

Introducción

Las enfermedades mentales afectan mucho la calidad de vida de los enfermos y de las personas que los rodean

Durante toda la historia, la locura era lo único catalogado como enfermedad mental y su origen era asignado a fuerzas malignas, cuestiones morales o espirituales.

Y fue hasta 1790, cuando los estudios de un médico francés llamado Philippe Pinel, llevaron a identificar a la psiquiatría como una especialidad y a las enfermedades mentales como producto de diversos factores que van desde los orgánicos y funcionales hasta los emocionales.

Muchas clasificaciones se han tratado de hacer desde entonces, para ubicar los diferentes trastornos mentales, según las características, orígenes y efectos.

Las enfermedades mentales tienen en común, el que las relaciones interpersonales y sociales se ven afectadas y las personas no pueden llevar una vida social adecuada.

El origen de las enfermedades mentales puede ser de varios tipos:

- Por problemas genéticos que presenten daño orgánico en alguna zona del cerebro que tiene que ver con el comportamiento y/o aprendizaje humano.
- Por trastornos orgánicos, funcionales o fisiológicos, provocados por diversos factores.
- Por algún problema sufrido en el cerebro, durante el parto.
- Por problemas ambientales, que pueden ser ocasionados por algún contaminante o como resultado de vivencias de situaciones violentas, emocionales, estresantes o traumáticas, sobre todo durante la infancia y adolescencia.
- Como resultado de un estilo de vida que implique situaciones educativas violentas o antisociales.
- Por problemas seniles que van deteriorando y limitando las funciones mentales.
- Por el uso y consumo de drogas o fármacos no recomendados.
- Como consecuencia de accidentes y lesiones cerebrales.

Así entre los problemas mentales y en función de la gravedad y de su origen, se pueden distinguir los ocasionados por daños orgánicos como el retraso mental, las enfermedades psicóticas y las neuróticas.

Los trastornos psicóticos o psicosis se caracterizan por una pérdida del contacto con la realidad y los casos de esta enfermedad son muy escasos. Entre ellos están la esquizofrenia, la paranoia y las formas extremas de depresión, como la psicosis maniaco-depresiva.

Los problemas relacionados con la neurosis se caracterizan por estados de malestar y ansiedad, pero las personas afectadas no llegan a perder el contacto con la realidad.

Entre los problemas de neurosis, están los cambios bruscos de carácter, las fobias, los miedos y el pánico, la angustia, la histeria, el estrés, la depresión, los trastornos obsesivo-compulsivos, la hipocondría y en general, todos los que provocan una alta dosis de ansiedad sin que exista una desconexión con la realidad.

También existen otros problemas mentales ocasionados por la edad y el deterioro de los tejidos cerebrales. Entre ellas están por ejemplo el Alzheimer o el mal de Parkinson que afecta el sistema nervioso.

En todos los casos la ayuda oportuna, adecuada y humana, puede ayudar a mejorar las condiciones y la calidad de vida del paciente. A veces es necesario solo la ayuda de un psicólogo y otras de un médico psiquiatra que controle adecuadamente los medicamentos, que siempre serán administrados bajo un control absoluto.

Los trastornos más comunes de los problemas mentales

Debido a la diversidad de problemas mentales que existen, el proceso de diagnóstico debe ser muy cuidadoso, sostiene el Doctor Ludovic Reveiz Herault, médico de la Universidad del Rosario en Bogotá, Colombia, puesto que la calificación de las anomalías es el primer paso en el desarrollo de un tratamiento acertado.

En este sentido, muchos de los problemas tienen síntomas comunes, razón por la cual –en algunos casos- podrían desarrollarse procesos de recuperación equívocos, sino se hace un trabajo previo.

Según el experto, los trastornos más comunes son la afasia, la amnesia, deficiencia mental, depresión mental, esquizofrenia, melancolía involutiva, neurosis, paranoia, psicosis y psicosis maníaco-depresiva.

Conclusiones de los expertos:

- **Afasia:** La afasia es una afección orgánica causada por lesión en la corteza cerebral. Esta lesión produce una pérdida o disminución de la facultad de utilizar palabras como símbolos de ideas. Por ejemplo, una persona necesita explicar algún tema en especial y no tiene la fluidez

para hacerlo, ya que no encuentra las palabras necesarias para dar su idea.

- **Amnesia:** Pérdida de la memoria y especialmente incapacidad para reconocer las ideas interpretadas por las palabras. Sus síntomas son variados y de diferentes clases. En la *amnesia anterógrada*, la pérdida de memoria sigue directamente a un shock o trauma grave. La *amnesia auditiva* consiste en la incapacidad para reconocer la palabra hablada. En la amnesia retrograda se borra toda memoria relativa a acontecimientos pasados, y en postraumática, la de los posteriores a un accidente. Esta última es de variada duración, según la gravedad del shock o daño recibido.

La amnesia puede ser parcial, con pérdida de memoria de sonidos, nombres o colores; o en general, con pérdida de la mayor parte de la memoria, frecuentemente aparece asociada a un conflicto emocional repentino solucionado, el cual retorna a la memoria. Aunque en los casos de la amnesia total se recuerdan ciertos hábitos, como el de leer, caminar y escribir.

- **Deficiencia mental:** Es una forma de atraso mental en que el sujeto no posee el nivel medio de inteligencia o no logra alcanzar ese nivel por defecto de desarrollo. No debe confundirse con la enfermedad mental, en que se produce alteración de las funciones de la mente de capacidad normal, como sucede en la neurosis o psicosis. Se distinguen diversos grados de defecto o debilidad mental.
- **Depresión mental:** Es un estado de postración y tristeza, acompañado habitualmente de disminución de la actividad, ya que en ella se paraliza la iniciativa y la decisión. La depresión de un sujeto se refleja en su actitud hacia los demás y sus acciones. El deprimido se vuelve excesivamente precavido, teme gastar dinero y disfrutar de expansiones y diversiones, vacila en reunirse con otras personas y eventualmente se enfrenta no sólo con el mundo en general sino consigo mismo. En el tratamiento de la depresión mental se han empleado varios preparados farmacéuticos, llamados energéticos psíquicos. Estos fármacos pueden elevar el nivel de actividad del sistema nervioso central cuando este se muestra perezoso.
- **Esquizofrenia:** Es un grave trastorno mental o psicosis, que indica pérdida de contacto con la realidad y una desorganización o desintegración temporal o permanente de la personalidad. Derivado de esquizo, "separación", y frenia, "mente", el nombre alude a una separación entre la mente y la realidad. La esquizofrenia es la forma más corriente de enfermedad mental, sostienen los expertos. El esquizofrénico rechaza el mundo exterior y se introvierte en su propio mundo. Sus actos se acomodan a este mundo imaginario y por ello son tan difíciles de interpretar. En los últimos decenios se ha avanzado mucho en el conocimiento y tratamiento de la esquizofrenia y es mayor el índice de recuperaciones totales o parciales.

- **Melancolía involutiva:** Perturbación psíquica caracterizada por depresión mental. Por lo general la enfermedad se presenta en la madurez o edad avanzada. En esta época el paciente se percata de que probablemente jamás podrá realizar por completo los ambiciosos sueños acariciados durante toda una vida. En este tratamiento, el médico concederá gran importancia a una dieta nutritiva, sueño adecuado, ejercicio adecuado, medio ambiente sano y ocupaciones absorbentes.
- **Neurosis:** Trastorno psíquico no acompañado de una grave desintegración de la personalidad. Alude al tipo de adaptación que ha realizado una persona a situaciones a las que inconscientemente atribuye la capacidad de crearle ansiedad. El tipo de adaptación constituye la naturaleza de la neurosis. La causa se atribuye de ordinario a la existencia dentro de la persona de un conflicto emocional, deseos contradictorios, por lo general de naturaleza muy compleja.

- **Paranoia:** Rara psicosis que se caracteriza por manías persecutorias y frecuentes alucinaciones, por lo general de tipo auditivo. En ella, sin que se pierda el contacto con la realidad, esta se tergiversa. El paranoico siente que una persona o un grupo le persiguen o quizás intentan matarle. Es frecuente que este intenso temor y recelo se convierten con excesivas ambiciones y sueños de grandeza no realizados. El paranoico acusa al perseguidor de sus fracasos.
- **Psicosis:** Es un desorden mental severo que se manifiesta en comportamiento, reacciones e ideas anormales. La persona no es capaz de enfrentarse con las demandas de su medio ambiente. Una persona psicótica difiere de la persona neurótica en que esta última ha tenido éxito en realizar un ajuste a su medio ambiente, la naturaleza de este ajuste consistiendo generalmente en la neurosis.
- **Psicosis maníaco-depresiva:** forma de disturbios mentales. Es casi tan común como la esquizofrenia. Giraldo indica, que alrededor de un tercio de todos los pacientes internados en institutos mentales pertenecen a este grupo. La psicosis maníaco-depresiva puede atacar en cualquier edad pero es más prevalente en el grupo entre 20 y 50 años. Las mujeres son atacadas más frecuentemente que los hombres, comprendiendo alrededor de dos tercios de todos los casos. La psicosis maníaco-depresiva ha sido llamada locura cíclica, debido a que está caracterizada por ciclos periódicos y alternantes de manía y depresión.

1. Un poco de historia

En la antigüedad existía la creencia de que las enfermedades mentales eran causadas por malos Espíritus, que serían neutralizados por medio de rituales de magia y de encantamiento (exorcismos).

En Grecia, existía la convicción de que toda enfermedad mental era el resultado de un castigo. Para Hipócrates (400 a.c.), considerado el Padre de la Medicina, las enfermedades mentales ocurrían por causa de un desequilibrio en, por lo menos, uno de los cuatro fluidos corporales: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. La depresión, según el entendimiento de Hipócrates, ocurría por el exceso de bilis negra o melanina; de ahí la palabra melancolía (Tristeza), uno de los primeros síntomas de la depresión.

La melancolía, como enfermedad mental, se caracterizaba por un estado patológico en que la persona presentaba otros síntomas, además de la profunda tristeza: dolor de cabeza, tonterías, miedos, parálisis, espasmos, a veces epilepsia, fiebre, enfermedades en el hígado (responsable por el humor), riñones y bazo.

Cerca de 2.500 años después, aun estamos a vueltas con la depresión y otras patologías mentales de interés más reciente, no menos preocupante como, por ejemplo, el síndrome del pánico. La depresión, según previsión de la Organización Mundial de la Salud, será la segunda enfermedad que alcanza al ser humano, en los veinte primeros años de este siglo, quedando atrás apenas las enfermedades cardíacas.

2 Concepciones sobre las enfermedades mentales o trastornos de la salud mental

Los trastornos de la salud mental (psiquiátricos) comprenden las alteraciones del pensamiento, de las emociones y del comportamiento. Estos trastornos están

causados por complejas interacciones entre las circunstancias físicas, psicológicas, socioculturales y hereditarias.

La enfermedad mental es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

Dependiendo del concepto de enfermedad que se utilice, algunos autores consideran más adecuado utilizar en el campo de la salud mental el término "trastorno mental". Sobre todo en aquellos casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada, como sucede en la mayoría de los trastornos mentales.

El concepto *enfermedad mental* aglutina un buen número de investigaciones de muy diversa índole, por lo que es muy difícil de definir de una forma unitaria y hay que hablar de cada enfermedad o trastorno de forma particular e incluso individualizada ya que cada persona puede sufrirlas con síntomas algo diferentes.

