así como facilitar la relación entre paciente y familia habitualmente deteriorada por la enfermedad. La intervención temprana en las conductas disruptivas del paciente hospitalizado es deseable para prevenir tanto la auto como la heteroagresividad.

En ningún caso se deberá imponer la realidad al paciente ni tampoco congraciarse con sus ideas delirantes, sino que se presentará la realidad tal y como la vemos nosotros desde nuestra perspectiva profesional (EIR).

Trastorno delirante crónico

Epidemiología

Antiguamente se le denominaba paranoia. Se trata de un trastorno psicótico crónico que aparece entre los 35-55 años. La edad de inicio es posterior a la de la esquizofrenia.

Los datos de prevalencia en población general son escasos.

Sintomatología

Se caracteriza por la presencia de una o más **ideas delirantes bien sistematizadas**, de desarrollo insidioso y progresivo, de las que el paciente presenta un razonamiento lógico y estructurado. Destaca la convicción que muestran estos pacientes y la firmeza en la ideación delirante.

Según el tema de la idea delirante se clasifica en:

- Tipo **persecutorio**.
Es el más frecuente, sintiéndose el paciente espiado, envenenado o perjudicado.
- Tipo **erotomaniaco**.
El individuo mantiene la convicción delirante de que un sujeto, generalmente de extracción social superior, se ha enamorado de él.
- Tipo grandioso o **megalomaniaco**.
Muestran la convicción de poseer poderes o talentos especiales.
- Tipo **celotípico**.
Muestran la convicción de ser víctima de adulterio.
- Tipo **somático**.
Es generalmente de tipo hipocondríaco, manteniendo el paciente la convicción de ser objeto de una infestación por parásitos o bien de una enfermedad somática.

Se diferencia de la esquizofrenia paranoide en que **evoluciona de forma no deteriorante** (el paciente retiene sus competencias sociales), el delirio está bien sistematizado y sólo de forma rara se presentan alteraciones perceptivas, de tipo táctil u olfatorio.

Tratamiento

A pesar de ser considerado un trastorno de escasa respuesta al tratamiento, la terapia de elección son los **antipsicóticos**. Los sujetos presentan una escasa conciencia de enfermedad, lo que se traduce en dificultades en el mantenimiento del seguimiento.

Se debe crear un clima empático y de confianza, remarcando al paciente los efectos beneficiosos de la medicación como: disminución de la ansiedad e insomnio, mejoría del malestar y agitación.

El trato personal con estos pacientes es muy difícil puesto que se muestran inseguros, desconfiados y suspicaces. En consecuencia, es importante establecer una **relación de confianza y respeto**, hablando en un principio más de su sufrimiento (ansiedad, insomnio, intranquilidad) antes que abordar directamente sus delirios. Es esencial evitar bromas, discutir directamente, murmurar o utilizar conductas ambiguas. Asimismo, debemos mostrarnos en todo momento sinceros para con el paciente y no prometerle nada que no podamos cumplir. Al abordar los delirios, la actitud terapéutica debe consistir en ser comprensivos y empáticos hacia sus sentimientos de malestar, pero valorando con ellos otras posibilidades de ver las cosas e inclusive nuestra percepción de la realidad.

TEMA 3

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y CONDUCTA SUICIDA

Enfoque EIR

Centra tu mayor atención en la conducta suicida.

Trastorno depresivo unipolar o trastorno depresivo mayor

El síntoma más característico es la **tristeza vital y profunda**, con un estado de ánimo especialmente bajo. Dos síntomas son imprescindibles: el **estado de ánimo depresivo** y la **pérdida del interés** o capacidad **de disfrutar** con las actividades que previamente interesaban al sujeto. Se requieren un mínimo de dos o más semanas de duración de los síntomas para considerarse trastorno depresivo, a excepción de que se precise ingreso hospitalario.

Clasificación

El síndrome depresivo puede clasificarse según diferentes puntos de vista:

- Depresión **endógena/reactiva**.
En función de su **etiología**. La depresión endógena o biológica presenta mayor sintomatología vegetativa (pérdida del apetito, despertar precoz) y un mayor riesgo de suicidio, en relación a la depresión reactiva o psicosocial. Hasta cierto punto, la actual clasificación entre trastorno depresivo mayor y distimia pretende recoger esta distinción, aunque en la distimia también se incluye habitualmente la depresión neurótica.
- Depresión **psicótica/neurótica**.
Hace referencia a la **gravedad clínica**. En la primera se identifican síntomas psicóticos tales como ideas delirantes de culpa, ruina o enfermedad, así como alucinaciones auditivas. En la depresión neurótica el nivel de gravedad es más leve.

- Depresión **bipolar/unipolar**.

Hace referencia al **trastorno afectivo subyacente** (trastorno afectivo bipolar y trastorno afectivo unipolar). El episodio depresivo en el trastorno bipolar tiene más riesgo de presentar síntomas psicóticos y suicidio que el propio de la depresión unipolar.

- Depresión **con características atípicas**.

Síntomas vegetativos invertidos, con aumento de apetito e hipersomnia, así como conservación de la reactividad del humor, letargia y un patrón general de hipersensibilidad al rechazo interpersonal. Clásicamente se ha dicho que responden especialmente bien a la terapia con IMAOs.

Epidemiología (EIR 11, 95)

La prevalencia en la población general a lo largo de la vida es de alrededor del 15% pudiendo llegar hasta el 20% de la población general en las próximas décadas. Es considerada junto a la ansiedad y al consumo perjudicial de alcohol como uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el mundo occidental (EIR 06, 90). Su frecuencia es dos veces mayor en mujeres que en hombres.

Etiología

Es desconocida, se destaca el papel de diversos factores:

- **Genética**.
Puede llegar a ser tres veces más frecuente en familiares de primer grado de pacientes afectados de depresión.
- **Neurotransmisión**.
La actividad de serotonina y noradrenalina (que junto a la dopamina, conforman las llamadas monoaminas) se ve disminuida.

- Neuroendocrinología.

El complejo hipotálamo-hipofisario se encuentra alterado, cosa que se demuestra con la baja respuesta al test de la dexametasona.

- Neuroimagen/neuroanatomía.

Se evidencia un aumento del flujo sanguíneo en determinadas regiones cerebrales y una disminución en otras.

Sintomatología

- Alteraciones afectivas o emocionales.

Estado de ánimo bajo, sentimientos de desesperanza, minusvalía, llanto frecuente e inmotivado. Puede presentarse con irritabilidad, más frecuente en niños o adolescentes. La anhedonia completa o incapacidad absoluta para experimentar placer con pérdida total de los intereses es un síntoma importante del trastorno depresivo severo.

- Alteraciones en el pensamiento/cognición.

Empobrecimiento del contenido del pensamiento, visión negativa del presente, pasado y futuro. Pueden aparecer ideas delirantes de ruina, culpa o de negación de la propia existencia e ideas de suicidio (también conocido como delirio nihilista o síndrome de Cotard).

- Alteraciones conductuales.

Se puede presentar inhibición psicomotora (en ocasiones agitación psicomotora), descuido general, abandono de la higiene y aislamiento. Suelen presentarse asociados con dificultades en atención y concentración, así como quejas de memoria.

- Síntomas somáticos.

Astenia, anorexia, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), disfunción sexual, gastralgias y otras quejas somáticas.



Figura 1. Cuadro titulado "Depresión", de Vincent Van Gogh, afecto de trastorno bipolar, que muestra la tristeza, la desesperanza y el abatimiento, principales síntomas de la enfermedad.

Diagnóstico

Se debe tener en cuenta la personalidad previa del paciente, la situación psicosocial y los antecedentes familiares de trastornos afectivos. Resulta fundamental descartar patología orgánica que explique los síntomas depresivos, particularmente los somáticos y neurovegetativos.

Tratamiento

El tratamiento de elección son los psicofármacos (**antidepresivos**) y la **psicoterapia**.

Se deben tener en cuenta el aspecto general del paciente y sus necesidades básicas. Hay que mantener la calma ante el abandono del paciente hacia sí mismo y evitar sentencias como *"¡anítese, que esto no es nada!"*, que pueden empeorar los sentimientos de culpa del paciente. No se debe forzar al sujeto a realizar actividades en relación al autocuidado, pues poco a poco irá adquiriendo autonomía para ellas, y es importante reforzar los logros. Se mostrará una actitud empática y un abordaje del trastorno desde el punto de vista médico tanto con el paciente como con la familia.

Durante el episodio depresivo se debe desaconsejar la toma de decisiones importantes, indicándole al paciente que no es el momento adecuado y que ya las afrontará cuando se sienta mejor (**EIR**). También se recomienda valorar el riesgo suicida (que es especialmente alto al inicio del tratamiento antidepresivo, cuando mejora la inhibición psicomotora pero puede persistir la ideación suicida) y la toma de medidas necesarias para evitarlo.

Trastorno bipolar

Anteriormente denominado psicosis manícodepresiva, se caracteriza por la presentación recurrente y habitualmente alterada de episodios afectivos de tipo depresivo con episodios de naturaleza opuesta, es decir, maníacos (trastorno bipolar I) y/o hipomaníacos (trastorno bipolar II) (**EIR 13, 172; EIR 12, 152**).

El síntoma más característico del estado maníaco es el estado de ánimo eufórico de más de una semana de evolución, o menos si precisa hospitalización.

Epidemiología

Resulta distinta de la del trastorno depresivo unipolar, la prevalencia en la población general es tan sólo de entre 0,5-1,5%, es similar en hombres y mujeres y suele debutar habitualmente en la segunda década de la vida.

Clasificación

En función de la gravedad del episodio de ánimo eufórico, se divide en:

- Trastorno bipolar tipo I.

Presenta episodios maníacos, en los que el estado grave de exaltación del ánimo o bien la frecuente aparición de síntomas psicóticos suele hacer necesaria la hospitalización.

- Trastorno bipolar tipo II.

Presenta episodios de hipomanía, en los que la alteración de la conducta es mucho menor y no suele ser necesaria la hospitalización.

En ambas formas del trastorno se producen episodios depresivos de gravedad variable, pero que en sus formas graves pueden llevar al ingreso, cosa que tanto puede suceder en un trastorno bipolar de tipo I como en uno de tipo II.

Etiología

Es desconocida, pero se sabe que están implicados diversos factores, de entre los cuales la herencia genética presenta el mayor peso.

- Factores **biológicos**.
Se alteran diversos neurotransmisores así como hormonas del sistema endocrino.
- Factores **psicosociales**.
Eventos vitales estresantes o factores ambientales desfavorables están implicados en sujetos con vulnerabilidad genética.
- Factores **estacionales**.
Los episodios maníacos suelen presentarse en verano y los episodios depresivos en primavera y otoño (patrón estacional).