En cuanto al motivo de la enfermedad mental, podemos decir que, debido a su naturaleza única y diferenciada de otras enfermedades, están determinados multifactorialmente, integrando elementos de origen biológico (genético, neurológico,...), ambiental (relacional, familiar, psicosocial,...) y psicológico (cognitivo, emocional,...), teniendo todos estos factores un peso no sólo en la presentación de la enfermedad, sino también en su fenomenología, en su desarrollo evolutivo, tratamiento, pronóstico y posibilidades de rehabilitación.

Aun cuando clásicamente se han dividido las enfermedades mentales en *Trastornos Orgánicos* y *Trastornos Funcionales*, haciendo referencia al grado de génesis fisiológica o psíquica que determine al padecimiento, la evidencia clínica demuestra que ambas esferas no son independientes entre sí y que en la patología, como en el resto del desempeño psíquico "normal", ambos factores interactúan y se correlacionan para generar el amplio espectro del comportamiento humano tal como lo conocemos.

Existen numerosas categorías de trastornos mentales, con mayor o menor gravedad tanto en la vivencia subjetiva del individuo como en su repercusión dentro del funcionamiento social, así se hace alusión a otra clasificación clásica: Trastornos Neuróticos y Trastornos Sicóticos.

Las neurosis afectan en mayor grado a la percepción del sujeto sobre sí mismo, y a su nivel de agrado, de plenitud y de integración del yo, así como a sus relaciones con el entorno social y familiar más cercano; sin embargo, no presentan los síntomas usuales de desconexión con la realidad y amplio alejamiento de la vida social, pueden desempeñarse laboral y académicamente, y según Freud y las escuelas psicoanalíticas este estado es la condición natural de la vida psíquica.

Las psicosis, abarcan la manifestación más claramente asociada con la enfermedad mental, sus síntomas clásicos incluyen las alucinaciones, delirios y grave alteración afectiva y relacional, estos trastornos suelen tener un factor orgánico bastante pronunciado como los Trastornos Depresivos y Bipolares, aunque las esquizofrenias son claramente las de mayor repercusión personal, social y familiar dado su carácter crónico y degenerativo caracterizado por los elementos propios de todos los trastornos psicóticos a los cuales se añaden la desconexión con la realidad y aplanamiento afectivo.

La enfermedad mental suele degenerar en aislamiento social, inactividad, abulia (falta de voluntad), desorden del ritmo de vida en general y, en ciertos casos y circunstancias, comportamientos violentos e intentos suicidas.

Actualmente el tratamiento de los trastornos mentales posee un enfoque integrativo y multidisciplinar, en el que participan psicólogos y psiquiatras, educadores sociales, enfermeros psiquiátricos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales.

Cada tratamiento integra, dependiendo del caso, la administración de psicofármacos como métodos paliativo de los síntomas más pronunciados, para así dar paso a un proceso de intervención psicológica para atender los orígenes y manifestaciones del trastorno y así generar un estado de bienestar más sólido, efectivo y permanente en las personas que sufren de esta enfermedad.

El 17 de mayo de 1990 la OMS elimina la homosexualidad y la transexualidad de la lista de enfermedades mentales. Por ello todos los años se recuerda esta fecha en el Día Internacional contra la Homofobia y la Transfobia.

3 Visión general del cuidado de la salud mental

El desarrollo de fármacos antipsicóticos eficaces ha hecho posible en las últimas décadas la aparición de una corriente favorable a sacar a los enfermos mentales de las instituciones frenopáticas. Con el desarrollo de esta corriente de apertura, se ha puesto gran énfasis en considerar a la persona con una enfermedad mental como un miembro más de las familias y de las comunidades.

Las investigaciones han demostrado que determinadas interacciones entre las familias y los pacientes pueden mejorar o empeorar su salud mental. En este sentido, se han desarrollado técnicas de terapia familiar que previenen en gran medida la necesidad del reingreso de los individuos con enfermedades mentales crónicas. Hoy en día la familia está comprometida más que nunca como un aliado en el tratamiento.

El médico de familia también juega un papel importante en la reintegración del paciente a la comunidad. También, las personas con enfermedades mentales que deben ser hospitalizadas tienen menos riesgos que en el pasado de tener que sufrir aislamiento y contención y a menudo se las incluye de manera precoz

en programas de hospitalización parcial y de tratamientos en centros diurnos. Estas estructuras son menos costosas porque hay menos personal implicado, se enfatiza más en la terapia de grupo que en la individual y los pacientes pernoctan en su domicilio o en casas compartidas.

Sin embargo, la corriente de desinstitucionalización ha traído sus propios problemas. Como ya no se puede institucionalizar o actuar en contra de los deseos de las personas con enfermedades mentales que no representan un peligro para ellas mismas o para la sociedad, muchas de ellas se han convertido en vagabundas. Aunque estas medidas legales protegen los derechos civiles de las personas, hacen más difícil proporcionar el tratamiento requerido por muchos pacientes, algunos de los cuales pueden ser extremadamente irracionales. El vagabundismo también tiene un impacto social.

Todo el mundo necesita una red social para satisfacer la necesidad humana de ser cuidado, aceptado y apoyado emocionalmente, en particular en épocas de estrés. Las investigaciones han demostrado que un apoyo social solidario puede acelerar significativamente la recuperación de enfermedades físicas y mentales. Los cambios en la sociedad han disminuido el tradicional apoyo proveniente de vecinos y familiares. Como alternativa han surgido grupos de autoayuda y de ayuda mutua.

Algunos grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, se centran en el comportamiento adictivo. Otros actúan como defensores de ciertos colectivos, como el de los minusválidos y el de las personas de edad avanzada. Incluso existen otros que proporcionan apoyo a los familiares de personas con enfermedades graves.

4 Clasificación de los trastornos mentales

La clasificación de los trastornos mentales es todavía inexacta y varía según las escuelas y doctrinas psicopatológicas. Para uniformar criterios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la DSM, clasificación universal de los trastornos mentales que ha conocido hasta la fecha varias versiones.

La mayoría de los sistemas de clasificación reconocen los trastornos infantiles (por ejemplo, el retraso mental) como categorías separadas de los trastornos adultos. Igualmente, distinguen entre trastornos orgánicos, los más graves provocados por una clara causa somática, fisiológica, relacionada con una lesión estructural en el cerebro, y trastornos no orgánicos, a veces también denominados funcionales, considerados más leves.

Partiendo de la distinción en función de la gravedad y de la base orgánica, se diferencian los trastornos 'psicóticos' de los 'neuróticos'. De forma general, psicótico implica un estado en el que el paciente ha perdido el contacto con la realidad, mientras que neurótico se refiere a un estado de malestar y ansiedad, pero sin llegar a perder contacto con la realidad. En su extremo, como formuló

Sigmund Freud, el fundador del psicoanálisis, todos somos "buenos neuróticos", en tanto que los casos de psicosis son contados. Los más comunes son: la esquizofrenia, la mayor parte de los trastornos neurológicos y cerebrales (demencias) y las formas extremas de la depresión (como la psicosis maniaco-depresiva).

Entre las neurosis, las más típicas son las fobias, la histeria, los trastornos obsesivo-compulsivos, la hipocondría y, en general, todos aquellos que generan una alta dosis de ansiedad sin que exista una desconexión con la realidad.

En el campo de la medicina, la clasificación de las enfermedades se encuentra en constante cambio, al igual que el conocimiento de las mismas. De forma similar, en la psiquiatría, el conocimiento de la función cerebral y cómo está influenciada por el ambiente y otros factores se está haciendo cada vez más complejo. A pesar de los avances, el conocimiento de los intrincados mecanismos implicados en el funcionamiento cerebral está todavía en sus inicios. Sin embargo, como muchos estudios de investigación han demostrado que las enfermedades mentales pueden distinguirse entre sí con un alto grado de fiabilidad, se están consiguiendo protocolos de diagnóstico cada vez más refinados.

En 1952 se publicó por vez primera el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) (DSM-I), de la Asociación Americana de Psiquiatría, cuya cuarta edición, DSM-IV, fue publicada en 1994. Este manual proporciona un sistema de clasificación que intenta separar las enfermedades mentales en categorías diagnósticas basadas tanto en las descripciones de los síntomas (qué dicen y cómo actúan los pacientes en relación a sus pensamientos y sensaciones), como acerca del curso de la enfermedad.

La Clasificación Internacional de la Enfermedad, 9.^a revisión, Modificación Clínica (ICD-9-CM), un libro publicado por la Organización Mundial de la Salud, utiliza categorías diagnósticas similares a las del DSM-IV. Esta similitud sugiere que el diagnóstico de las enfermedades mentales específicas se está haciendo de una forma más consistente y estandarizada en todo el mundo.

Se han hecho avances en los métodos de diagnóstico y están disponibles nuevas técnicas de neuroimagen, incluyendo la tomografía computadorizada (TC), resonancia magnética (RM) y tomografía de emisión de positrones (TEP), un tipo de gammagrafía que mide el flujo sanguíneo en áreas específicas del cerebro. Estas técnicas de imagen se están utilizando para representar la estructura y la función cerebrales en personas con comportamientos normales y anormales, proporcionando así a los científicos un mayor conocimiento acerca de cómo funciona el cerebro humano, con y sin enfermedades mentales. Estas investigaciones, que han logrado diferenciar un trastorno psiquiátrico de otro, han conducido a una mayor precisión en el diagnóstico.

4.1 Trastornos infantiles

Algunos trastornos mentales se hacen evidentes por primera vez durante la infancia, la pubertad o la adolescencia.

El retraso mental se caracteriza por la incapacidad para aprender con normalidad y llegar a ser independiente y socialmente responsable como las personas de la misma edad y cultura. Los individuos con un cociente intelectual inferior a 70 se consideran retrasados en cuanto a su inteligencia.

La hiperactividad, desorden que parte de un déficit en la atención y la concentración, se traduce en un exceso de ímpetu en el individuo que la padece, haciéndole incapaz de organizar y terminar su trabajo, de seguir instrucciones o perseverar en sus tareas, debido a una inquietud constante y patológica.

Los trastornos ansiosos comprenden el miedo a la separación (abandono de la casa o de los padres), a evitar el contacto con los extraños y, en general, un comportamiento pusilánime y medroso.

Otros trastornos mentales se caracterizan por la distorsión simultánea y/o progresiva de varias funciones psíquicas, como la atención, la percepción, la evaluación de la realidad y la motricidad. Un ejemplo es el autismo infantil, trastorno caracterizado por el desinterés del niño hacia el mundo que le rodea.

Algunos problemas del comportamiento pueden ser también trastornos infantiles: la [bulimia](#), la [anorexia nerviosa](#), los 'tics', la [tartamudez](#) y demás [trastornos del habla](#) y la [enuresis](#) (incapacidad de controlar la micción, generalmente por las noches).

4.2 Trastornos orgánicos mentales

Este grupo de trastornos se caracteriza por la anormalidad psíquica y conductual asociada a deterioros transitorios o permanentes en el funcionamiento del cerebro. Los desórdenes presentan diferentes síntomas según el área afectada o la causa, duración y progreso de la lesión. El daño cerebral procede de una enfermedad orgánica, del consumo de alguna droga lesiva para el cerebro o de alguna enfermedad que lo altere indirectamente por sus efectos sobre otras partes del organismo.

Los síntomas asociados a los trastornos orgánicos mentales podrán ser el resultado de un daño orgánico o la reacción del paciente a la pérdida de capacidades mentales. Ciertos trastornos presentan como característica principal el [delirio](#) o un estado de obnubilación de la conciencia que impide mantener la atención, acompañado de errores perceptivos y de un pensamiento desordenado e inadaptado a la realidad.

Otro síntoma frecuente de los trastornos orgánicos como la [enfermedad de Alzheimer](#), es la demencia, caracterizada por fallos en la [memoria](#), el

pensamiento, la percepción, el juicio y la atención, que interfieren con el funcionamiento ocupacional y social. La [demencia senil](#) se da en la tercera edad y produce alteraciones en la expresión emocional (apatía creciente, euforia injustificada o irritabilidad).

4.3 Esquizofrenia

La esquizofrenia abarca un grupo de trastornos graves, que normalmente se inician en la adolescencia. Los síntomas son las agudas perturbaciones del pensamiento, la percepción y la emoción que afectan a las relaciones con los demás, unido a un sentimiento perturbado sobre uno mismo y a una pérdida del sentido de la realidad que deteriora la adaptación social. El concepto de 'mente dividida', implícito en la palabra esquizofrenia, hace referencia a la disociación entre las emociones y la razón, y no, como vulgarmente se supone, a una división de la personalidad que, más bien, hace referencia a otro tipo de trastornos como la personalidad múltiple o psicopatía, denominada así por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin.

4.4 Trastornos de la afectividad

Son aquellos trastornos en los que el síntoma predominante es una alteración del estado de ánimo. El más típico, la depresión, se caracteriza por la tristeza, el sentimiento de culpa, la desesperanza y la sensación de inutilidad personal. Su opuesta, la manía, se caracteriza por un ánimo exaltado, expansivo, megalomaniaco y también cambiante e irritable, que se alterna casi siempre con el estado depresivo.

4.5 Trastornos paranoides

Su síntoma principal son las ideas delirantes (creencia falsa, firmemente asentada, y resistente por ello a la crítica) y las más típicas son las de persecución (se considera víctima de una conspiración), las de grandeza (el sujeto se cree de ascendencia noble, principesca, santa, genial e incluso divina) o las celotípicas (celos desmedidos). En cualquier caso, la personalidad paranoide es defensiva, rígida, desconfiada y egocéntrica, por lo que tiende a aislarse y puede llegar a ser violentamente antisocial. Este trastorno normalmente suele iniciarse en la mitad o al final de la vida, destruyendo las relaciones sociales, sobre todo las de pareja.

4.6 Trastornos de ansiedad

La ansiedad es el síntoma predominante en dos casos: los desórdenes que suponen pánico ante situaciones concretas y los trastornos ansiosos generalizados. En las fobias y las neurosis obsesivo-compulsivas, el pánico aparece cuando el individuo intenta dominar otros síntomas: el miedo irracional, desmedido, a una situación, objeto o animal concretos que altera su vida cotidiana. Entre las más perturbadoras está la agorafobia, miedo a los espacios abiertos o muy cerrados (claustrofobia), tras el cual se oculta en realidad un miedo desmedido a la muerte o al propio pánico, y que impide a los que la sufren salir a la calle. Por otro lado, las obsesiones, neurosis cada vez más frecuentes (frente a la histeria, que ha ido disminuyendo su frecuencia), consisten en pensamientos, imágenes, impulsos o ideas repetitivas y sin sentido para la persona, que se ve sin embargo sometida a ellos. Por último, la compulsión es la tendencia irrefrenable a repetir mecánicamente comportamientos inútiles, rituales de comprobación o de previsión (por ejemplo, lavarse las manos más de treinta veces al día o revisar una y otra vez la llave de paso del gas).

4.7 Otros trastornos neuróticos

Además de la depresión neurótica y otros trastornos ansiosos, hay diversas situaciones que tradicionalmente se han considerado neuróticas, como la histeria, las reacciones de conversión (de un conflicto psíquico a una enfermedad orgánica irreal), la hipocondría y los trastornos disociativos.

Los llamados trastornos psicósomáticos se caracterizan por la aparición de síntomas físicos sin que concurren causas físicas aparentes. En la histeria, las quejas se presentan de forma teatral y se inician, por lo general, en la adolescencia, para continuar durante la vida adulta. Es un trastorno que se ha diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, y en su extremo —la histeria de conversión— aparecen parálisis que imitan trastornos neurológicos, de modo similar al dolor psicogénico que no presenta una causa física aparente. Por último, en la hipocondría el síntoma dominante es el miedo irracional a la enfermedad.

Entre las formas disociativas de trastorno mental están la [amnesia](#) psicológica y la personalidad múltiple (antaño conocida como histeria de la personalidad alternante), una extraña enfermedad en la que el paciente comparte dos o más personalidades distintas, alternando el predominio de una o de otra (es el caso de la obra de Robert Louis Stevenson *Dr. Jekyll y Mister Hyde* y de la película de Alfred Hitchcock, *Psicosis*).

4.8 Trastornos de la personalidad

A diferencia de lo episódico de los trastornos neuróticos e incluso de algunos psicóticos, los trastornos de la personalidad duran toda la vida; determinados rasgos de la personalidad del enfermo son tan rígidos e inadaptados que pueden llegar a causar problemas laborales y sociales, daños a uno mismo y probablemente a los demás.

La personalidad paranoide se caracteriza por la suspicacia y la desconfianza. La esquizoide ha perdido la capacidad e incluso el deseo de amar o de establecer relaciones personales, mientras que la esquizotípica se caracteriza por el pensamiento, el habla, la percepción y el comportamiento extraños. Las personalidades histriónicas se caracterizan por la teatralidad de su comportamiento y de su expresión, relacionadas en parte con el siguiente tipo, la personalidad narcisista, que demanda la admiración y la atención constante de los demás.

Las personalidades antisociales (antes conocidas como psicopatías) se caracterizan por violar los derechos de los demás y no respetar las normas sociales. Este tipo de personalidad es inestable en su autoimagen, estado de ánimo y comportamiento con los demás, y los 'evitadores' son hipersensibles al posible rechazo, la humillación o la vergüenza. La personalidad dependiente es pasiva hasta el punto de ser incapaz de tomar una decisión propia, forzando a los demás a tomar las decisiones en su lugar. Los 'compulsivos' son perfeccionistas hasta el extremo e incapaces de manifestar sus afectos. Por último, los 'pasivos-agresivos' se caracterizan por resistirse a las exigencias de los demás a través de maniobras indirectas, como la dilación o la holgazanería.

5 Incidencia y distribución

Es imposible saber con exactitud cuántos individuos padecen trastornos mentales, aunque según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado en 2001, unos 450 millones de personas en todo el mundo sufren algún trastorno mental o neurológico. Aunque existen tratamientos eficaces para muchas de estas enfermedades hay un amplio número de personas afectadas que nunca acuden a un profesional.

De estos últimos, la mayor parte presenta trastornos menores, ya que el riesgo de sufrir una esquizofrenia alguna vez en la vida es de un 1%, mientras que el de sufrir una depresión —el trastorno mental más común en la actualidad, e incluso el motivo de consulta médica en atención primaria más frecuente— es de un 10%. Actualmente existe una preocupación cada vez mayor por los trastornos mentales orgánicos, puesto que inciden con más frecuencia en las personas

mayores, un sector de población que está aumentando vertiginosamente en los países más desarrollados.

6 Las enfermedades mentales en la sociedad

El desarrollo de fármacos antipsicóticos eficaces ha hecho posible en las últimas décadas la aparición de una corriente favorable a sacar a los enfermos mentales de las instituciones frenopáticas. Con el desarrollo de esta corriente de apertura, se ha puesto gran énfasis en considerar a la persona con una enfermedad mental como un miembro más de las familias y de las comunidades.

Las investigaciones han demostrado que determinadas interacciones entre las familias y los pacientes pueden mejorar o empeorar su salud mental. En este sentido, se han desarrollado técnicas de terapia familiar que previenen en gran medida la necesidad del reingreso de los individuos con enfermedades mentales crónicas. Hoy en día la familia está comprometida más que nunca como un aliado en el tratamiento. El médico de familia también juega un papel importante en la reintegración del paciente a la comunidad. También, las personas con enfermedades mentales que deben ser hospitalizadas tienen menos riesgos que en el pasado de tener que sufrir aislamiento y contención y a menudo se las incluye de manera precoz en programas de hospitalización parcial y de tratamientos en centros diurnos. Estas estructuras son menos costosas porque hay menos personal implicado, se enfatiza más en la terapia de grupo que en la individual y los pacientes pernoctan en su domicilio o en casas compartidas.

Sin embargo, la corriente de desinstitucionalización ha traído sus propios problemas. Como ya no se puede institucionalizar o actuar en contra de los deseos de las personas con enfermedades mentales que no representan un peligro para ellas mismas o para la sociedad, muchas de ellas se han convertido en vagabundas. Aunque estas medidas legales protegen los derechos civiles de las personas, hacen más difícil proporcionar el tratamiento requerido por muchos pacientes, algunos de los cuales pueden ser extremadamente irracionales. El vagabundismo también tiene un impacto social.

Todo el mundo necesita una red social para satisfacer la necesidad humana de ser cuidado, aceptado y apoyado emocionalmente, en particular en épocas de estrés. Las investigaciones han demostrado que un apoyo social solidario puede acelerar significativamente la recuperación de enfermedades físicas y mentales. Los cambios en la sociedad han disminuido el tradicional apoyo proveniente de vecinos y familiares. Como alternativa han surgido grupos de autoayuda y de ayuda mutua.

Algunos grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, se centran en el comportamiento adictivo. Otros actúan como defensores de ciertos colectivos, como el de los minusválidos y el de las personas de edad avanzada. Incluso existen otros que proporcionan apoyo a los familiares de personas con enfermedades graves.

7 Tratamiento de las enfermedades mentales

En general, los tratamientos psiquiátricos se dividen en dos categorías: somáticas o psicoterapéuticas. Los tratamientos somáticos incluyen las terapias farmacológicas y electroconvulsivas. Los tratamientos psicoterapéuticos incluyen la psicoterapia (individual, de grupo o familiar), las técnicas de terapia del comportamiento (como los métodos de relajación y la hipnosis) y la hipnoterapia. Muchos trastornos psiquiátricos requieren, para su tratamiento, una combinación de fármacos y de psicoterapia. En el caso de los trastornos psiquiátricos mayores, gran parte de los estudios sugieren tratamientos que comprendan tanto fármacos como psicoterapia, lo que resulta más eficaz que cualquiera de ellos utilizados aisladamente.

7.1 Tratamiento farmacológico

Durante los últimos 40 años se han desarrollado un número de fármacos psiquiátricos altamente eficaces y ampliamente usados por los psiquiatras y por otros médicos. Estos fármacos son a menudo clasificados de acuerdo con el trastorno para el cual se prescriben principalmente.

Por ejemplo, los antidepresivos como la imipramina, la fluoxetina y el bupropión, se usan para tratar la depresión. Los fármacos antipsicóticos, como la clorpromacina, el haloperidol y el tiotixeno, son útiles para trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia. Los nuevos antipsicóticos, como la clozapina y la risperidona, pueden ser útiles para algunos pacientes que no han respondido a otros fármacos más tradicionales. Los fármacos ansiolíticos como el clonazepam y el diazepam se pueden utilizar para tratar los trastornos por ansiedad, como el trastorno por pánico y las fobias. Los estabilizantes del humor, como el litio y la carbamacepina, han sido usados con cierto éxito en pacientes con enfermedades maniaco-depresivas.

7.2 Terapia electroconvulsionante

En la terapia electroconvulsionante, se colocan unos electrodos en la cabeza con el fin de provocar una serie de descargas eléctricas en el cerebro para inducir convulsiones. Se ha demostrado claramente que este tratamiento es el más eficaz para la depresión grave. Contrariamente a cómo lo han reflejado algunos medios

de comunicación, la terapia electroconvulsionante es segura y raramente provoca complicaciones graves. El uso actual de anestésicos y relajantes musculares ha reducido en gran medida cualquier riesgo para el paciente.