Sintomatología

- **Atención/concentración**.
Los pacientes muestran una **distractibilidad** característica durante los estados de exaltación del ánimo y presentan déficits en el mantenimiento de la atención y la concentración.
- **Lenguaje y curso del pensamiento**.
La **fuga de ideas** o sensación subjetiva de que el pensamiento está acelerado es característica durante la manía. La **verborrea** es la aceleración del habla que puede llegar a presentarse como pérdida del hilo del discurso e incluso una disgregación completa del mismo (**EIR**).
- **Contenido del pensamiento**.
Autoestima exagerada o sentimiento de **grandiosidad**, emprendiendo a la vez múltiples proyectos. Puede llegar a presentarse ideación delirante megalomaniaca.
- **Alteraciones psicomotoras**.
Se incrementan todas aquellas actividades físicas intencionadas (laborales, sociales) y puede presentarse agitación psicomotora.
- **Ritmo sueño-vigilia**.
Disminución de la necesidad de dormir. El individuo puede llegar a dormir entre 2-4 horas y no mostrar cansancio alguno.
- **Hiporexia**.
Disminución del apetito (**EIR**) que explica la pérdida de peso en estos pacientes, juntamente con el aumento de la actividad.
- **Funcionamiento social y laboral**.
El rendimiento a este nivel puede verse afectado. El individuo no es capaz de terminar una acción comenzada a la vez que emprende otras actividades simultáneamente.

Curso y pronóstico

El curso es **crónico** y cerca del 90% de los pacientes presentan **recaídas**. Los episodios depresivos suelen durar más que los maníacos (**EIR**), y en los periodos de eutimia o ánimo normal, a pesar de que pueden persistir algunos síntomas, los pacientes retoman el funcionamiento social, familiar y laboral de forma adecuada.

Son factores de **mal pronóstico** ser "ciclador rápido" (presentación de cuatro o más episodios afectivos en un año), el consumo de tóxicos y la falta de adherencia a la medicación.

Tratamiento

El tratamiento de elección son los **estabilizadores del estado de ánimo o eutimizantes**: sales de litio, valproato, carbamazepina o lamotrigina.

El principal tratamiento es el **carbonato de litio**, que requiere una vigilancia especial por enfermería puesto que la intoxicación por esta sal se manifiesta clínicamente (temblores, mareos, sed acusada, ataxia). Para evitarla se debe realizar un aporte de

sal común en la dieta (**dieta normosódica**), ya que la **hiponatremia es causa fundamental de la intoxicación por litio**.

Una de las principales causas de fracaso terapéutico es el incumplimiento de la medicación, por lo que es importante trabajar la conciencia de enfermedad. Asimismo, es esencial recalcar la importancia de evitar los tóxicos y el estrés para evitar recaídas. En esta línea, hay que **psicoeducar** tanto a paciente como a allegados en el reconocimiento precoz de los síntomas (disminución necesidad de sueño, incremento gastos...) para evitar recaídas y prevenir complicaciones.

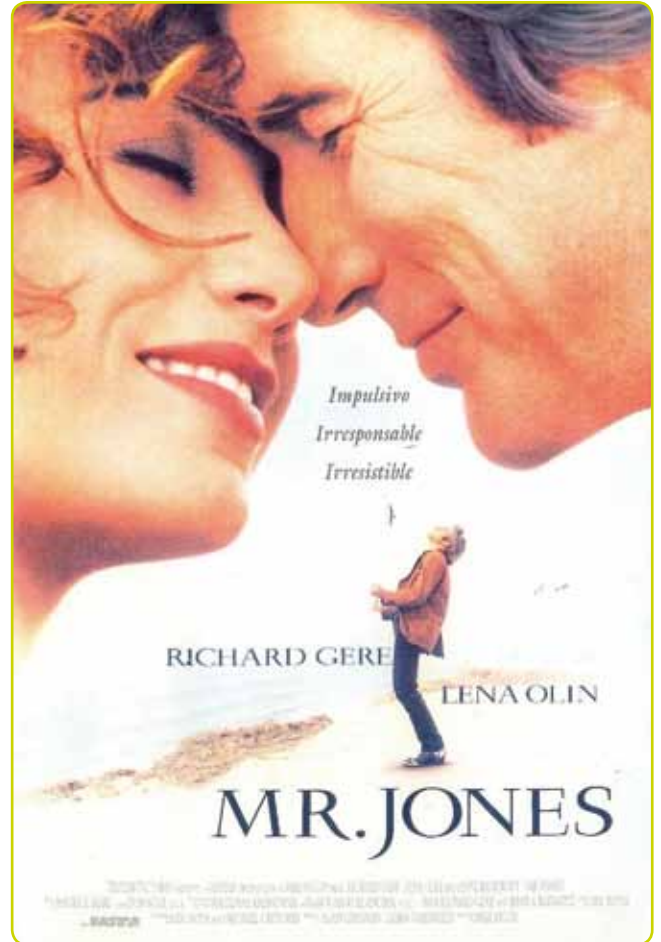


Figura 2. La película "Mr. Jones", protagonizada por Richard Gere, narra la vida de una persona afectada de trastorno bipolar.

Conducta suicida

Clasificación

La conducta suicida se puede presentar de tres formas de gravedad creciente:

1. **Ideación suicida**.
El paciente muestra pensamientos suicidas y los verbaliza sin pasar al acto, ni dándoles una estructura clara.
2. **Tentativa suicida** o intento de suicidio.
Su gravedad dependerá del método utilizado en el acto, de las posibilidades de rescate del entorno, así como la planificación o convicción previas. Son más frecuentes en mujeres.
3. **Suicidio consumado**.
Su frecuencia es mayor en hombres (**EIR 05, 94**).

Enfermedades asociadas

En el 80% de suicidios consumados subyace un diagnóstico de trastorno mental (de mayor a menor frecuencia):

- **Episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos.** Lo más frecuente es que forme parte de un trastorno bipolar.
- **Abuso/dependencia del alcohol** (15%).
- **Esquizofrenia** (hasta 10%).
- Anorexia nerviosa (6%).
- Trastornos de personalidad: antisociales y límite (5%).

Factores de riesgo (EIR 04, 92)

- Sexo masculino para el suicidio consumado, sexo femenino para las tentativas.
- La edad avanzada (> 65 años) es factor de riesgo para consumir suicidio. Por otro lado, en la adolescencia el suicidio es una de las principales causas de muerte.
- Enfermedad crónica, dolorosa o incapacitante.
- Escaso apoyo psicosocial: desempleado, viudo, separado, divorciado, aislado socialmente.
- Empleo de métodos de alta letalidad como precipitación, ahorcamiento o armas de fuego.
- Antecedentes familiares de suicidio.

Abordaje terapéutico

Evitar ideas preconcebidas (*"el que lo dice no lo hace"*, *"si realmente lo hubiese querido, se hubiese suicidado"*, *"con unas pastillas uno no puede matarse"*, *"mejor no comentarlo para no dar ideas"*, etc.).

Se debe evitar una actitud paternalista o culpabilizadora hacia el acto suicida. Es preciso controlar objetos peligrosos y evitar el acceso a métodos de letalidad elevada. En caso de que el riesgo suicida sea elevado se debe realizar ingreso hospitalario. El establecer un clima de confianza con el paciente no significa que disminuyamos nuestra vigilancia sobre él. Es esencial recordar que los suicidios también se producen durante los ingresos, así que habrá que vigilar las pertenencias del paciente y evitar aislamientos, a la vez que se fomenta la implicación de la familia para que estos puedan registrar el domicilio (medicación escondida, armas) que pueden ser usadas por el paciente durante un permiso o al alta.

TEMA 4 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Enfoque EIR

Las fobias han sido preguntadas en varias ocasiones.

La ansiedad es un estado **normal** caracterizado por activación de la alerta y preparación psicofísica ante una potencial amenaza del ambiente. Se acompaña de cambios físicos, expresión de activación adrenérgica, como diarrea, taquicardia, náuseas, temblor, mareo o sudoración (EIR 13, 41; EIR 12, 37).

La ansiedad es **patológica** cuando no existe estímulo desencadenante proporcional o cuando su intensidad es exagerada y motiva un estado de malestar intenso en el individuo.

Los trastornos de ansiedad son los **problemas psiquiátricos más comunes** y extendidos en población general. Son más frecuentes en mujeres y su incidencia disminuye con la edad. El más común es la **fobia simple** o específica. El que causa más asistencias médicas de urgencias es el trastorno de angustia. Una comorbilidad o complicación frecuente de los trastornos de ansiedad es el **abuso de sustancias**, especialmente el abuso de alcohol.

En todos los trastornos de ansiedad, la adición de psicoterapia al tratamiento farmacológico es especialmente importante.

Crisis de angustia y trastorno de pánico

Las crisis de angustia pueden aparecer en el curso de varios trastornos de ansiedad. Son episodios aislados, bruscos y autolimitados, de 15-30 minutos de duración, de miedo intenso, en **ausencia de peligro real**, que se acompañan de numerosos síntomas somáticos como taquicardia, palpitaciones, disnea, disestesias, molestias vestibulares, urgencia miccional, hiperglucemia, etc.

La capacidad de concentración no disminuye (EIR 08, 103).

Estas crisis se pueden presentar de manera inesperada, o bien en relación con situaciones determinadas que sean causa de

ansiedad. El **trastorno de pánico o de angustia** se define por la presencia de crisis de angustia **recurrentes e inesperadas** con un periodo posterior de preocupaciones persistentes centradas en el temor a que aparezcan nuevas crisis. El trastorno de angustia puede cursar con y sin agorafobia.

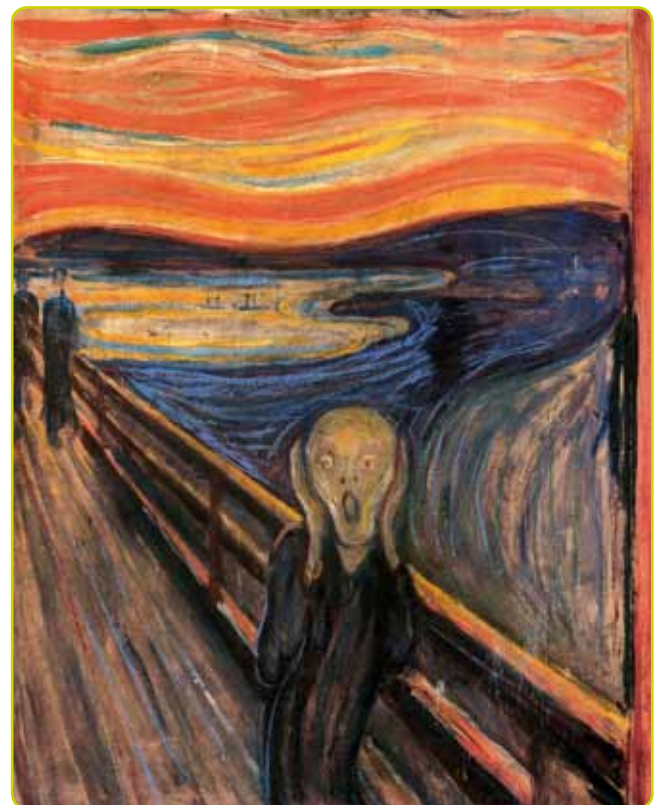


Figura 1. "El grito" de Edvard Munch. "Logró pintar un sonido", dijo Soerensen. "Se trata de la ansiedad de una persona moderna".

Agorafobia (EIR 13,169; EIR 06, 88)

Es la aparición de ansiedad intensa al encontrarse en lugares donde escapar pueda resultar difícil o embarazoso; o donde, en caso de presentarse una crisis de angustia, no se dispondrá de ayuda. Estos temores son frecuentes en espacios públicos, donde hay mucha gente, en medios de transporte (tren, coches, ascensores, etc.) o espacios cerrados (aparcamientos, sótanos, etc.). Estas situaciones se evitan o bien se soportan a costa de un malestar importante para el sujeto.

Fobias

Es el temor persistente a un objeto o a una situación (estímulo fóbico), que a pesar de reconocerse como desmedido e injustificado, queda fuera del dominio del sujeto y da lugar a conductas de evitación (EIR 07, 87; EIR 04, 85).

Las **fobias simples** son el **trastorno psiquiátrico más común en población general**. Son más frecuentes en niños y se consideran en los mismos un fenómeno evolutivo antes que un verdadero trastorno. Las **fobias situacionales** consisten en miedo a determinadas situaciones, como subir en ascensores, aviones, trenes, etc. Las fobias no generan habitualmente demandas de asistencia psiquiátrica ni generan discapacidades importantes.

Las más típicas son:

- A los animales o insectos (son las más frecuentes).
- A estímulos del ambiente (tormentas, truenos, mar, alturas).
- A la sangre o heridas.

La sintomatología a la que dan lugar es una crisis de angustia, a menudo no completa, dando lugar en algunos casos a cuadros vagales, como en la fobia a la sangre.

El tratamiento de elección es la **psicoterapia conductual**, con desensibilización frente al estímulo fóbico.

Fobia social (trastorno de ansiedad social)

En este trastorno el sujeto siente inseguridad, angustia y miedo a situaciones que lo sometan a **exposición social**: hablar en público, usar un aseo público, comer en lugares públicos, dirigirse a desconocidos, etc. El paciente teme ser ridiculizado. La exposición a estas situaciones puede llegar a provocar una crisis de angustia, completa o no. El enrojecimiento es un síntoma muy común. Como en todas las fobias, el individuo reconoce que su temor es excesivo e irracional, aunque se siente incapaz de dominarlo. Las situaciones temidas se evitan, dando lugar a un deterioro del funcionamiento social.

Trastorno por estrés postraumático (TEPT)

Trastorno que aparece tras una **situación extremadamente traumática, fuera de la experiencia humana habitual**, que pone en peligro su vida o su integridad: accidentes, atentados, catástrofes naturales, agresiones, violaciones, etc. La respuesta a este suceso incluye sentimientos intensos de temor, desesperanza y horror. Habitualmente aparece en los **6 primeros meses** tras el suceso, si lo hace más tarde se considera de inicio demorado.

El **síntoma esencial es la reexperimentación** persistente del suceso traumático, lo que sucede de varias formas:

- Recuerdos intrusivos (no deseados voluntariamente) que provocan malestar.
- Pesadillas recurrentes sobre el suceso.
- "Flash-backs", en los que el sujeto llega a creer que está de nuevo viviendo el suceso. Pueden ocurrir en el contexto de

intoxicaciones, al conciliar el sueño o despertar, o tener un carácter disociativo.

- Respuestas fisiológicas asociadas a la reexperimentación, con taquicardia, hiperventilación, sudación, piloerección, etc.
- Conductas de evitación: evitar situaciones o estímulos que puedan recordarle el acontecimiento (*no ir en coche tras un accidente, rechazar relaciones sexuales tras una agresión sexual, evitar el fuego tras incendio, etc.*).
- Embotamiento emocional, con desinterés por las personas y por el entorno, sensación de estar alejado de los demás y de tener un futuro limitado, como si se hubiera hecho muy consciente de la fragilidad de la vida.
- Síntomas de alerta permanente, con hipervigilancia, dificultad para concentrarse, ataques de ira, sobresaltos, insomnio.
- En los niños es frecuente observar juegos que representan directa o simbólicamente los sucesos relacionados (*jugar sexualmente con muñecas, o hacer chocar violentamente un coche, etcétera*).

Es frecuente la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos por abuso de sustancias.

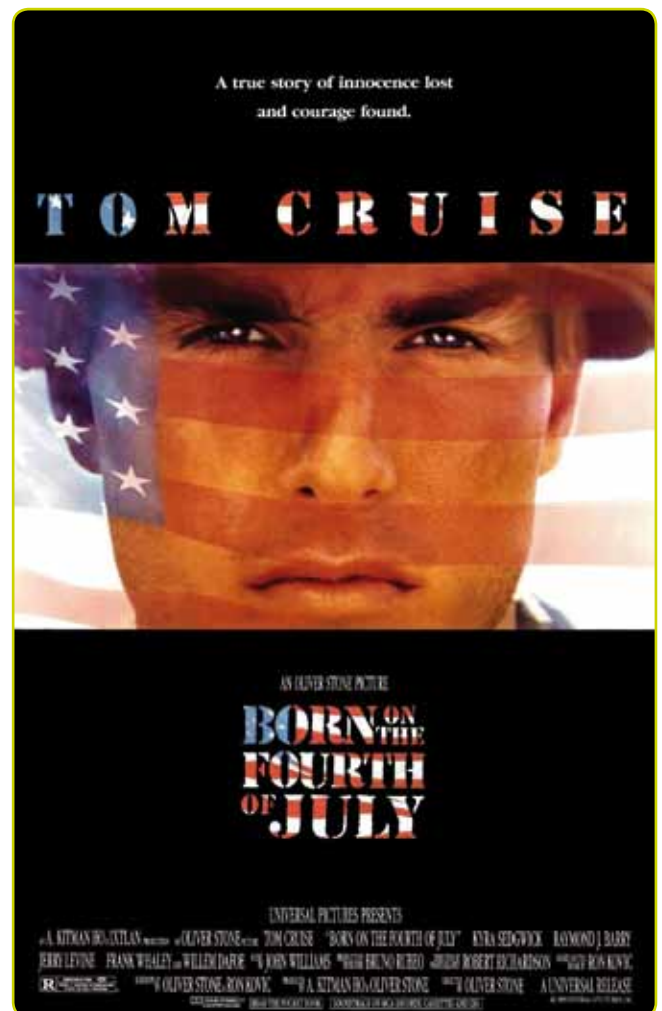


Figura 2. En la película "Nacido el 4 de Julio", Tom Cruise muestra síntomas compatibles con TEPT.

Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno donde se produce una **ansiedad y preocupación excesiva**, centrada en una **amplia gama de situaciones**. Se producen síntomas físicos como tensión muscular, alteracio-

nes del sueño y fatiga; y síntomas psíquicos como inquietud, impaciencia, dificultad de concentración e irritabilidad. Hay que diferenciarlo de otros trastornos de ansiedad en que las preocupaciones se ciñen a unas situaciones concretas. El inicio se produce habitualmente entre la adolescencia y primera juventud, tendiendo su curso hacia la cronicidad. La respuesta al tratamiento es poco favorable.

Trastorno obsesivo-compulsivo

La característica esencial es la presencia de obsesiones y de compulsiones de manera recurrente, en un paciente que comprende lo absurdo de sus síntomas, pero que es incapaz de evitarlos. Las **obsesiones** son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la mente del sujeto, de forma estereotipada. Normalmente el paciente comprende que son de **carácter absurdo e irracional**, pero le causan una importante angustia y es incapaz de apartarlas de su mente. Las **compulsiones** son actos motores (o mentales) **voluntarios**, estereotipados, que se repiten una y otra vez. Su función es la de neutralizar los temores provocados por las obsesiones, aunque formalmente muchas veces no tengan una relación aparente con ellas. El grado extremo de la compulsión son los **rituales**, en los que la compulsión adquiere un alto grado de complejidad, llegando a unas conductas estereotipadas a las que el enfermo atribuye un carácter "mágico", con la finalidad de anular el peligro de la idea obsesiva y reducir así la angustia. Los contenidos de las obsesiones y de las compulsiones son muy variados. Por orden de frecuencia, son:

- **Obsesión de contaminación y compulsiones/rituales de limpieza.**
Son **las más frecuentes**. Suponen un temor a contagiarse una enfermedad o a contaminarse al tocar objetos. Se asocia al lavado compulsivo de manos.
- **Obsesión de duda y compulsiones de comprobación.**
Se presenta recurrentemente la duda sobre cualquier cuestión, con la compulsión de comprobar, se comprueban "infinitamente" cerraduras o llaves de paso, o la limpieza de los niños, etc.
- **Pensamientos intrusivos.**
En este patrón no hay actos de compulsión, aunque puede haber compulsiones mentales (p. ej., rezar una oración). El sujeto se ve asaltado por pensamientos de carácter agresivo o sexual que le resultan inevitables y angustiosos, como el temor de blasfemar en una iglesia, atacar a su hijo, o agredir sexualmente a desconocidos, etc. También se conocen como fobias de impulsión, aunque no son fobias en sentido estricto.
- **Obsesión de orden y simetría con compulsiones de colocación y comprobación.**
Necesidad de simetría, orden y precisión absolutas, que puede dar lugar a inacabables comprobaciones y ajustes. El sujeto puede tardar, por ejemplo, horas en afeitarse o comer.

Es importante insistir en que en este trastorno el sujeto **comprende lo absurdo** de sus pensamientos y sus actos, pero no puede impedirlos. Podemos diferenciar las obsesiones de las ideas delirantes porque en estas últimas, como en todo síntoma psicótico, se pierde la conciencia de realidad. El curso del TOC es crónico, aunque con períodos de remisión y otros de exacerbación sintomática.

Al tratarse de un punto peculiar, hay que recordar que el TOC es igual de frecuente en ambos sexos, a diferencia del resto de trastornos de ansiedad.

El tratamiento de elección del TOC es la combinación de psicofármacos con la terapia cognitivo-conductual denominada exposición con prevención de respuesta.