7.3 Psicoterapia

Durante los últimos años se han realizado grandes avances en el campo de la psicoterapia. La psicoterapia es el tratamiento que el terapeuta aplica al paciente mediante técnicas psicológicas y haciendo un uso sistemático de la relación paciente-terapeuta. Los psiquiatras no son los únicos profesionales de la salud preparados para practicar la psicoterapia. También puede incluirse a psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermeras, algunos consejeros pastorales y muchos otros que no son profesionales de la salud. Sin embargo, los psiquiatras son los únicos profesionales de la salud mental autorizados para recetar fármacos.

Aunque la psicoterapia individual se practica de muchas formas diferentes, en general los profesionales de la salud mental están especializados en una de las cuatro siguientes escuelas de psicoterapia: la dinámica, la cognitiva-conductual, la humanista o la conductual. La psicoterapia dinámica se deriva del psicoanálisis y se basa en ayudar al paciente a comprender sus estructuras y conflictos internos que pueden estar creando síntomas y dificultades en sus relaciones. La terapia cognitiva-conductual se centra principalmente en las distorsiones del pensamiento del paciente. La terapia interpersonal se centra en cómo una pérdida o un cambio en una relación afecta al paciente. La terapia conductual está dirigida a ayudar a los pacientes a modificar su forma de reaccionar ante los sucesos que ocurren a su alrededor. En la práctica, muchos psicoterapeutas combinan varias técnicas según las necesidades del paciente.

La psicoterapia es apropiada para una amplia variedad de situaciones. Incluso la gente que no padece trastornos psiquiátricos puede encontrar en ella ayuda para enfrentarse a problemas como dificultades en el trabajo, pérdida de un ser querido o una enfermedad crónica en la familia. También se utilizan ampliamente la psicoterapia de grupo y la terapia familiar.

7.4 Hipnosis e hipnoterapia

De modo creciente se están utilizando la hipnosis y la hipnoterapia para tratar el dolor y los trastornos físicos que tienen un componente psicológico. Estas técnicas pueden promover la relajación, haciendo por consiguiente que se reduzcan la ansiedad y la tensión. Por ejemplo, la hipnosis y la hipnoterapia pueden ayudar a las personas con cáncer que, además de dolor, tienen ansiedad o depresión.

Clasificación y Criterios Diagnósticos de Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association: DSM-IV

8.1 Trastorno de Pánico

La característica fundamental del Trastorno de Pánico es la presencia de **Crisis de Pánico** recurrentes, inesperadas y que no se encuentran relacionadas con ninguna circunstancia en particular (es decir son espontáneas), sin un factor externo que las desencadene, es decir que no son desencadenadas por una exposición a una situación social (como es el caso de la [Fobia Social](#)) o frente a un objeto temido (en cuyo caso se trataría de una [Fobia Específica](#)). Otra característica del Trastorno de Pánico es el miedo persistente a padecer una nueva Crisis de Pánico, esto es miedo al miedo y se lo denomina *Ansiedad Anticipatoria*. Esta ansiedad puede llegar a ser tan importante que puede llevar a confundir el diagnóstico de Trastorno de Pánico con el de [Trastorno de Ansiedad Generalizada \(TAG\)](#).

Estas Crisis (o Ataques) de Pánico, inesperadas y recidivantes, suelen presentar cuatro o más de los siguientes síntomas:

- Miedo intenso a morir o a estar sufriendo un ataque cardíaco o alguna enfermedad física grave que ponga en riesgo la vida
- Miedo intenso a volverse loco o a perder el control de si mismo
- Palpitaciones (percepción del latido cardíaco) o pulsaciones aceleradas (taquicardia)
- Sudoración
- Palidez
- Temblores o sacudidas musculares
- Sensación de ahogo o falta de aire
- Opresión en la garganta (sensación de no poder respirar) o en el pecho
- Náuseas, vómitos o molestias y dolores abdominales
- Inestabilidad, mareos o desmayos
- Sensación de irrealidad (sentir al mundo externo como algo extraño)
- Sensación de no ser uno mismo (despersonalización)
- Hormigueos (parestias)
- Escalofríos o sensación de sufrir frío intenso

Las crisis se inician bruscamente, alcanzan su máxima intensidad en los primeros diez a 15 minutos y suelen durar menos de una hora. Dejan a quien las sufre en un

estado de total agotamiento psicofísico y con un gran temor (*ansiedad anticipatoria*) a volver a padecer una nueva crisis (miedo al miedo). También pueden aparecer síntomas de tipo depresivo, miedo a salir o alejarse del hogar o necesidad de hacerlo acompañado por una ser muy cercano (familiar). La persona suele sentirse muy hipersensible y vulnerable. Este tipo de trastorno es tan traumático de experimentar que quien lo padece suele cambiar en forma brusca y desfavorable sus hábitos de vida: no querer salir solo de la casa o viajar, retraimiento social, abandono de sus actividades laborales o académicas.

Muchas veces la persona que se encuentra padeciendo una Crisis de Pánico tiene la necesidad de "salir corriendo" del lugar donde se encuentra o de consultar urgentemente a un médico en el caso que crea que se esta muriendo de verdad. Si esta crisis se experimenta por primera vez en un lugar determinado, un tren o autobús por ejemplo, suele quedar temor de volver a ese mismo sitio o medio de locomoción, desarrollándose de este modo una fobia al mismo.

Este trastorno se lo clasifica dentro de las neurosis, no tiene nada que ver con la locura (psicosis), ni desencadena con el tiempo en un cuadro de locura. Es importante recalcar esto ya que muchos paciente que sufren este trastorno, o los familiares del mismo, piensan que se están volviendo locos. Lo que sí es frecuente es que las personas que padecen de Trastorno de Pánico desarrollen, si no son tratados a tiempo y adecuadamente, [cuadros de tipo depresivos](#), [fobias](#) múltiples (especialmente [agorafobia](#)) o abuso de sustancias (alcohol o drogas).

Tratamiento:

Gracias a la investigación que se ha llevado a cabo en este campo, existen varios tratamientos disponibles incluyendo diferentes [medicamentos](#) eficaces y [psicoterapia cognitiva-conductual](#). Frecuentemente, una combinación de psicoterapia y medicamentos da buen resultado en más o menos corto tiempo. Por lo tanto, un tratamiento adecuado para el trastorno causado por pánico puede prevenir ataques posteriores o hacer éstos menos severos y frecuentes, lo que trae consigo un gran alivio al 70 o 90 por ciento de las personas que padecen este trastorno.

Además, las personas que padecen trastornos de pánico pueden necesitar tratamientos para otros problemas emocionales. La depresión se asocia frecuentemente con los trastornos causados por pánico de la misma manera que el abuso del alcohol o de drogas. Afortunadamente los problemas asociados con los trastornos de pánico así como éstos mismos, pueden resolverse eficazmente con el tratamiento adecuado.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo:

En algunas culturas las Crisis de Pánico pueden caracterizarse por un intenso temor ante la brujería o la magia. El Trastorno de Pánico se ha observado en casi todo el mundo gracias a estudios epidemiológicos generales. El Trastorno de

Pánico sin Agorafobia se diagnostica dos veces más en mujeres que en varones, mientras que esta relación es 3 a 1 para el Trastorno de Pánico con Agorafobia.

Prevalencia:

Estudios epidemiológicos elaborados en todo el mundo indican de forma consistente que la prevalencia del Trastorno de Pánico (con o sin Agorafobia) se sitúa entre el 1,5 y el 3,5% de la población. Entre un tercio y la mitad de los individuos diagnosticados de Trastorno de Pánico en la población general presentan también [Agorafobia](#), si bien esta última puede observarse todavía más frecuentemente en la población general.

Curso:

La edad de inicio del Trastorno de Pánico varía considerablemente, si bien lo más típico es que el inicio tenga lugar entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida, lo que podría indicar una distribución de tipo bimodal, con un pico de incidencia al final de la adolescencia y otro pico de menor entidad en la mitad de la cuarta década de la vida. Un número reducido de casos puede iniciarse en la segunda infancia, y el trastorno también puede aparecer, aunque es muy poco frecuente, en mayores de 45 años. Las descripciones retrospectivas que efectúan los individuos visitados en los centros asistenciales sugieren que el curso típico es de carácter crónico, con altas y bajas. Algunas personas presentan brotes episódicos separados por años de remisión, mientras que otras presentan permanentemente un cuadro sintomático intenso. Aunque la Agorafobia puede aparecer en cualquier momento, suele hacerlo en el primer año de las Crisis de Pánico recidivantes. El curso de la Agorafobia y su relación con el curso de las Crisis de Pánico con variables. En ocasiones una disminución o remisión de las Crisis de Pánico o es seguida de cerca por una disminución correspondiente de la evitación y ansiedad agorafóbicas. Otras veces la Agorafobia adquiere un carácter crónico independiente de la presencia o ausencia de Crisis de Pánico. Algunos individuos manifiestan que disminuyen la frecuencia de las Crisis de Pánico evitando exponerse a ciertas situaciones. Los estudios de seguimiento efectuados en personas tratadas en centros de asistencia terciaria (en los que puede haber un sesgo de selección de los casos con peor pronóstico) sugieren que, al cabo de 6-10 años de tratamiento, cerca del 30% de los individuos se encuentra bien, entre el 40 y el 50 han mejorado, pero siguen con algunos síntomas, y el 20-30% restante sigue igual o incluso peor.

Patrón familiar - Herencia:

Los parientes de primer grado de los individuos con Trastorno de Pánico tienen entre cuatro y siete veces más probabilidades de presentar este trastorno. Sin embargo, en los centros asistenciales entre la mitad y las tres cuartas partes de los pacientes con Trastorno de Pánico no presentan el antecedente de un pariente de primer grado afectado. Los estudios con gemelos indican una influencia genética en la aparición del Trastorno de Pánico.

8.2 Agorafobia

Originalmente el concepto de **Agorafobia** hacía referencia al miedo intenso a los espacios abiertos (del Griego, *Agora: Plaza Pública donde los antiguos griegos se reunían a dialogar y a debatir*). En la actualidad este término incluye además la presencia de alguno de los siguientes síntomas:

- Miedo a salir solo/a del hogar o a alejarse del mismo.
- Miedo a situaciones o lugares en donde escapar pueda resultar dificultoso o avergonzante. Por ejemplo un estadio de fútbol o un cine repleto donde la salida se encuentre obstruida o exista dificultad para "huir" en forma inmediata.
- Miedo a lugares o situaciones que, en el caso de padecer una [Crisis de Pánico](#), no pueda disponerse de ayuda inmediata
- Miedo a viajar en tren, aviones, automóviles o autobuses. En este caso el temor suele ser proporcional a la distancia que se encuentra del hogar o del lugar donde la persona se sienta segura. Cuanto más lejos del "hogar" más miedo o angustia.
- Miedo a cruzar la calle.
- Miedo a encontrarse en medio de multitudes o embotellamientos de tránsito en donde la vuelta a un lugar "seguro" (generalmente el hogar) sea dificultosa de realizar en forma inmediata.

Las situaciones que provocan agorafobia tienden a evitarse (por ejemplo: viajar o estar solo/a fuera de casa) o en el caso de realizarse provocan un gran malestar (angustia, ansiedad o miedo) y se hace indispensable la presencia de un ser conocido que brinde seguridad para soportarlas.

Este trastorno, en grado severo, es sumamente incapacitante y dificulta el normal desempeño de las tareas habituales ya sean laborales, familiares o sociales. Por ejemplo: incapacidad para asistir al trabajo o realizarlo con gran esfuerzo acompañado/a por una persona que dé seguridad. En las mujeres es frecuente que no puedan ir a realizar las compras diarias sin la compañía de alguien. En las formas muy severas de Agorafobia suele haber una incapacidad absoluta de salir del hogar e incluso de permanecer en el mismo sin el acompañamiento de seres queridos que le brinden seguridad.

Es importante recalcar que aproximadamente el 90% de los pacientes que sufren de Agorafobia sufren también, de [Trastorno de pánico](#). Se cree que esto es debido a que el pánico es el desencadenante de la agorafobia en la mayor parte de los casos, ya que lo que se experimenta es un gran temor a padecer una Crisis de Pánico fuera de casa, sin compañía o en un lugar o situación en la

cual el acceso a "ayuda" esté dificultado o bloqueado. El concepto de "ayuda" es muy variado pero en general hace referencia a volver al hogar, al automóvil o encontrarse con personas con las cuales se sienten protegidas y seguras.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

Algunos grupos culturales o étnicos restringen la participación de la mujer en la vida pública, lo cual debe diferenciarse de la propia Agorafobia. Por otra parte, el trastorno es mucho más frecuente en mujeres que en varones.

Prevalencia

En los centros asistenciales la mayoría (más del 95%) de los individuos que acuden por Agorafobia presentan igualmente un diagnóstico (o historia) de Trastorno de Pánico. En cambio, la prevalencia de la Agorafobia sin historia de Trastorno de Pánico es superior a la del Trastorno de Pánico con Agorafobia. No obstante, debido a la dificultad de una correcta valoración clínica es probable que las cifras de los estudios epidemiológicos estén sobredimensionadas.

Curso

Se sabe poco sobre el curso de la Agorafobia sin historia de Trastorno de Pánico. Hay algunas pruebas anecdóticas que sugieren que algunos casos persisten durante años y determinan con el tiempo un deterioro considerable.

8.3 Trastorno Afectivo Estacional

En este tipo de trastorno existe una relación temporal entre el inicio de los [Episodios Depresivos Mayores](#) y una determinada época del año (por ej. aparición regular del episodio depresivo en el otoño o el invierno). Excluyendo los casos en los que hay un efecto evidente de factores psicosociales estacionales (por ej. que todos los inviernos existan conflictos laborales en el trabajo por cuestiones inherente al clima, política, etc.).

Las remisiones (alivio de los síntomas) totales o un cambio de la Depresión a la [Hipomanía o Manía](#) también se dan en una determinada época del año (por ej. la depresión desaparece en primavera o verano).

Otro de los Criterios de Diagnóstico es que en los dos últimos años deben haberse presentado dos Episodios Depresivos Mayores que hayan demostrado la relación estacional temporal descrita anteriormente y que no hayan existido Episodios Depresivos Mayores no estacionales en el mismo período de tiempo.

Se cree que el Trastorno Afectivo Estacional es debido a la disminución de la luminosidad solar que se presenta en las épocas de invierno (en esta época del año los días son más cortos y menos luminosos debido a la nubosidad).

La escasez de luz libera la producción de una neurohormona cerebral denominada Melatonina que estaría implicada en la etiopatogenia de este trastorno. Corroborar esta hipótesis el hecho que la Luminoterapia (exposición a luz artificial de alta intensidad lumínica) posee un efecto beneficioso en el Trastorno Afectivo Estacional. Recientes investigaciones han demostrado que el inicio de una terapia farmacológica antidepresiva durante el otoño puede prevenir la aparición de la depresión invernal.

A pesar de que sus síntomas son claves para el diagnóstico, no todo el mundo con TAE tiene los mismos síntomas. Los síntomas comunes de depresión en el invierno incluyen lo siguiente:

- Un cambio en el apetito, especialmente antojarse de dulces o comidas con almidón
- Aumento de peso
- Una sensación de pesadez en los brazos o piernas
- Una disminución en el nivel de energía
- Fatiga
- Tendencia a dormir en exceso
- Dificultad para concentrarse
- Irritabilidad
- Aumento de sensibilidad al rechazo social
- Evitar las situaciones en que haya interacción social

Los síntomas de depresión del verano incluyen falta de apetito, pérdida de peso e insomnio. Cualquiera de los tipos de TAE puede incluir también alguno de los síntomas que están presentes en las demás formas de depresión. Estos síntomas incluyen sentimientos de culpabilidad, pérdida de interés o no experimentar placer en actividades que usted antes solía disfrutar, sentimientos de desesperanza continuos, y problemas físicos tales como dolores de cabeza.

Los síntomas del TAE siguen regresando cada año y tienden a aparecer y desaparecer más o menos al mismo tiempo cada año. Los cambios en el humor no se relacionan con cosas obvias que harían que cierta estación fuera más estresante; como por ejemplo estar desempleado durante el invierno.

8.4 Anorexia Nerviosa

Los criterios internacionales de diagnóstico de Anorexia Nerviosa acorde al DSM-IV TR son los siguientes:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (por ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesa, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal (alteración del esquema corporal), exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera la presencia de amenorrea cuando una mujer presenta ciclos menstruales únicamente inducidos por tratamiento hormonal).

Subtipos:

- **Tipo Restringido:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones (rápida e intensa ingesta de alimentos) o a conductas purgativas (por ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos, anorexígenos o exceso de actividad física).
- **Tipo Purgativo-compulsivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a atracones o a conductas de tipo purgativas.

8.5 Bulimia Nerviosa

Los criterios internacionales de diagnóstico de Bulimia Nerviosa, acorde al DSM-IV TR, son los siguientes:

- Presencia de atracones recurrentes. Definiremos un **atracción** por las siguientes características:
 - Ingesta de gran cantidad de alimento en un espacio corto de tiempo, o sea cantidades superiores a la de la mayoría de las personas en el mismo tiempo.
 - Pérdida de control sobre la ingesta del alimento, sensación de no poder parar de comer.
- Conductas compensatorias inapropiadas, repetidas, con el fin de no ganar peso, por ejemplo:
 - provocación del vómito,
 - uso de diuréticos, laxantes, enemas, ayuno o ejercicio excesivo.
- Los atracones y las conductas compensatorias son producidas no menos de dos veces a la semana durante un período de tres meses.

- La auto evaluación esta sumamente influida y determinada por el peso y la silueta corporal.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Subtipos:

- **Tipo Purgativo:** durante el episodio de Bulimia Nerviosa el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes y diuréticos.
- **Tipo no Purgativo:** durante el episodio la persona emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ejercicio intenso, el ayuno, etc.

8.6 Trastornos Adaptativos

Se caracterizan por la aparición de síntomas emocionales (por ej. ansiedad o depresión) o comportamentales (cambios en la conducta) en respuesta a un factor estresante identificable externo (por ej. pérdida de empleo, enfermedad física, divorcio, migración, problemas económicos, laborales, sociales, familiares, etc.).

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

Los síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo:

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

Clínicamente se los clasifica en:

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

8.7 Demencia Multiinfarto

Los criterios internacionales de diagnóstico de acuerdo al DSM-IV TR son los que a continuación se detallan: La presencia de los múltiples déficit cognitivos se manifiesta por:

- Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
- Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas
 - afasia (alteración del lenguaje)
 - Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función sensorial está intacta).
 - Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de que la función motora está intacta).
 - alteración de la actividad constructiva (por ejemplo: planificación, organización, secuenciación y abstracción)

Los déficit cognitivos en cada uno de los criterios 1 y 2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social, y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

Los signos y síntomas neurológicos (por ejemplo exageración de los reflejos tendinosos profundos, respuesta de la extensión plantar, parálisis pseudobulbar, anomalías en la marcha, debilidad de una extremidad) o las pruebas de laboratorio sugerentes de la presencia de una enfermedad cerebrovascular se estiman etiológicamente relacionadas con la alteración (por ejemplo, infartos múltiples que implican al córtex y a la sustancia blanca acompañante).

Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

8.8 Demencia de tipo Alzheimer

Los criterios internacionales de diagnóstico acorde al DSM-IV TR son los siguientes: Presencia de múltiples déficits cognitivos (intelectuales) tales como:

- Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente). Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:
 - Afasia (alteración del lenguaje).
 - Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar que la vía motora está intacta).
 - Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar que las vías sensoriales se encuentran intactas).
 - Alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción).

- Los déficit cognitivos en cada uno de los criterios A1 (Afasia) y A2 (Apraxia), provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo continuo.
- Los déficit cognitivos de los criterios A1 (Afasia) y A2 (Apraxia), no se deben a ninguno de los siguientes factores:
 - Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral).
 - Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B 12 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por HIV).
 - Enfermedades inducidas por medicamentos o drogas de adicción.
- Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Subtipos:

- De inicio temprano: Si el inicio es a los 65 años o antes .
- De inicio tardío: Si el inicio es después de los 65 años (anteriormente denominada *Demencia Senil*).
- Con delirium: Si el delirium (estado confusional) se sobreañade a la demencia.
- Con ideas delirantes: Si las ideas delirantes son el síntoma predominante.
- Con estado de ánimo depresivo: Si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor).
- Con trastornos del comportamiento: Si existen alteraciones significativas del comportamiento (p. ej., vagabundeo).
- **No complicado:** Si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

8.9 Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC)

Se definen a las **obsesiones** como:

Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes (por ej. pensamientos sobre la muerte, impulso de querer matar a un ser querido, imágenes repugnantes) que se experimentan como intrusos, no deseados e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos

Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos

La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su propia mente

Se definen a las **compulsiones** como:

Comportamientos (por ej. lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobar si las puertas o ventanas están cerradas) o actos mentales (por ej. contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente

El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar (en general ansiedad o angustia) o la prevención de algún acontecimiento negativo, sin embargo estos comportamientos u operaciones mentales no están relacionados en forma realista con aquello que pretenden neutralizar (o prevenir) o resultan claramente excesivos

Este trastorno se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones, excesivas e irracionales, que provocan un malestar significativo, representan una pérdida de tiempo (toman más de una hora por día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social y familiar.

Existe una estrecha relación entre el Trastorno obsesivo-compulsivo y la Depresión. Estos cuadros suelen hallarse asociados muy frecuentemente. Asimismo la dificultad en tomar decisiones (indecisión constante) que acompaña a este trastorno dificulta el normal desenvolvimiento del individuo.

Una persona con TOC tiene conductas obsesivas y compulsivas que son lo suficientemente extremas como para interferir con la vida diaria. No se deben confundir personas con TOC con un grupo mucho más grande de individuos que a veces son llamados "obsesivos" porque tienen un nivel alto de desempeño y son perfeccionistas y muy organizados en su trabajo y aún en sus actividades de recreo. Este tipo de "obsesividad" muchas veces sirve un propósito valioso al contribuir al autoestima de la persona y su éxito en el trabajo. En este aspecto, difiere de las obsesiones y rituales, pensamientos y conductas que alteran severamente la calidad de vida de la persona con TOC.

Los individuos que padecen TOC muchas veces tratan de ocultar su trastorno en lugar de conseguir ayuda. Muchas veces logran ocultar sus síntomas obsesivos-compulsivos de sus amigos o colegas. Una consecuencia desafortunada de este secreto es que personas con TOC por lo general no reciben ayuda profesional hasta años después del comienzo de su enfermedad. Llegado a ese punto, pueden haber aprendido a manejar sus vidas -- y la vida de sus familiares -- en torno a estos rituales.