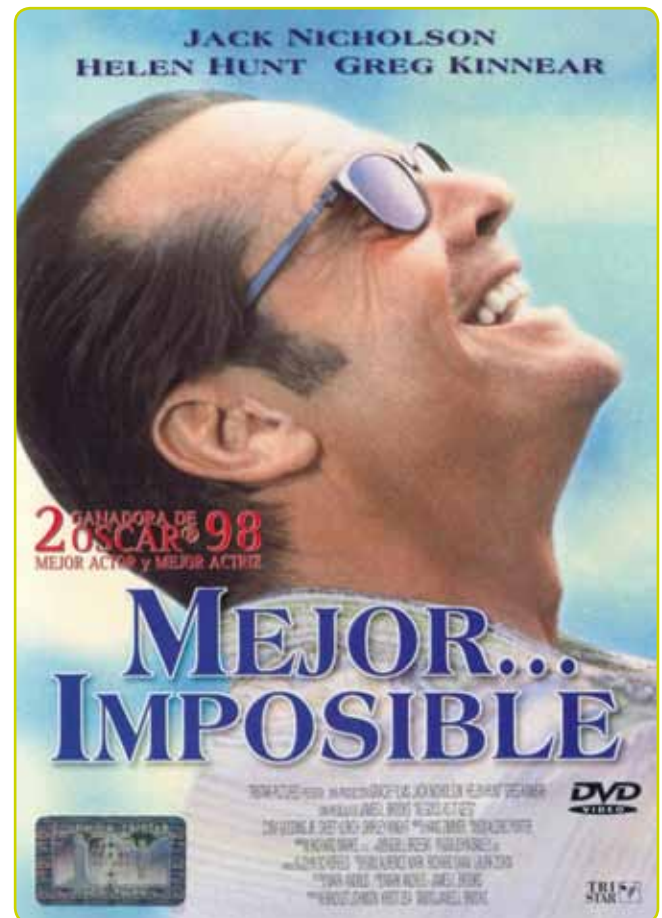


Figura 3. Cartel de la película "Mejor imposible", donde Jack Nicholson muestra rasgos obsesivo-compulsivos.

TEMA 5

TRASTORNOS SOMATOMORFOS
Y OTROS TRASTORNOS NEURÓTICOS

Enfoque EIR

Tema que está cobrando importancia por ser preguntado en las últimas convocatorias. Céntrate en los trastornos somatomorfos, de somatización, de conversión y disociativos.

Trastornos somatomorfos

Se presentan como **síntomas físicos** que sugieren una enfermedad médica, pero cuya existencia no confirman las pruebas complementarias, los hallazgos de la exploración ni los mecanismos fisiopatológicos.

Se consideran más frecuentes en personas a quienes les cuesta identificar y expresar verbalmente sus emociones (**alexitimia**) (EIR 04, 87). Nunca se trata de simulación ni son síntomas producidos voluntariamente. El paciente se queja de problemas físicos y no suele reconocer habitualmente que padezca alteraciones psíquicas.

La mayoría de estos trastornos y especialmente el trastorno de somatización y el de conversión corresponden a la antigua **histeria**, término ausente en las clasificaciones actuales. Aunque no es probable, en el examen pueden ser denominados como síntomas histéricos, histriónicos, histeria o parecidos.

Trastorno de somatización (EIR 07, 89)

Cursa con múltiples quejas sobre **diversos síntomas físicos**, empezando antes de los 30 años. La sucesión de síntomas, casi siempre exclusivamente subjetivos, se prolonga durante años. Es causa de múltiples asistencias médicas y exploraciones complementarias y llega a deteriorar el funcionamiento social y laboral del sujeto. Incluso si existiese alguna enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro sociolaboral son excesivos a lo que cabría esperar en casos habituales.

Para asentar este diagnóstico se exige que en la historia estén presentes a lo largo del tiempo:

- Cuatro síntomas de dolor, en localizaciones distintas.
- Dos síntomas gastrointestinales.
Diarrea, vómitos, dispepsia, pirosis, náuseas, etc.
- Un síntoma sexual.
Indiferencia sexual, disfunción eréctil, menstruaciones irregulares o dismenorrea, etc.
- Un síntoma pseudoneurológico.
Cefaleas, dificultad para deglutir, alteración de la sensibilidad, inestabilidad, mareos, pérdida de visión, sordera, etc.

Es muy frecuente la comorbilidad con ansiedad o clínica depresiva, cosa que les conduce finalmente al psiquiatra. Puede haber trastornos de personalidad de base. Es frecuente el abuso de fármacos y el consumo de sustancias de abuso. Es importante minimizar los tratamientos o exploraciones innecesarias, que por sus síntomas los pacientes suelen demandar.

Trastornos de conversión (EIR)

Consisten en la presencia de uno o más síntomas que afectan **funciones neurológicas motoras o sensoriales**, sugerentes de enfermedad **neurológica**. Suele tratarse de déficits sensoriales o motores de aparición **brusca**, como debilidad o parálisis

de un miembro, sordera, ceguera, afasia, o movimientos anormales (pseudocrisis o convulsiones) o formas mixtas.

Es característico que la presentación sintomática y los hallazgos de la exploración presenten una **incoherencia anatómica**. El inicio o la exacerbación de los cuadros se asocian a la presencia de **factores estresantes**. El comienzo es brusco y la resolución suele ser espontánea en el curso de unas dos semanas. La prevalencia es mayor en grupos socioeconómicos bajos y población rural. Es característica una actitud de **indiferencia** del paciente que contrasta con la presunta gravedad de la lesión, la *"belle indifférence"*, tal y como es denominada por la escuela francesa.

La teoría psicoanalítica explicó los síntomas conversivos considerando que reflejarían un **mecanismo de defensa** (EIR 10, 96) hacia un **conflicto inconsciente** del individuo: al ser algo inaceptable, conflictivo o doloroso para lo consciente (Yo), éste se refugia (= reprime) produciendo síntomas físicos (ganancia primaria); y así, adquiere derecho a consideraciones, cuidados por parte de los demás, ventajas de estar enfermo o conseguir evitar responsabilidades (ganancias secundarias). La **terapia psicodinámica o psicoanalítica** es la más utilizada para intentar averiguar cuál es el conflicto inconsciente desencadenante.

Trastornos disociativos

Se encuentran muy cercanos a los trastornos conversivos. Se consideraría que el origen está en un **conflicto inconsciente**. Dadas sus similitudes, en la CIE-10 se encuadran juntos los trastornos conversivos y los disociativos en un único grupo de trastornos disociativos. En ambos tipos de trastornos, es frecuente que algún tipo de **suceso traumático** a nivel emocional desencadene los síntomas (EIR 08, 94), aunque éstos pueden con el tiempo volverse autónomos, cosa más frecuente en los trastornos conversivos.

En los trastornos disociativos lo que se afectaría no serían las funciones neurológicas motoras o sensitivas, sino las funciones neurológicas relacionadas con la **conciencia**. Se produciría una separación de contenidos o funciones de la conciencia. Es decir, funciones que están normalmente integradas como la memoria, la identidad o la orientación se separan del resto, dando lugar a cuadros diferentes.

Se pueden describir varios subtipos:

- Amnesia disociativa.

Pérdida de memoria global o de una parte de la misma (a menudo la ligada a acontecimientos traumáticos) de aparición brusca y no justificada por causa orgánica. Es el **trastorno más frecuente** y se puede asociar a otros trastornos disociativos. La recuperación suele ser rápida, brusca y completa.

- Fuga disociativa.

El sujeto emprende un viaje a veces largo, con amnesia parcial o total de su pasado y de los motivos que le han impulsado a hacerlo (incluso olvidando su identidad o adoptando una nueva). Se asocia también a acontecimientos traumáticos o vivencias muy estresantes. También es necesario un diagnóstico diferencial con causas orgánicas. La recuperación es brusca y completa.

- Trastorno de identidad disociativa (personalidad múltiple).

Es un trastorno muy raro cuya existencia misma se discute fuera de los EE.UU. El sujeto se comporta como si poseyera dos o más personalidades independientes, cada una ignorante

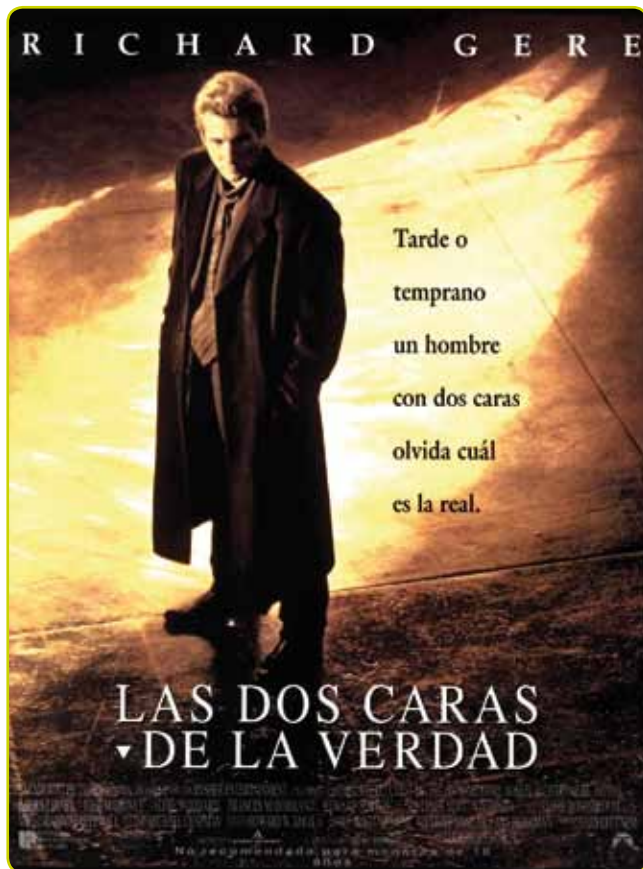


Figura 1. Cartel de la película "Las dos caras de la verdad", donde el defendido por Richard Gere alegaba sufrir episodios disociativos.

de la otra, cambiando bruscamente. Existe con frecuencia historia de abuso sexual infantil. El diagnóstico diferencial es con epilepsia temporal y uso de sustancias.

- Trastorno por despersonalización/desrealización.

Ambos son muy frecuentes y se asocian sobre todo a la ansiedad. Pueden verse también en episodios depresivos, en esquizofrenia, epilepsia temporal o con el uso de sustancias. Constituyen un trastorno cuando se producen de forma repetida e interfieren en la vida del sujeto.

- La **despersonalización** es la experiencia en que el sujeto se siente separado de sí mismo, como observándose desde fuera de sí.
- La **desrealización** es la experiencia de sentir el mundo ajeno e irreal, como si se viviera en un sueño o una película. Estas experiencias aisladas son muy frecuentes, de manera que hasta un 25% de la población general las ha experimentado alguna vez, en circunstancias estresantes.

- Estupor disociativo.

Es una desconexión del ambiente (aparente coma) con recuperación espontánea y que aparece tras conflictos o vivencias de ansiedad intensa. Se recupera espontáneamente de forma rápida.