Tratamiento

Las investigaciones clínicas han provisto información que ha llevado a tratamientos tanto farmacológicos como conductistas que pueden beneficiar a la persona con TOC. Un paciente puede beneficiarse significativamente con [Terapia Cognitiva y/o Conductista](#) mientras que otro puede beneficiarse con [Farmacoterapia](#). Sin embargo, el tratamiento combinado de Psicoterapia y Medicación es el más efectivo. Algunos pacientes pueden empezar con medicación para ganar control sobre sus síntomas y entonces continuar con psicoterapia. Cuál terapia es la más adecuada para cada paciente en particular es parte del "arte de curar".

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Los comportamientos rituales acordes con el marco cultural no constituyen por sí mismos un trastorno obsesivo-compulsivo, a no ser que excedan estas normas culturales, tengan lugar en momentos o lugares considerados inapropiados por el resto de la comunidad e interfieran marcadamente en las relaciones sociales del individuo. Acontecimientos vitales importantes o pérdidas de seres queridos pueden conducir a una intensificación de los actos rituales, adquiriendo éstos la forma de obsesión a los ojos de un especialista ajeno al contexto cultural en que tiene lugar.

Los trastornos obsesivo-compulsivos en los niños suelen presentarse de forma similar a los de los adultos. Los rituales de lavado, comprobación y puesta en orden de objetos son particularmente frecuentes en los niños. Éstos no suelen pedir ayuda, y los síntomas pueden o no ser de carácter egodistónico.

La mayor parte de las veces el problema es detectado por los padres, que llevan al niño a la consulta. También se han visto casos de empobrecimiento gradual del rendimiento escolar secundario a una afectación de la capacidad para concentrarse. Al igual que los adultos, los niños son más propensos a realizar los actos rituales en su casa que cuando están con compañeros, profesores o personas desconocidas. El trastorno muestra una incidencia similar en varones y mujeres.

Prevalencia

Aunque antes se creía que el trastorno obsesivo-compulsivo era relativamente raro en la población general, estudios recientes han estimado una prevalencia global del 2,5% y una prevalencia anual que se sitúa entre el 1,5 y el 2,1%.

Curso

Aunque el trastorno obsesivo-compulsivo se suele iniciar en la adolescencia o a principios de la edad adulta, también puede hacerlo en la infancia. La edad modal de inicio es menor en los varones que en las mujeres: entre los 6 y 15 años para los varones, y entre los 20 y 29 años para las mujeres. La mayor parte de las veces la aparición del trastorno es de carácter gradual, si bien se han observado casos de inicio agudo. La mayoría de los individuos presentan un curso crónico con altas y bajas, con exacerbaciones de los síntomas que podrían estar relacionadas con acontecimientos estresantes. Alrededor del 15% muestra un deterioro progresivo de las relaciones sociales y ocupacionales. Aproximadamente un 5% sigue un curso de carácter episódico, con síntomas mínimos o ausentes en los períodos intercríticos.

Patrón familiar

La tasa de concordancia del trastorno obsesivo-compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que en los dicigotos. La incidencia de trastorno obsesivo-compulsivo en parientes de primer grado de individuos con síndrome de la Tourette es superior a la observada en la población general.

8.10 Insomnio Primario

El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos un mes.

La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la [narcolepsia](#), el trastorno de sueño [relacionado con la respiración](#), el trastorno del [ritmo circadiano](#) o una [parasomnia](#).

La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).

La alteración no es debida a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o de una enfermedad médica

8.11 Trastornos Bipolares

Los Trastornos Bipolares se **clasifican** en:

Trastorno Bipolar I (o maníaco-depresivo): presencia de uno o más Episodios Maníacos y [Episodios Depresivos Mayores](#)

Trastorno Bipolar II: presencia de uno o más Episodios Hipomaníacos y Episodios Depresivos Mayores

Trastorno Ciclotímico: presencia, durante al menos 2 años, de períodos de síntomas hipomaníacos y de períodos de síntomas depresivos
Episodio Maníaco o Manía

Se caracteriza por la presencia de un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos una semana (o cualquier duración si es necesaria una hospitalización).

Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido 3 (o más) de los siguientes síntomas (4 si el estado de ánimo es sólo irritable), y ha habido en un grado significativo:

- Autoestima exagerada o grandiosidad (por ej. la persona siente que "todo lo puede").
- Disminución de la necesidad de dormir (por ej. la persona se siente descansada tras sólo 3 horas de sueño).
- Más hablador de lo habitual o verborreico.
- Fuga de ideas ("se olvida de lo que estaba hablando") o experiencia subjetiva que el pensamiento está acelerado.
- Distrabilidad (por ej. la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).
- Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo, estudios o sexualmente) o agitación psicomotora.
- Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (por ej. compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o como para necesitar hospitalización con el fin de prevenir daños a sí mismo o a terceros, o hay conjuntamente síntomas psicóticos.

Los síntomas no son debidos a los efectos directos de una sustancia (por ej. cocaína, anfetaminas, ciertos antidepresivos) o a una enfermedad médica (por ej. hipertiroidismo).

8.12 episodio Hipomaníaco o Hipomanía

Los **síntomas** son similares a los de la Manía (Episodio Maníaco) difiriendo en el grado de severidad y duración del episodio. Siendo en la Hipomanía más leves y **no** lo suficientemente **graves** como para provocar un deterioro laboral o social

importante o como para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos acompañantes. Con respecto a la duración del episodio esta debe ser de por lo menos 4 días (y no 7 días como en la Manía).

Tratamiento

Las Etapas de Tratamiento

- La fase aguda del tratamiento: El tratamiento está dirigido a terminar con el presente episodio maníaco, hipomaníaco, depresivo, o mixto.
- El tratamiento preventivo: El medicamento es continuado a largo plazo para evitar futuros episodios.

Los Componentes del Tratamiento

- La medicación: Prescrita para casi todos los pacientes durante las fases agudas y en forma preventiva para evitar recaídas (psicoprofilaxis).
- La educación: Cruciales en la ayuda a los pacientes y familiares para aprender como manejar mejor el trastorno bipolar y prevenir sus complicaciones.
- La psicoterapia: Individual, Grupal y Familiar. No debería ser utilizada a solas, sino más bien debería estar combinada con medicación (excepto en situaciones especiales tales como el embarazo).

Medicamentos:

Se los conoce como "estabilizadores del estado de ánimo" (anticíclicos o antirecurrenciales) son usados para mejorar los síntomas durante los episodios agudos maníacos, hipomaníacos, y mixtos. Pueden a veces también reducir síntomas de depresión. Son el apoyo del tratamiento preventivo a largo plazo tanto para la manía como para la depresión. Los más utilizados son los siguientes:

- [Litio](#) (*Plenur, Eskalith, Lithobid, Lithonate, Ceglution, Lithiun*)
- [Divalproato de Sodio](#) (*Valcote, Depakote, Depamide*)
- [Carbamazepina](#) (*Tegretol, Carbatrol, Epital, Atretol*)
- [Lamotrigina](#) (*Lamictal*)
- [Gabapentin](#) (*Neurontin*)
- [Topiramato](#) (*Topamax*)
- [Olanzapina](#) (*Zyprexa*)
- [Oxycarbamazepina](#) (*Trileptal*)

En investigación se encuentran:

ABS-103: Actualmente, este fármaco se está sometiendo a estudios preclínicos para evaluar su potencial como tratamiento para epilepsia, migrañas y manía. La evidencia sugiere que puede ser tan eficaz como el Divalproato, pero sin ocasionar tantos efectos secundarios. De hecho, podría ser que ABS-103 fuera seguro para las mujeres en edad de concebir.

Los bloqueadores de la sustancia P son otro tipo de medicamentos recién creados que también podrían ser eficaces para ayudar a regular el humor. Esta clase de fármacos toma su nombre de la forma en que funcionan: a diferencia de los SSRI (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), estos medicamentos bloquean una sustancia química cerebral llamada sustancia P.

Esta sustancia se descubrió en 1931 y los medicamentos diseñados para funcionar contra dicha sustancia a menudo se han usado en forma experimental, pero nunca con éxito, en intentos de tratar padecimientos como neuralgia crónica, migrañas, ansiedad y asma. En un estudio reciente de un bloqueador de sustancia P denominado MK-869 se determinó que el fármaco funciona tan eficazmente como el SSRI Paxil y ocasiona menos de los efectos secundarios que afectan la función sexual.

Afortunadamente, cada uno de los estabilizadores del estado de ánimo posee diferentes acciones químicas en el cuerpo. Si con uno no consigue una respuesta terapéutica satisfactoria, o usted tiene efectos secundarios persistentes, su médico puede sugerirle otro, o dos medicamentos combinados en dosis que usted puede manejar. Para los estabilizadores del estado de ánimo se hacen pruebas en sangre para determinar la dosis correcta y para monitorear la seguridad del efecto terapéutico deseado.

Seleccionando un estabilizador de ánimo durante un episodio maníaco agudo
Las drogas de primera línea para el tratamiento de una fase de un episodio maníaco agudo son el litio y el divalproato de sodio. Al elegir entre ellos, su médico tendrá en cuenta si ya estas medicinas han resultado eficaces para usted en el pasado o si hay efectos secundarios particulares que podrían afectar su preferencia. Cuando todo ya es igualmente considerado, la decisión inicial puede ser que dependa del subtipo de trastorno bipolar que usted padezca. Los expertos recomiendan carbonato de litio para pacientes con ánimos eufóricos (extremadamente alegres, "*manía eufórica*") y divalproato de sodio para pacientes con manifestaciones mixtas (episodios maníacos con un ánimo muy infeliz o irritable, "*manía disfórica*") o para pacientes que tienen ciclos de cambios rápidos (4 o más episodios por año, "*cicladores rápidos*").

Acerca de la hospitalización

El tratamiento en el hospital es necesario a veces pero es generalmente breve (12 semanas). La hospitalización puede ser esencial para evitar el comportamiento destructivo propio, impulsivo, o agresivo que la persona va a lamentar después. Los pacientes maníacos frecuentemente carecen de conciencia que están enfermos y requieren hospitalización. La investigación ha mostrado que después de la recuperación, la mayoría de pacientes maníacos están agradecidos por la ayuda que recibieron, aunque fuera dada contra su voluntad en el momento.

Durante la depresión, la hospitalización puede ser necesaria si una persona presenta alta ideación suicida o haya cometido algún intento de suicidio. La hospitalización está también indicada para personas que tienen complicaciones médicas que hacen más difícil monitorear los medicamentos y para la gente que no puede dejar de usar drogas de adicción o alcohol. Recuerde, el temprano reconocimiento y tratamiento de episodios maníacos y depresivos pueden disminuir la necesidad de hospitalización.

El medicamento para la prevención de toda una vida.

El exitoso manejo del trastorno bipolar requiere mucho de los pacientes y las familias. Habrán ciertamente muchas veces cuando usted estará tentado urgentemente de detener su medicamento por que 1) usted se siente bien y cree "estar curado/a", 2) usted extraña la excitación/euforia, o 3) usted se siente molesto por los efectos secundarios. Si usted suspende su medicación, probablemente no tendrá un episodio agudo inmediatamente durante los días o semanas que siguen, pero con el tiempo seguramente tendrá una recaída.

A veces el diagnóstico es incierto después de un sólo episodio y es posible reducir lentamente el medicamento después de casi un año. Sin embargo, si usted ha tenido solamente un episodio de manía pero tiene una historia familiar muy fuerte (sugiriendo que puede haber heredado este trastorno), o si el episodio fue tan severo que casi le arruinó su vida, usted debería considerar seriamente tomar medicación durante varios años, si no de por vida. Si ha tenido dos o más episodios maníacos o depresivos, los expertos recomiendan fuertemente que tome medicamento de prevención indefinidamente.

¿Cuán frecuente funciona el medicamento de prevención?

Los estabilizadores del estado de ánimo son el núcleo de la prevención, es decir, para evitar recaídas. Cerca de una de cada tres personas con trastorno bipolar estará completamente libre de síntomas tomando medicamentos estabilizadores del estado de ánimo de por vida. La mayoría de la gente experimenta una gran reducción en la frecuencia de los episodios o en la severidad de los mismos. No se desaliente si usted ocasionalmente siente que pudiera estar en camino a un episodio maníaco o depresivo. Siempre reporte inmediatamente cambios a su médico, debido a que ajustes en su medicina cuando tiene los primeros síntomas pueden generalmente restaurarle el ánimo normal. A veces basta con un ligero aumento en la dosis del estabilizador del estado de ánimo, u otras medicinas pueden necesitar ser añadidas. Los ajustes del medicamento prescrito son generalmente una parte rutinaria del tratamiento (lo mismo que la dosis de insulina es cambiada de vez en cuando en la diabetes). Nunca tema informar los cambios de síntomas ya que generalmente no requieren ningún cambio dramático en el tratamiento y su médico estará ansioso por ayudar.

8.13 Trastorno Explosivo Intermitente

Los criterios internacionales de diagnóstico de acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) son los que a continuación se detallan.

- Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

- El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.
- Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ej. drogas o medicamentos) o a una enfermedad médica (por ej. traumatismo de cráneo).

8.14 Juego Patológico

Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como lo indican los siguientes síntomas:

- Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero, para conseguir el grado de excitación deseado.
- Preocupación por el juego, preocupación por revivir experiencias pasadas de juego.
- Fracaso de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
- El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (por ej. desesperanza, culpa, depresión).
- Después de haber perdido dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo.
- Se cometen actos ilegales para financiar el juego.
- Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, debido al juego.
- Se confía en que los demás proporcionen el dinero que alivia la desesperada situación financiera causada por el juego.
- Se engaña a miembros de la familia o terapeutas para ocultar el grado de implicación con el juego.

8.15 Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) o Encefalomiелitis Miálgica (EM)

El síndrome de fatiga crónica es una afección que produce cansancio o agotamiento importante y prolongado (fatiga), que no se alivia con el descanso y no está causado por una enfermedad médica conocida. Para diagnosticar Síndrome de Fatiga Crónica (SFC), el grado de cansancio debe ser lo suficientemente importante como para disminuir en un 50% la capacidad de realizar las actividades diarias y no debe existir ninguna enfermedad médica que explique la fatiga.

El SFC afecta al Sistema Nervioso Central y su conexión con los Sistemas Inmune y Neuroendocrino (Sistema Psiconeuroinmunoendócrino).

Causas, incidencia y factores de riesgo:

Se desconoce la causa precisa del síndrome de fatiga crónica (SFC). Algunos investigadores consideran que podría ser causado por un virus, como el virus de Epstein-Barr (VEB), el Citomegalovirus o el virus del Herpes humano tipo 6 (HHV-6). Sin embargo, hasta el momento, no se ha identificado ninguna causa específica de origen viral.

En estudios recientes se demostró que el Síndrome de Fatiga Crónica podría ser causado por la inflamación de vías en el sistema nervioso, y que esta inflamación podría ser una especie de respuesta inmune o proceso autoinmune, de allí el nombre utilizado por autores británico de Encefalomiелitis Miálgica (EM). El SFC se puede presentar cuando una enfermedad viral se complica a causa de una respuesta inmune inadecuada o disfuncional. También es posible que influyan factores como la edad, enfermedad previa, estrés, medio ambiente o predisposición genética. El SFC se da con mayor frecuencia en mujeres de entre 30 y 50 años.

El Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de los EE.UU. describe al SFC como un trastorno con características propias y síntomas y signos físicos específicos, basándose en la exclusión de otras causas médica posibles. Se desconoce la cantidad de pacientes afectados por este síndrome.

Síntomas:

- Fatiga o cansancio, que nunca había sido tan intenso en el pasado (inicio reciente) con una duración de al menos seis meses y que no se alivia con el reposo en cama.
- Fatiga tan importante que limita las actividades diarias (aparece fatiga importante al realizar menos de la mitad del esfuerzo que se hacía antes de desarrollar la enfermedad).
- Fatiga que dura más de 24 horas después de realizar una actividad física que normalmente sería tolerada fácilmente.
- La fatiga empeora con la actividad física y mental.
- Debilidad muscular generalizada con sensación de pesadez en brazos y piernas.
- Falta de sensación de descanso después de haber dormido suficiente tiempo.
- Febrícula (temperatura menor a los 38° Celcius).
- Inflamación de ganglios linfáticos (especialmente en el cuello o las axilas).
- Dolores musculares (mialgias) y articulares.
- Dolor de garganta con enrojecimiento de la misma.
- Dolores de cabeza (cefaleas).
- Presión Arterial baja (Hipotensión).
- Hipotensión ortostática (la persona no puede mantenerse de pie por mucho tiempo, se siente mejor acostada o sentada).

- Irritabilidad psíquica.
- Trastornos cognitivos (dificultad para pensar con claridad, trastornos de la memoria, de la concentración y de la atención).
- Hipersensibilidad a los estímulos externos (por ejemplo no tolerar sonidos muy fuertes o luces muy intensas).
- Trastornos del sueño, especialmente insomnio.
- Varía en severidad con el transcurso del tiempo, sus síntomas pueden disminuir y luego aumentar nuevamente.

Examen físico y Estudios Complementarios:

El examen físico puede confirmar la presencia de fiebre, dolor con la palpación y edema de los ganglios linfáticos y otros síntomas. Puede haber enrojecimiento de la garganta, sin secreciones o pus.

El médico puede suponer un diagnóstico de síndrome de fatiga crónica sólo después de descartar toda otra causa conocida posible de fatiga, como por ejemplo:

- Infecciones crónica (virales, micóticas, bacterianas o parasitarias)
- Trastornos autoinmunes o inmunológicos
- Tumores
- Enfermedades musculares o neurológicas (como esclerosis múltiple)
- Enfermedades endocrinas (como hipotiroidismo)
- Enfermedades psiquiátricas o psicológicas, en especial depresión (ya que este síndrome podría estar asociado con depresión; el diagnóstico de depresión no excluye el SFC, pero se debe descartar que la fatiga esté relacionada solamente con la depresión para diagnosticar SFC)
- Drogadependencia
- Otras enfermedades (como enfermedades cardíacas, renales o hepáticas)

Para diagnosticar SFC debe haber:

- Fatiga extrema y prolongada
- Ausencia de otras causas de fatiga crónica (excepto depresión)
- Al menos 4 de los síntomas mencionados anteriormente

No existen pruebas específicas de laboratorio para confirmar el diagnóstico de SFC, aunque por lo general se realizan varios estudios diferentes para excluir otras causas posibles de fatiga.

En los estudios se observan algunos hallazgos típicos que, si bien no son lo bastante específicos para diagnosticar SFC, aparecen sistemáticamente en pacientes a los que luego se les diagnostica este trastorno. Algunos hallazgos son:

- Niveles más altos de glóbulos blancos específicos (células T CD4) en comparación con otros tipos de glóbulos blancos (células T CD8)
- Resonancia Nuclear Magnética (RNM) de cerebro en la que se observa edema cerebral o destrucción de parte de las células nerviosas (desmielinización)
- Glóbulos blancos específicos (linfocitos) que contienen formas activas de VEB o HHV-6

Tratamiento:

En la actualidad no existe un tratamiento que haya demostrado ser efectivo para curar el SFC, y lo que se trata son los síntomas. Muchas personas con este trastorno experimentan depresión y otros problemas psicológicos que pueden mejorar con tratamiento.

Algunos de los tratamientos propuestos incluyen:

- Fármacos antivirales (como Aciclovir o Valganciclovir)
- Fármacos para tratar infecciones "ocultas" producidas por hongos (como la Nistatina)
- Fármacos para tratar la depresión (antidepresivos, especialmente los [ISRS](#))
- Fármacos para tratar la ansiedad ([Ansiolíticos](#))
- Fármacos para disminuir el dolor, el malestar y la fiebre (como el Ibuprofeno)

Algunos medicamentos pueden causar reacciones adversas o efectos secundarios peores que los síntomas originales del síndrome de fatiga crónica.

Se recomienda que los pacientes afectados por este síndrome tengan una vida social activa; también podría ser beneficioso realizar actividad física suave.

Pronóstico:

Las expectativas a largo plazo para estos pacientes son variables y difíciles de predecir al inicio de la enfermedad. Se ha informado que algunos pacientes se recuperan completamente entre seis meses y un año después. Otros pueden tardar más en alcanzar una recuperación total.

Algunos pacientes informaron que nunca recuperaron el estado anterior a la enfermedad. En la mayoría de los estudios se informa que los pacientes tratados con programas de rehabilitación extensos tienen una mejor perspectiva de mejora significativa que aquellos que no reciben tratamiento.

Complicaciones:

- Aislamiento social causado por la fatiga
- Limitaciones en el estilo de vida (algunas personas sienten tanta fatiga que quedan prácticamente incapacitadas durante el curso de la enfermedad)
- Depresión (relacionada tanto con los síntomas como con la falta de diagnóstico)
- Efectos secundarios y reacciones adversas a tratamientos farmacológicos

Situaciones que requieren asistencia médica:

- Se debe consultar un médico si siente fatiga extrema y persistente, ya sea que tenga o no otros síntomas de este trastorno. Otros trastornos más graves pueden provocar síntomas similares y deben ser descartados.

8.16 Fobia o Ansiedad Social

Los Criterios Internacionales de Diagnóstico son los que a continuación se detallan:

- Temor intenso y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen a su ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. La persona teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad, angustia o miedo) que sea humillante o avergonzante.
- Las situaciones más comúnmente fobígenas son: hablar o comer en público, asistir a reuniones sociales, dictar clases, dar exposiciones, aparecer en televisión o en espectáculos públicos, asistir a una cita amorosa, mirar directamente a los ojos, miedo a vomitar en público, etc.
- La persona reconoce que este miedo es excesivo e irracional pero no puede controlarlo experimentado en forma asociada ruborización (ponerse colorado), dificultad para hablar, temblor de manos o en la voz, náuseas, necesidad urgente de orinar, etc.
- Las situaciones que provocan fobia se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad, angustia o malestar.
- Esta fobia interfiere marcadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas), familiares o sociales.

La fobia social es un miedo intenso de llegar a sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de tal modo que se coloque uno en una situación vergonzosa frente a las demás personas. Puede estar acompañada de depresión o de abuso de sustancias (alcoholismo por ej.).

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

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

Las personas con fobia social no necesariamente son tímidas. Pueden sentirse totalmente cómodas con otras personas la mayor parte del tiempo, pero en situaciones especiales pueden sentir intensa ansiedad/angustia.