- Síndrome de Ganser.

Es un estado confusional con desorganización del lenguaje, respuestas aproximadas, perplejidad, alucinaciones, que semeja una demencia y aparece bruscamente en situaciones de estrés en sujetos con trastornos de personalidad. Se describió inicialmente en prisioneros, como una reacción de escape frente a la angustia.

Trastornos facticios

En estos trastornos existe la **voluntad** deliberada por parte del sujeto de fingir síntomas físicos y/o psíquicos o de producir signos de enfermedad. Al contrario que en los trastornos somatomorfos, los **síntomas son voluntarios**.

El sujeto quiere adquirir el "rol de enfermo" por la **necesidad psicológica** de recibir cuidados. No existe un beneficio material directo, como la percepción de pensiones o indemnizaciones.

Son frecuentes los cuadros neurológicos, como las convulsiones, el coma; los psiquiátricos que refieren síntomas parecidos a la esquizofrenia; los dermatológicos, con producción de lesiones visibles; la fiebre de origen desconocido; hematológicos, con anemias inexplicables.

Los pacientes se someten sin importarles a exploraciones e incluso a intervenciones quirúrgicas innecesarias.

- Trastorno facticio o síndrome de Münchausen (*personaje de cuento que inventaba embustes*).

El paciente inventa historias clínicas abigarradas, con un conocimiento importante de los síntomas, y "viaja" de centro en centro donde casi siempre es ingresado durante tiempo y sometido a exploraciones repetidas y costosas.

- Trastorno o síndrome de Münchausen por poderes.

El paciente suele ser un niño menor de seis años, en quien sus cuidadores producen deliberadamente síntomas facticios. La clínica suele ser frecuentemente en forma de cuadros abdominales o digestivos, y hemorrágicos. Estos cuadros son muy difíciles de tratar y a menudo escapan de los contactos con el psiquiatra; debemos sospecharlos cuando haya antecedentes de numerosas hospitalizaciones.

Simulación

No es una enfermedad sino una conducta antisocial en la que alguien finge padecer una enfermedad para obtener un **beneficio económico o laboral**. La búsqueda de esta recompensa la distingue del trastorno facticio. Es frecuente la presencia de trastornos de personalidad antisocial.

Hipocondría

Aunque se incluye en los trastornos somatomorfos, en la hipocondría no se producen quejas de síntomas físicos como en el resto de trastornos somatomorfos. La hipocondría consiste en **el miedo o la convicción de padecer una enfermedad grave**, a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos. Esta preocupación persiste a pesar de que exploraciones y pruebas resulten negativas. Inicialmente se tranquilizan pero en poco tiempo sienten de nuevo la necesidad de repetir las. Aunque habitualmente el sujeto comprende que su preocupación es excesiva o injustificada, no puede evitarla.

Es importante diferenciar la hipocondría del **trastorno delirante de tipo hipocondríaco**, en que la creencia firme del sujeto de padecer una enfermedad no se modifica nunca, creyendo que los resultados de las pruebas son erróneos, que los médicos le engañan, etc.

- En la **esquizofrenia** el delirio hipocondríaco es extraño e irreductible a la razón.

- Las preocupaciones hipocondríacas son muy frecuentes en la **depresión** y la ansiedad, pero no ocupan el lugar central del trastorno.

Dismorfofobia

Es un trastorno cercano a la hipocondría en que la preocupación se centra en un **defecto físico** o característica corporal imaginarios o claramente exagerados por el sujeto. Suele centrarse en **rasgos faciales** (asimetría, manchas en la piel, delgadez del cabello, forma de los ojos, orejas, etc.) o bien en **miedo a emitir olor desagradable**.

Estas preocupaciones se convierten en el centro de la vida del sujeto y deterioran sus relaciones personales y su integración social y laboral. Pueden invertir muchas horas en intentar "disimular" sus defectos. Es muy frecuente que consulten a dermatólogos y cirujanos plásticos, y que se sometan a intervenciones, aunque rara vez encuentran después alivio.

Se inicia en la adolescencia y primeros años de la edad adulta. El diagnóstico diferencial se plantea sobre todo con:

- El **trastorno delirante de tipo somático**, en que la preocupación alcanza carácter delirante, irreductible a la razón.
- En la **anorexia nerviosa** existe distorsión de la imagen corporal, si bien no es el único fenómeno de la enfermedad.

Trastornos del control de los impulsos

Grupo de trastornos en los que lo fundamental es la **dificultad de resistirse a un impulso**, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para sí mismo o para los demás. En todos hay una sensación de activación o **tensión interior** antes de llevar el acto a cabo y una sensación de placer, **liberación** o gratificación cuando se realiza. Puede o no haber después sentimientos de arrepentimiento y de culpa. Parecidas conductas de tipo impulsivo se asocian al trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la epilepsia o el retraso mental.

Los principales trastornos del control de impulsos son:

- Trastorno explosivo intermitente.

Comienzo desde la pubertad hasta los 20 años. Episodios aislados con descontrol de impulsos **agresivos**, ira y **violencia** hacia objetos o personas. Es raro.

- Cleptomanía.

Impulso irresistible de **robar** objetos que no son necesarios ni económicamente valiosos.

- Piromanía.

Provocación recurrente de **incendios** por placer, gratificación o liberación de la tensión.

- Ludopatía.

Comportamiento desadaptado de **juego** recurrente y persistente que conlleva a menudo deterioro económico, social y personal.

- Tricotilomanía.

Impulso recurrente de arrancarse cabellos, con pérdidas importantes del mismo y a menudo lesiones de la piel subyacente.

- Potomanía.

Impulso recurrente de ingerir líquido, agua especialmente. Esta conducta conlleva un alto riesgo de complicaciones hidroelectrolíticas que pueden ser muy graves. Puede darse en la esquizofrenia y también en la anorexia nerviosa, en la que se busca la sensación de saciedad.

Intervención de enfermería

En general, la enfermera de salud mental, ante este tipo de trastornos y otros similares de la esfera neurótica, como una crisis vital, deberá tratar de desarrollar una relación terapéutica de aceptación, apoyo y empatía (**EIR 12, 161**), dada la importancia y de los aspectos psicosociológicos de la persona en el desarrollo y afrontamiento de dichos procesos (**EIR 09, 94**).

TEMA 6

TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

Enfoque EIR

El delirium y la demencia son temas susceptibles de ser preguntados.

Consisten en todos aquellos trastornos de la vida mental (pensamientos, memorias, emociones, autocontrol...) producidos directamente por una **lesión o enfermedad orgánica** del sistema nervioso central o que afecta indirectamente al sistema nervioso central.

Simplificando, podemos hablar de trastornos mentales orgánicos **agudos y transitorios** (habitualmente producidos por una enfermedad o trastorno reversible) y trastornos mentales orgánicos **crónicos e irreversibles** (habitualmente producidos por enfermedades irreversibles). A los primeros los denominamos *delirium* o síndrome confusional agudo y a los segundos, demencias.

6.1. Delirium o síndrome confusional agudo

Es un síndrome **plurietiológico, de causa orgánica conocida o sospechada**, inicio agudo, curso fluctuante, caracterizado fundamentalmente por un **trastorno de la conciencia (EIR)** y de otras funciones cognitivas (atención, orientación, memoria) así como del pensamiento, psicomotricidad, humor y sueño-vigilia. El curso es autolimitado aunque en algunos casos puede dejar sintomatología residual.

El *delirium* se relaciona **siempre** con un sufrimiento cerebral: **cualquier causa que disminuya el metabolismo cerebral puede desencadenarlo**. Por tanto, es un cuadro que veremos asociado tanto a enfermedades sistémicas (con afectación indirecta del cerebro) como cerebrales (con afectación directa). En consecuencia, es un trastorno frecuente en ancianos, enfermos y pacientes hospitalizados en los servicios de medicina, cirugía y urgencias.

El *delirium* afecta a entre un **10-30% de pacientes hospitalizados**. Estarán predispuestos los enfermos con menor capacidad de resistencia al estrés del metabolismo cerebral, como ancianos, demenciados, pacientes inmunodeprimidos y/o pluripatológicos.

Clínica (EIR 11, 46)

Existen dos patrones de *delirium* según la alteración de la **conducta**:

- Hiperactiva.
Más frecuente, con agitación psicomotriz.
- Hipoactiva.
Con confusión, somnolencia e inhibición motriz.

La clínica consiste en:

- **Descenso y fluctuación del nivel de conciencia** (a ratos somnoliento, torpe, y a ratos hiperalerta, inquieto, agresivo) **e inatención** (con marcadas dificultades para ejecutar tareas que requieran atención como sumar o restar o recitar los meses del año del revés).
- Inversión del ciclo vigilia/sueño (somnolencia diurna, empeoramiento nocturno).
- Desorientación en tiempo y espacio. Falsos reconocimientos.

- Conforme se agrava el cuadro, aparece desestructuración del pensamiento (incoherente, enlentecido, ideas delirantes) y de la percepción (ilusiones y alucinaciones, **sobre todo visuales**). *Hay que recordar que las alucinaciones visuales son típicas de trastornos orgánicos, mientras que las auditivas del genuinamente psiquiátrico.*
- El estado de ánimo oscila entre lo ansioso y lo depresivo. Es un error frecuente considerar al anciano ingresado como depresivo cuando en realidad padece un *delirium*. Para diferenciarlo, siempre hay que explorar el nivel de conciencia y la capacidad de atención
- Déficit de memoria, con distorsiones (paramnesia o recuerdo falso) y amnesia lacunar del episodio.

6.2. Demencias

Las demencias son síndromes caracterizados por un deterioro **crónico y global** de las funciones mentales superiores (es decir, no sólo la memoria, sino también el juicio, la inteligencia, la personalidad, etc.).

La etiología es **múltiple** (de ahí que hablemos de demencias, en plural): degenerativa (p. ej., la enfermedad de Alzheimer), infecciosa o vascular.

La demencia es de origen intracerebral (a diferencia del *delirium*, que en muchas ocasiones es sólo un reflejo del mal funcionamiento del resto del cuerpo) y adquirida (a diferencia del retraso mental, que es un síndrome idéntico excepto por el hecho de que es congénito).

Clínica

El **síntoma típico** por el que las reconocemos es el **deterioro intelectual** con respecto al nivel previo. Pero no es el único síntoma, puesto que además suele acompañarse de alteraciones en la conducta y en el estado de ánimo (EIR 10, 93; EIR 07, 89).

El síndrome se inicia con un deterioro de la memoria y cambios en la personalidad, **sin que el paciente tenga conciencia de sus cambios, que con frecuencia niega o disimula**.

La clínica consiste en el llamado "síndrome de apraxia-afasia-agnosia", que proviene de la lesión de las principales áreas de la corteza cerebral (apraxia: lóbulos parietales; afasia: lóbulos frontales; agnosia: lóbulos parietales, temporales y occipitales).

La diferencia esencial con el *delirium* es que en las demencias se observa un **adecuado nivel de conciencia** (no van alternando somnolencia con hiperalerta), que sólo se pierde en la fase terminal del síndrome. Su prevalencia aumenta con la edad.

Se producen cambios en múltiples áreas:

- **Conducta.**
 - Desorganizada, inapropiada, descuidada, antisocial.
 - Rutinas rígidas, disminución de intereses.
 - Acciones catastróficas: explosión emocional que presenta el paciente al tomar conciencia de sus déficits.
- **Pensamiento.**
 - Empobrecido (disminución de la capacidad de análisis, abstracción, etc.).
 - Incoherente.
 - Pueden aparecer ideas delirantes en relación con los defectos (p. ej., al no recordar dónde dejó sus cosas, cree que su familia o el personal sanitario se las han robado).

- Ánimo.

- Depresivo en fases iniciales, más adelante aplanado.

- Cognición

- Primero olvidos, seguidos de alteración de la memoria reciente, y por último de la remota.

Pseudodemencia depresiva

No es una demencia, sino un cuadro que se parece a una demencia. En la depresión es relativamente frecuente hallar defectos en la evocación de memorias y quejas sobre problemas de concentración.

En algunas ocasiones, el paciente depresivo aqueja como principal el problema de falta de memoria, relegando a un plano secundario el malestar anímico, cosa que puede llevar a confundir una depresión con una demencia.

Aspectos fundamentales de la atención del paciente con una demencia

- Programar planes de cuidados individualizados con el objetivo de favorecer el mantenimiento de las capacidades del paciente el mayor tiempo posible.
- Proporcionar al paciente un ambiente coherente y rutinario, para ayudarlo a funcionar con sus capacidades disminuidas.
- Evitar entrenar al paciente en conseguir habilidades perdidas, pues esto incrementa la sensación el fracaso, la irritabilidad y les frustra, dando lugar a reacciones catastróficas (EIR).
- Permitir al paciente comportamientos habituales, como el acaparamiento de objetos o el vagabundeo, siempre que se realicen en un ambiente seguro.
- Valorar en el paciente signos y síntomas de depresión.
- Colocar etiquetas u otras ayudas visuales con el nombre de los objetos y habitaciones, para ayudar a recordar su nombre y su función. Colocar un reloj y un calendario grande en su cuarto y marcar con una X los días pasados, para ayudarlo a recordar la fecha correcta.



Figura 1. Cartel de la película "El hijo de la novia", donde la protagonista sufre de demencia tipo Alzheimer.

TEMA 7

TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Enfoque EIR

Lo más importante son los trastornos relacionados con el alcohol. Estudiar bien el *delirium tremens*, preguntado en numerosas ocasiones.

7.1. Conceptos básicos

Dependencia física (EIR 13, 173)

Consiste en la aparición de síntomas físicos al interrumpirse el consumo de una sustancia. Ocurre con el alcohol, los opiáceos y las benzodiacepinas.

Dependencia psíquica

Cuando se interrumpe el consumo de la sustancia se traduce en un estado de notable ansiedad, deseo de consumo de la sustancia, irritabilidad y cambios en el humor. Ocurre con las anfetaminas, la cocaína, el tabaco y el cannabis.



Figura 1. El cine ha mostrado muchas veces los estragos de la dependencia a sustancias, como en "Días de vino y rosas".

Tolerancia

Disminución de los efectos de la sustancia ante el consumo de la misma cantidad de ésta. Se requerirán dosis más elevadas para conseguir los mismos efectos (EIR).

7.2. Clasificación de las sustancias de abuso

- Psicoestimulantes.

Producen una estimulación del sistema nervioso central (SNC) que se traduce en una activación a diferentes niveles: excitación, euforia, disminución de la necesidad de sueño y del apetito. Ejemplos: cocaína, anfetaminas, drogas de diseño (éxtasis).

- Depresoras.

Producen una disminución/depresión del SNC que se traduce en una sensación de relajación, bienestar psíquico y físico, a la vez que sueño. Ejemplos: alcohol, heroína, benzodiacepinas, barbitúricos, derivados del cannabis.

- Alucinógenas.

Provocan alucinaciones de diversas características. Ejemplos: LSD (dietilamida del ácido lisérgico) y algunas de las drogas de diseño.

- No clasificables.

Como la nicotina y algunos disolventes.

7.3. Trastornos relacionados con el alcohol

Es después de la nicotina la sustancia de abuso más consumida a nivel mundial.

El paciente afecto de alcoholismo suele negar, racionalizar e incluso culpabilizar al entorno, mostrando una escasa conciencia de enfermedad (EIR).

Intoxicación alcohólica aguda

Las distintas manifestaciones clínicas dependerán de la alcoholemia (niveles de alcohol en sangre). *Por ello, se debe tener en cuenta que el ritmo de metabolización del alcohol es de 7-8 g/hora.*

- Excitación/euforia (niveles de 0,3-0,5 g/l).

Aparece disminución de la atención y aumento del tiempo de reacción, desinhibición, euforia, conductas impulsivas y agresividad.

- Somnolencia (2-3 g/l).

Se manifiestan síntomas vegetativos: náuseas y vómitos, sudoración profusa, hipotensión arterial, somnolencia, cefalea, trastornos de la marcha e incoordinación motora (EIR).

- Depresión respiratoria, coma y muerte (niveles de 4-5 g/l o más).

Trastornos relacionados con el consumo crónico de alcohol

- Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff.

Deterioro grave en memoria reciente con cierta conservación de la inmediata y remota. Son frecuentes las confabulaciones, en las que el enfermo "rellena los vacíos de recuerdo" mediante invenciones que aparentemente se traducen en un discurso coherente.

- Cardiopatías y enfermedades vasculares.

El alcohol predispone a la aparición de miocardiopatía dilatada y de enfermedades vasculares.

- Enfermedad hepática.

El consumo crónico de alcohol puede cursar con hepatitis alcohólica, cirrosis e incluso cáncer de hígado.

- Enfermedades por déficit de vitaminas (encefalopatía de Wernicke - fase aguda).

La desnutrición propia del alcohólico provoca un déficit de vitaminas.



Síndrome de abstinencia o delirium tremens

Se manifiesta cuando se interrumpe o disminuye de forma importante el consumo de alcohol en el alcohólico crónico (EIR 08, 96). El paciente presenta agitación, temblor distal, hipertermia, sudoración profusa, taquicardia, e intensa ansiedad psíquica y somática (EIR).

El síntoma más característico es la fluctuación del nivel de conciencia y la desorientación temporoespacial (EIR). Habitualmente suelen aparecer alucinaciones visuales en forma de **microzoopsias** (animales pequeños o insectos), que vive el sujeto con una elevada angustia (EIR).

Los síntomas comienzan entre 4 y 12 horas tras la última ingesta. La mayor intensidad se produce a las 48 horas, y se mejora a partir del 4.º o 5.º día.

El tratamiento consiste en el soporte electrolítico, una adecuada hidratación y el control de los síntomas, tales como la hipertermia. La sintomatología suele empeorar por la noche, por lo que el paciente deberá situarse en una habitación tranquila, sin ruidos y una correcta iluminación.

Tratamiento del abuso/dependencia del alcohol

- Desintoxicación.

Tiene como finalidad la supresión total del consumo, que dará lugar a un síndrome de abstinencia. Suele durar entre 1-4 semanas.

- Las formas de abstinencia leves pueden tratarse de forma ambulatoria, mientras que en las graves es preciso el ingreso hospitalario.
- El tratamiento de elección son las **benzodicepinas** en pauta decreciente, cuya finalidad es actuar como sustitutivo del alcohol y evitar así los síntomas de abstinencia. Se deben asociar suplementos vitamínicos y realizar un control dietético adecuado.

- Deshabitación (EIR 05, 94).

Es un proceso que dura entre 6 meses y un año, que debe asumirse cuando la desintoxicación ha sido exitosa y el consumo de la sustancia se ha interrumpido. Se utilizan fármacos interdictores que usados en un consumo concomitante de alcohol provocan síntomas característicos (disulfiram, cianamida...).

7.4. Trastornos relacionados con los opiáceos

Los principales opiáceos de consumo son: morfina, codeína (analgésico y antitusígeno), heroína (sustancia semisintética), metadona (opiáceo sintético).

La **heroína** es el principal opiáceo causante de abuso/dependencia: la vía más utilizada es la **endovenosa**, a pesar de que ha aumentado el consumo de heroína fumada. También se puede administrar intramuscular, intranasal o subcutánea.

La administración intravenosa genera durante 20-30 minutos un estado de euforia o éxtasis, que desaparece provocando somnolencia, irritabilidad, malestar psíquico y físico.

Intoxicación aguda

La clínica que se presenta es: **miosis**, depresión del nivel de conciencia, depresión respiratoria, bradicardia, hipotensión, hipotermia, rubefacción facial.

El tratamiento de elección es la **naloxona**, que es un antagonista opiáceo.

Síndrome de abstinencia

Puede iniciarse al cabo de 12 horas de la última administración.

Presenta una sintomatología **inversa a la intoxicación aguda**: midriasis, sudor, rinorrea, piloerección, hipertermia, hiperpnea, temblor, bostezos, agitación y heteroagresividad.

Tratamiento

1. Fase I o desintoxicación.

Suele durar entre 2-4 semanas, igual que en el caso del alcohol.

2. Fase II o deshabitación.

Dura entre 6 meses y 1 año, siendo preciso que el individuo haya suspendido en su totalidad el consumo de la sustancia (EIR 05, 94).

*Existe un programa específico denominado **PMM** (Programa Mantenimiento de Metadona), cuyo objetivo es la reducción de daños que conlleva el consumo de heroína (riesgo de infección por VIH, VHC, etc.) supliéndola por otro opiáceo que se administra de manera controlada (metadona), pero que no implica la deshabitación del sujeto.*

7.5. Trastornos relacionados con la cocaína

Es una droga psicoestimulante del SNC que se administra de forma más frecuente vía inhalada en polvo. También se puede consumir fumada ("cocaína base" o "crack") o intravenosa.

Intoxicación aguda

- Efectos psíquicos.

Euforia rápida e intensa, de breve duración, hiperactividad motora, estado de vigilancia e hiperalerta, ideas delirantes de persecución, alucinaciones visuales, delirio de formicación (cree tener insectos bajo la piel). Pueden aparecer alucinaciones táctiles.

- Efectos físicos.

Náuseas y vómitos, pérdida del apetito y de peso, hipertermia, taquicardia, hipertensión arterial, dolor torácico... Supone un importante riesgo de infarto agudo de miocardio y de ictus.

Síndrome de abstinencia

Se divide en tres fases:

1. Crash.

Se inicia a las pocas horas del abandono del consumo y puede durar hasta 4-5 días. Se caracteriza por cansancio y fatiga intensos, irritabilidad, cambios en el patrón de sueño, declive afectivo y deseo imperioso de consumir.

2. Abstinencia.

Suele iniciarse después de la fase de crash y dura varias semanas. El sujeto presenta pérdida del interés por todo lo que le rodea, irritabilidad y deseo intenso de consumo de la sustancia.

3. Recuperación o mantenimiento.

Tratamiento

No existe un tratamiento concreto de desintoxicación o deshabituación. Los fármacos utilizados disminuyen la sintomatología vegetativa que se presenta en la abstinencia.

7.6. Trastornos por consumo de derivados del cannabis

Es una de las sustancias psicoactivas más consumidas en la población general. Inicialmente puede dar euforia, relajación, falsa autoconfianza e incluso ansiedad y terror.

El consumo continuado puede afectar diferentes funciones cognitivas: memoria, atención, coordinación y percepción.

7.7. Trastornos producidos por otras sustancias

Alucinógenos

Destacamos el LSD que produce alteraciones de la sensorio-percepción, cambios en el humor, y puede precipitar crisis de pánico e ideación delirante de referencia o persecución.

Anfetaminas

En dosis elevadas llegan a producir síntomas psicóticos como ideación delirante de perjuicio y referencia.

Drogas de diseño

Destacan el éxtasis o MDMA que producen ansiedad, taquicardia, HTA y bruxismo.

TEMA 8

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Enfoque EIR

Tema poco importante para el EIR, no dediques mucho tiempo en estudiarlo.

Los trastornos de la conducta alimentaria (**EIR 11, 97**) se caracterizan por alteraciones en el control del impulso alimentario. Se relacionan con **ideas sobrevaloradas** acerca de la importancia de la delgadez. Recordamos que las ideas sobrevaloradas se diferencian de las ideas delirantes porque a pesar de ser ambas ideas patológicas, las sobrevaloradas no siempre tienen origen mórbido. La base de la idea sobrevalorada es el tono emocional extremo asociado que lleva a que esa idea tome preponderancia sobre el resto de ideas del individuo, dictando su conducta de forma permanente o prolongada. Todos sostenemos ideas que definen nuestra visión del mundo por su tono emocional, y no sólo por su grado intrínseco de certeza, como las ideas políticas, las ideas religiosas o nuestras preferencias deportivas. Este tipo de ideas son formalmente idénticas a las ideas sobrevaloradas, excepto por el hecho de que son compartidas por gran parte de la sociedad y no se consideran patológicas. A pesar del incremento de su prevalencia a lo largo del último siglo, los trastornos de la conducta alimentaria se conocen desde la antigüedad (**EIR 08, 95**).

En la anorexia nerviosa lo esencial es el **miedo extremo a engordar y el deseo de mantenerse delgado**. Se recurre a diversos métodos para mantenerse delgado. Comer poco o nada es la conducta más frecuente para conseguirlo, pero no la única puesto que puede realizarse ejercicio de forma exagerada o abusar de purgativos para perder peso. Por otra parte, lo esencial de la bulimia nerviosa es la **pérdida de control sobre el impulso alimentario, que conduce a ingestas masivas (atracones)**. La paciente pierde el control cuando se encuen-

tra intentando reprimir su apetito para mantenerse delgada. La culpabilidad y preocupación acerca de esta ingesta conduce al vómito pero también puede llevar a la realización excesiva de ejercicio o al uso de laxantes.

Los trastornos de la conducta alimentaria afectan principalmente a individuos postpuberales, ya sean adolescentes o en su primera juventud. Afecta mayoritariamente (90%) a mujeres. Con todo, su incidencia en hombres se ha ido incrementando. Aunque suelen ser raros más allá de los 40 años, en muchos individuos se cronifican a lo largo de la vida. Un aspecto particularmente importante de estos trastornos mentales son sus complicaciones físicas.

Anorexia nerviosa

Los criterios clínicos que nos permiten reconocer la anorexia nerviosa son:

- **Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal.**
Peso inferior al 85% de lo esperable o fracaso para conseguir el aumento normal del periodo de crecimiento. El **índice de masa corporal** o de Quetelet (*peso en kg/altura al cuadrado*) es inferior a 17,5 (valor normal de 19 a 24).
- **Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, estando incluso por debajo del peso normal.**
Este miedo aumenta cuando el sujeto va perdiendo peso.
- **Alteración de la percepción del peso y silueta corporales,** con negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. **La autoestima depende de forma central del peso y el aspecto percibidos.**
- **Amenorrea de tres o más ciclos consecutivos.**
Aunque casi siempre la amenorrea es secundaria a la pérdida de peso, en alguna ocasión la precede. En varones la pérdida de deseo y potencia sexual son equivalentes a la amenorrea.

Característicamente existe una conducta de negación de la existencia de enfermedad. Las pacientes no reconocen problema alguno y es su familia quien suele forzar la actuación médica. Las pacientes suelen disimular su aspecto con ropas anchas y se alteran las percepciones corporales de hambre o de fatiga.



Figura 1. La modelo Isabelle Caro, recientemente fallecida, protagonizó una campaña publicitaria de una firma de ropa que pretendía sensibilizar sobre la anorexia.

Tipos clínicos

- Tipo **restrictivo**.
Se restringe la cantidad y calidad de los alimentos ingeridos, y se realiza actividad física y ejercicio en exceso, **sin** atracones ni recurrir a purgas (uso excesivo de laxantes, vómitos, diuréticos o enemas).
- Tipo **purgativo/compulsivo**.
Junto a la restricción alimentaria hay conducta de atracones y recurso a purgas (vómitos, laxantes, diuréticos). En el tipo purgativo es más frecuente la comorbilidad con trastornos del control de impulsos, abuso de sustancias y trastorno límite de personalidad.

Complicaciones físicas

- Debilidad y laxitud generales, dificultad de concentración y rendimiento intelectual.
- Edemas por hipoproteïnemia, lanugo, fragilidad de piel y fanelas. Piel amarillenta por hipercoeritinemia. Hipotermia, cianosis de extremidades e intolerancia al frío.
- Distensión abdominal y enlentecimiento del vaciado gástrico.
- Bradicardia, arritmias.
- Anemia, neutropenia, trombopenia.
- Osteoporosis en amenorreas prolongadas.
- Alteraciones endocrinas, descenso de estrógenos en mujeres y de testosterona en hombres.

La anorexia nerviosa tiende a la cronicidad, aunque responde a los tratamientos especializados y hospitalarios. Cuanto antes se inicie el tratamiento, mejor es el pronóstico.

La mitad suele recuperar peso normal, un 20% mejoran con pesos bajos y un 20% no cambian. Un 5% se vuelven obesas.

En casi todos los casos persiste el miedo a engordar.

Tras unos primeros años de restricción es muy frecuente iniciar ciclos de tipo compulsivo/purgativo, a veces con ganancia ponderal y cambio de diagnóstico a bulimia.

La **mortalidad** es alta (aproximadamente un 6%), siendo fundamentalmente como consecuencia de la inanición (arritmias cardíacas) o por suicidio.

Factores etiológicos

- Culturales.
Más frecuente en países occidentales y desarrollados, con presiones hacia la delgadez como arquetipo de belleza.
- Familiares.
Estilo familiar competitivo, rígido, exigente.
- Personalidad.
Responsables, con elevada autoexigencia y rendimiento, con miedo a la pérdida de control.

Tratamiento

El más eficaz es el **cognitivo-conductual** por parte de un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, psicólogos) con el apoyo de la familia.

Una parte muy importante del tratamiento supone adquirir **conductas de alimentación adecuadas**. Únicamente se aplica un tratamiento farmacológico si hay patologías asociadas, como depresión. En los casos extremos el paciente deberá ser hospitalizado.

La psicoterapia es el tratamiento esencial de los TCA. Aunque se trata de terapias con objetivos concretos (cumplir con un mínimo de comidas al día, adquisición de peso adecuado, no realizar conductas compensatorias, etc.), debe incluir una valoración global de la persona del paciente y su entorno, así como de la presencia de otros problemas (familiares, sociales) que pueden influir de forma significativa en la aparición de conductas anoréxicas o purgativas. Es en este sentido que el tratamiento de los TCA no contempla en exclusiva las conductas alimentarias anormales (EIR 11, 97).

Bulimia nerviosa

Las **conductas bulímicas aisladas son muy frecuentes**, pero en su mayoría no llegan a constituir un trastorno clínico. Típicamente, el inicio es más tardío que en la anorexia nerviosa.

Los criterios clínicos que nos permiten reconocer la bulimia nerviosa son:

- La presencia de **atracones** al menos dos veces por semana durante tres meses. Un atracón es la ingesta de gran cantidad de comida en poco tiempo, con vivencia de descontrol.
- Desarrollar conductas compensatorias inapropiadas dirigidas a no ganar peso: vómitos, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ejercicio excesivo y ayuno.
- Autoevaluación personal exageradamente influida por el peso y silueta corporales.

Tipos clínicos

- Tipo **purgativo**.
Recorre regularmente a vómitos, laxantes, diuréticos o enemas.
- Tipo **no purgativo**.
La compensación del atracón es con ayuno o ejercicio excesivo pero sin eliminación directa de lo ingerido.

Las pacientes bulímicas comparten con las anoréxicas el rechazo a ganar peso y la preocupación centrada en aspecto y peso. Las personas enfermas de bulimia suelen tener mayor conciencia de enfermedad que las que sufren anorexia, si bien niegan su trastorno inicialmente, es más fácil que reconozcan el trastorno y la gravedad de sus conductas respecto a la comida, mejorando así su pronóstico. Aunque su pronóstico sea mejor que el de la anorexia, eso no implica que siempre sea bueno.

El peso suele mantenerse normal o alto y no suele haber amenorrea. Hay mayor comorbilidad con trastornos afectivos, abuso de sustancias y trastornos de personalidad que en la anorexia nerviosa.

Complicaciones físicas

No provienen de desnutrición sino de las conductas de purga.

- Trastornos hidroelectrolíticos.
Representan la principal amenaza para la vida del paciente, ya que pueden desencadenar arritmias o severas alteraciones metabólicas.
- Trastornos del tracto digestivo superior.
Por exposición a los flujos gástricos ácidos, generando parotiditis, esofagitis, pérdida del esmalte dental y caries.
- Callosidad en el dorso de la mano (signo de Russell) al introducirla para provocar el vómito.

Factores etiológicos

- Culturales.
Parecidos a la anorexia nerviosa.
- Historia personal o familiar de sobrepeso.
- Patrón familiar desestructurado y abuso sexual en la infancia.

Tratamiento

- Psicoterapia grupal o individual cuyo objetivo es encontrar las causas que producen este tipo de trastornos.
- Reeducación nutricional.
- Tratamiento con medicamentos.
Los antidepresivos reducen la frecuencia de comer compulsivamente y su posterior vómito.

TEMA 9

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Enfoque EIR

Tema que aún no ha sido preguntado en el que no debes profundizar.

Los trastornos de personalidad se caracterizan por ser formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas que se manifiestan como **respuestas conductuales invariables** frente a un amplio grupo de situaciones sociales y personales. Representan **desviaciones extremas** respecto a los individuos normales en la forma de pensar, sentir y relacionarse con los demás. Los rasgos de personalidad extremos son variantes de la normalidad y que por tanto no tienen por qué conducir necesariamente hacia el desarrollo de un trastorno de la personalidad. Cuando los **rasgos de la personalidad extremos son rígidos e inadaptados** y provocan deterioro funcional o malestar subjetivo, se puede diagnosticar un trastorno de la personalidad.

Los trastornos de la personalidad no deben diagnosticarse nunca antes de los 18 años ya que se considera que hasta esa edad no se ha consolidado aún la personalidad adulta. La única excepción es el trastorno antisocial o disocial, que se puede diagnosticar a partir de los 14 años de edad.

Aunque los síntomas habituales de los trastornos de la personalidad son formas de conducta de larga evolución, en algunos trastornos de personalidad (como el esquizotípico o el límite) es posible encontrar psicopatología clásica, como alucinaciones transitorias.

Aquellos que sufren trastornos de la personalidad suelen presentar de forma incrementada otros trastornos mentales, constituyendo uno de los ejemplos clásicos de comorbilidad psiquiátrica.

Tras el DSM-IV-TR se dividen los trastornos de la personalidad en tres grandes categorías: los del cluster (= grupo) A, B y C.

Trastornos de personalidad del cluster A (EIR 12, 35)

Son sujetos extraños, excéntricos y que tienden a aislarse. Existe agregación genética y características clínicas compartidas con las psicosis. Son más frecuentes en hombres que en mujeres.

Trastorno paranoide de personalidad (A1)

Sujetos desconfiados, **suspicious**, siempre dispuestos a interpretar las relaciones en clave de **perjuicio** o como agresiones. A menudo sienten que en su entorno se producen **conspiraciones** en su contra. Suelen centrarse en temas como el perjuicio laboral, legal o los celos en la pareja. En ocasiones, puede preceder al desarrollo de un trastorno de ideas delirantes (paranoia).

Trastorno esquizoide de personalidad (A2) (EIR 07, 88)

Son sujetos **aislados socialmente, sin interés** alguno por establecer contacto con los demás. Son incapaces de gozar y de sufrir. Prefieren las actividades solitarias y son emocionalmente fríos e indiferentes. Les cuesta entender a los demás y establecer relaciones emocionales. Se relaciona genética y clínicamente con la esquizofrenia.

Trastorno esquizotípico de personalidad (A3)

Son sujetos que presentan de forma permanente **rasgos próximos a los de las psicosis, aunque de menor intensidad**: tendencia a las ideas de referencia, creencias raras o pensamiento mágico, experiencias perceptivas inhabituales (ilusiones), pensamientos y lenguajes raros, o suspicacia paranoide. Son en general sujetos **excéntricos**, con gusto por temas esotéricos o sobrenaturales, con dificultades para establecer y mantener relaciones. Pueden parecer tímidos o torpes. Está muy próximo clínicamente y genéticamente a la esquizofrenia. En la CIE-10 se considera un trastorno psicótico, y no un trastorno de personalidad.

Trastornos de personalidad del cluster B

Son sujetos inestables e inmaduros, conflictivos en su relación con los otros. Se encuentran próximos a los trastornos afectivos, los de abuso de sustancias y los somatomorfos.

Trastorno antisocial de personalidad (B1)

Llamado también psicopatía, sociopatía o trastorno disocial. Lo define la **incapacidad para acatar normas sociales**, desarrollando en relación conductas de rebelión, violencia y delincuencia. Tras esta incapacidad suelen encontrarse una baja sensibilidad al castigo, una alta impulsividad y una escasa capacidad para sentir culpa o remordimientos. Sus relaciones se caracterizan por el deseo de explotación de los demás con mentiras, estafas y amenazas o agresiones. Estas tendencias de personalidad se muestran de forma prematura en la infancia, por lo que puede diagnosticarse desde los 14 años. Es muy frecuente la comorbilidad con el abuso de sustancias. Es más frecuente en hombres que en mujeres, y muy frecuente entre poblaciones de reclusos.

Trastorno límite o borderline de personalidad (B2)

Lo define la **inestabilidad**, especialmente afectiva y también en las relaciones interpersonales. Manifiesta cambios rápidos y extremos entre la idealización y la devaluación, el amor entusiasta y el odio, la euforia y la ira. Distorsionan sus relaciones porque consideran a las personas excesivamente buenas o absolutamente malas. Asimismo, la visión de sí mismos también es inestable y cambiante. Todas estas manifestaciones se acompañan de un **elevado malestar**, y al acompañarse el trastorno de niveles altos de impulsividad, se producen repetidamente gestos auto y heterolesivos, automutilaciones, intentos de suicidio y suicidios consumados. Pueden producirse episodios psicóticos breves de probable naturaleza disociativa. Las hipótesis sobre su génesis dan importancia a la existencia de antecedentes de trauma infantil. Presenta también importante comorbilidad con el trastorno de estrés postraumático. Las manifestaciones más llamativas tienden a disminuir con la edad, mejorando el funcionamiento general. Es más frecuente en mujeres.

Trastorno narcisista de la personalidad (B3)

Son sujetos **egoístas**, muy pendientes de la admiración de los demás, incapaces de empatía y de comprender o respetar los sentimientos e ideas del otro. Tienden a una **autoimagen grandiosa**, son pretenciosos y soberbios. A menudo envidiosos de los éxitos ajenos. Es mucho más frecuente en hombres.

Trastorno histriónico de personalidad (B4)

Son sujetos que **necesitan siempre altos niveles de atención**, y que desarrollan conductas dramáticas, **teatrales** o seductoras con tal de conseguirlo. Buscan la aprobación de los demás y son muy influenciados. Sus relaciones personales son superficiales. Clásicamente se ha considerado que es mucho más prevalente en mujeres. Se relaciona típicamente con los trastornos somatomorfos, especialmente la conversión y la disociación.

Trastornos de personalidad del cluster C

En su conjunto, son sujetos tímidos, inseguros, tendentes a la pasividad. Tienen un menor grado de conflicto social que los otros dos grupos. Se relacionan fuertemente con los trastornos de ansiedad.



Figura 1. En la película "Inocencia interrumpida", Wynona Ryder presenta un trastorno límite de la personalidad.

Trastorno evitativo de la personalidad (C1)

Su característica fundamental es la **inhibición social**. **A diferencia de los esquizoides, desean establecer relaciones** pero se sienten temerosos de ser rechazados o ridiculizados. Tienen una baja autoestima. Evitan cualquier situación que implique riesgo. Se relaciona con la fobia social. No hay diferencias de género.

Trastorno dependiente de la personalidad (C2)

Son sujetos **sumisos**, muy **inseguros**, que buscan la adhesión a una figura en la que delegan la capacidad de decisión y las responsabilidades y en la que se refugian. Tienen un déficit grave de autonomía personal. Se relaciona con el trastorno de ansiedad por separación de la infancia. Aunque se ha diagnosticado más en mujeres no parece haber diferencias de género.

Trastorno obsesivo o anancástico de personalidad (C3)

Son sujetos **perfeccionistas**, preocupados por el orden y la meticulosidad, inflexibles, tercos, poco espontáneos, muy respetuosos de las normas y puntillosos. Les cuesta desprenderse de sus objetos y son avaros. Muy volcados al trabajo, aunque pueden ser lentos por su perfeccionismo, les cuesta delegar tareas. Se relaciona con el trastorno obsesivo-compulsivo. La prevalencia general es del 1%. En hombres es el doble que en mujeres.

TEMA 10 TRASTORNOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Enfoque EIR

Tema poco preguntado, léelo de manera superficial.

Autismo

Es un trastorno generalizado del desarrollo que aparece antes de los 3 años de edad, aunque puede manifestarse desde el nacimiento, siendo además más frecuente en niños.

Características clínicas

- **Alteración de la interacción social.**
Ausencia de reciprocidad emocional y social, con ausencia de empatía y escaso contacto ocular. Son frecuentes las posturas corporales inapropiadas, así como las estereotipias motoras.
- **Alteración en la capacidad de comunicación y lenguaje.**
Existe un retraso en el desarrollo del lenguaje verbal y de la comprensión del mismo (EIR). La comunicación no verbal también suele verse alterada.
- **Conducta o alteración del comportamiento.**
Presentan un interés notable en determinados objetos sobre los que prestan una especial atención. Cualquier evento estresante o cambio vital puede generar episodios de agitación.

El **tratamiento** fundamental es la educación dirigida tanto al paciente como a los familiares. La terapia farmacológica se usa únicamente como tratamiento sintomático.

Otros trastornos generalizados del desarrollo

Trastorno de Asperger

Es una forma de autismo sin alteración en el lenguaje verbal. Presentan también un déficit en la capacidad de comunicación y de interacción social, pudiendo mostrar un elevado rendimiento en determinadas áreas de conocimiento.

Pueden llegar a convertirse en expertos de cualquier tema de interés, por lo que muestran un patrón restringido de conducta y actividades.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Se trata de una patología infantil que afecta alrededor del 2-5% de los niños en edad escolar. Se inicia con frecuencia antes de los 7 años de edad y afecta más a niños que a niñas.

Los síntomas se definen en tres grupos:

- **Déficit de atención.**
El niño presenta una elevada distractibilidad, dificultades en el mantenimiento de la atención que se manifiestan en pérdidas de objetos, no finalización de las tareas y un bajo rendimiento escolar.



Figura 1. Dustin Hoffman ganó el Oscar como mejor actor principal en "Rain Man", dando el discurso de agradecimiento imitando al personaje autista que interpretaba en la película.

- **Hiperactividad.**
Exceso de actividad psicomotora. Tienden a moverse constantemente, les cuesta acatar órdenes y la disciplina (*el niño no puede estar quieto*).
- **Impulsividad.**
Llevan a cabo conductas sin pensar en sus consecuencias. Actúan y piensan de forma rápida, contestan antes de terminarse la pregunta y presentan una escasa asunción de riesgos. Pueden llegar a ser agresivos.

Tratamiento

La terapia de elección son los estimulantes anfetamínicos y la terapia cognitivoconductual, con técnicas de reeducación.

Sedes
AMIR
enfermería



AMIR
enfermería

www.academiaeir.es