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

Tratamiento:

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

Entre los medicamentos que han probado ser efectivos están ciertos [Antidepresivos](#). Las personas que padecen de una forma específica de fobia social llamada fobia de actuación han recibido ayuda de unos medicamentos llamados [Beta Bloqueantes](#). Por ejemplo, se puede recetar Beta Bloqueantes a músicos y otras personas con este tipo de ansiedad para que los tomen el día en que van a actuar.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo:

La presentación clínica y sus consecuencias en las actividades diarias del individuo pueden mostrar una considerable variación a través de las diferentes culturas, dependiendo fundamentalmente de las exigencias sociales del lugar. En algunas culturas (p.ej., Japón y Corea) los individuos con fobia social pueden presentar un temor permanente y excesivo a ofender a los demás en las situaciones sociales, en vez del habitual miedo a pasar apuros. Estos temores adquieren a veces la forma de una extrema ansiedad por el hecho de que el enrojecimiento, las miradas directas y los efluvios corporales puedan ser ofensivos para los demás (*taijin kyofusho* en Japón). En los niños las fobias sociales pueden tomar forma de lloros, tartamudez, parálisis, abrazos o aferramiento a familiares cercanos y abstención de mantener relaciones con los demás hasta llegar incluso al mutismo. Los niños mayores pueden mostrarse excesivamente tímidos en los ambientes sociales alejados de la familia, eludir los contactos con los demás, rehusar participar en juegos de equipo y mantenerse típicamente en una posición de segunda línea en las actividades sociales, procurando aferrarse siempre a sus familiares de mayor edad. A diferencia de los adultos, los niños con fobia social no suelen tener la oportunidad de evitar la totalidad de situaciones temidas, y es posible que se muestren incapaces de identificar la naturaleza de su ansiedad. También es posible que exista una disminución de su participación en clase, negativa a asistir a la escuela o evitación de las actividades y citas adecuadas para su edad. Para realizar el diagnóstico de fobia social en un niño, es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto. Es decir, en el niño, y como resultado de esta fobia social, que se inicia tempranamente y presenta un curso crónico, lo que va a ponerse de relieve, más que un empeoramiento respecto a un nivel previo de actividad, es una falta de consecución de las expectativas que se habían creado con arreglo a su edad. En

cambio, cuando el trastorno se inicia en la adolescencia, puede conducir a un empeoramiento del rendimiento social y académico.

Los estudios epidemiológicos sugieren que la fobia social es más frecuente en las mujeres; sin embargo, cuando se estudian poblaciones clínicas, ambos sexos se muestran igualmente propensos, o bien se constata que el trastorno incide más frecuentemente en los varones.

Prevalencia:

Los estudios epidemiológicos han puesto de relieve una prevalencia global para la fobia social que oscila entre el 3 y el 13%. Estas cifras pueden variar dependiendo de los umbrales definidos para cuantificar el malestar clínico o la afectación de la actividad global del individuo y los tipos de situaciones sociales objeto de estudio. En uno de estos trabajos el 20% de los casos manifestaba un miedo excesivo a hablar o actuar en público, pero sólo un 2% aproximadamente parecía experimentar suficiente malestar o afectación general como para poder asegurar que se trataba de una fobia social. En la población general la mayoría de los individuos con fobia social temen hablar en público, mientras que un poco menos de la mitad de estos casos confesaba tener miedo de hablar con extraños o conocer gente nueva. Otros temores relacionados con las actuaciones en público (p.ej., comer, beber o escribir delante de los demás, o permanecer en una sala de espera) parecen menos frecuentes. En los centros asistenciales la gran mayoría de las personas con fobia social sienten temor por más de un tipo de situación social. La fobia social rara vez constituye un motivo de ingreso hospitalario. Entre los pacientes con trastorno de ansiedad en régimen ambulatorio, un 10-20% presentan igualmente algún tipo de fobia social, si bien estas cifras varían ampliamente de unos estudios a otros.

Evolución:

La fobia social suele aparecer típicamente a mediados de la edad adulta, a veces con el antecedente infantil de timidez o inhibición social. Algunos individuos sitúan el inicio del cuadro al principio de la segunda infancia. La aparición del trastorno puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante, o bien puede hacerlo de forma lenta e insidiosa. El curso de la fobia social suele ser crónico o continuo. A menudo persiste durante toda la vida, si bien a veces remite total o parcialmente en el transcurso de la edad adulta. La intensidad del trastorno y sus consecuencias en la actividad diaria del individuo dependen principalmente de los acontecimientos vitales estresantes y de las exigencias sociales del lugar o la profesión. Por ejemplo, la fobia social puede disminuir

cuando el individuo que siente temor por la citas con las chicas logra casarse y volver a aparecer con toda su intensidad si queda viudo. A veces la fobia social aparece por primera vez cuando el individuo obtiene un ascenso en el trabajo que le obliga, por ejemplo, a hablar a menudo ante el público, cuando nunca antes se había visto en la necesidad de tener que hacerlo.

Patrón familiar:

Comparados con la población general, los parientes de primer grado de los individuos con fobia social parecen tener más probabilidades de sufrir este trastorno. Es decir, tendría un componente hereditario.

8.17 Trastorno por Estrés Agudo

Los criterios internacionales de diagnóstico de Trastorno por Estrés Agudo, acorde al DSM-IV-TR, son los siguientes:

El individuo a estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que:

- Ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
- Ha respondido con temor, desesperanza o un horror intensos

Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta 3 o más de los siguientes síntomas:

- Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
- Reducción del reconocimiento de su entorno (por ej. estar aturdido)
- Desrealización (por ej. experimentar al mundo externo como algo extraño)
- Despersonalización (por ej. no sentirse uno mismo)
- Amnesia disociativa (por ej. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

- Recuerdos del acontecimiento, recurrentes e intrusos, que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- Sueños de carácter recurrente, sobre el acontecimiento, que producen malestar

- El individuo actúa o tiene la sensación que el acontecimiento traumático está ocurriendo (por ej. sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y flashbacks)
- Malestar psíquico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- Reducción importante del interés o de la participación en actividades sociales o laborales
- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- Restricción de la vida afectiva (por ej. incapacidad para tener sentimientos de amor)
- Sensación de un futuro desolador (por ej. no tener esperanzas respecto a encontrar una pareja, formar una familia, hallar empleo, llevar una vida normal)

Síntomas persistentes de aumento del estado de alerta (ausentes antes del trauma), tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas:

- Dificultad para conciliar o mantener el sueño
- Irritabilidad o ataques de ira
- Dificultad para concentrarse
- Respuestas exageradas de sobresalto

Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y menos de 1 mes y provocan un malestar significativo o deterioro de las relaciones sociales, la actividad laboral o de otras áreas importantes de la vida de la persona.

Síntomas dependientes de la cultura

Aunque algunos acontecimientos suelen ser vividos traumáticamente por la mayoría de las personas,

la intensidad y el tipo de las respuestas pueden estar modulados por las diferencias culturales en el valor que se da a las pérdidas humanas. También pueden existir estrategias de adaptación características de culturas específicas. Por ejemplo, los síntomas disociativos pueden presidir las respuestas agudas de

estrés en aquellas culturas en que este tipo de comportamientos está sancionado.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno por estrés agudo en la población expuesta a acontecimientos traumáticos de carácter extremo depende de la intensidad y persistencia del trauma y del grado de exposición a éste.

Curso

Los síntomas del trastorno por estrés agudo se experimentan durante o inmediatamente después del trauma, duran como mínimo 2 días y, o bien se resuelven en las 4 primeras semanas después del acontecimiento traumático, o bien el diagnóstico debe ser sustituido. Cuando los síntomas persisten más de 1 mes, puede estar indicado el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático si se cumple la totalidad de sus criterios diagnósticos. La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático son los factores más importantes en relación con la posibilidad de presentar un trastorno por estrés agudo.

Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de la personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno por estrés agudo. Este trastorno puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento resulta muy traumático.

Los criterios internacionales de diagnóstico del T. por Estrés Postraumático, acorde al DSM-IV TR, son los siguientes:

El individuo a estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que:

- Ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás (por ej. guerras, atentados o catástrofes)
- Ha respondido con temor, desesperanza o un horror intensos

El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

- Recuerdos del acontecimiento, recurrentes e intrusos, que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

- Sueños de carácter recurrente, sobre el acontecimiento, que producen malestar
- El individuo actúa o tiene la sensación que el acontecimiento traumático está ocurriendo (por ej. sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y flashbacks)
- Malestar psíquico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- Reducción importante del interés o de la participación en actividades sociales o laborales
- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- Restricción de la vida afectiva (por ej. incapacidad para tener sentimientos de amor)
- Sensación de un futuro desolador (por ej. no tener esperanzas respecto a encontrar una pareja, formar una familia, hallar empleo, llevar una vida normal)

Síntomas persistentes de aumento del estado de alerta (ausentes antes del trauma), tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas:

- Dificultad para conciliar o mantener el sueño
- Irritabilidad o ataques de ira
- Dificultad para concentrarse
- Respuestas exageradas de sobresalto

Estas alteraciones duran más de 1 mes y provocan un malestar significativo o deterioro de las relaciones sociales, la actividad laboral o de otras áreas importantes de la vida de la persona.

Síntomas dependientes de la cultura y la edad

Las personas que han emigrado recientemente de áreas con disturbios sociales y conflictos civiles importantes pueden presentar una mayor incidencia de trastorno por estrés posttraumático. Estos individuos pueden mostrarse especialmente reacios a divulgar sus experiencias relativas a torturas y traumatismos debido a la vulnerabilidad de su *status* político como inmigrantes. Para diagnosticar y tratar correctamente a estos individuos suele requerirse una valoración específica de

En los niños mayores las pesadillas perturbadoras sobre el acontecimiento traumático pueden convertirse, al cabo de varias semanas, en pesadillas generalizadas, donde pueden aparecer monstruos, rescates espectaculares o amenazas sobre ellos mismos o sobre los demás. Los niños no suelen tener la sensación de revivir el pasado; de hecho, la reexperimentación del trauma puede reflejarse en juegos de carácter repetitivo (p.ej., un niño que se vio implicado en un grave accidente de tráfico lo recrea en sus juegos haciendo chocar sus coches de juguete). Puesto que para un niño puede ser difícil expresar la disminución del interés por las actividades importantes y el embotamiento de sus sentimientos y afectos, estos síntomas deben ser objeto de una cuidadosa valoración mediante el testimonio de los padres, profesores y otros observadores. En los niños la sensación de un futuro desolador puede traducirse en la creencia de que su vida no durará tanto como para llegar a adulto. También puede producirse la "elaboración de profecías", es decir, la creencia en una especial capacidad para pronosticar futuros acontecimientos desagradables. Los niños pueden presentar varios síntomas físicos como dolores de estómago y de cabeza.

Prevalencia

Los estudios basados en la comunidad revelan que la prevalencia global del trastorno por estrés postraumático oscila entre el 1 y el 14%, explicándose esta variabilidad por los criterios diagnósticos empleados y el tipo de población objeto de estudio. En estudios sobre individuos de riesgo (p.ej., veteranos de guerra, víctimas de erupciones volcánicas o atentados terroristas) pueden encontrarse cifras de prevalencia que van del 3 al 58%.

Curso

El trastorno por estrés postraumático puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, si bien pueden haber un lapso temporal de meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto. Con frecuencia, la alteración reúne inicialmente los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo. Los síntomas del trastorno y la predominancia relativa de la reexperimentación, comportamiento de evitación, y síntomas de activación (*arousal*) pueden variar ampliamente a lo largo del tiempo. La duración de los síntomas muestra considerables variaciones; la mitad de los casos suele recuperarse completamente en los primeros 3 meses; en otras ocasiones todavía pueden persistir algunos síntomas más allá de los 12 meses posteriores al acontecimiento traumático.

La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinen las probabilidades de presentar el trastorno. Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno por estrés postraumático. Este trastorno pueden aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento es extremadamente traumático.

8.18 Personalidad paranoide

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

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

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

8.19 Personalidad esquizoide

Las personas con una personalidad esquizoide son introvertidas, ensimismadas y solitarias. Son emocionalmente frías y socialmente distantes. A menudo están absortas en sus propios pensamientos y sentimientos y son temerosas de la aproximación e intimidad con otros. Hablan poco, son dadas a soñar despiertas y prefieren la especulación teórica a la acción práctica. La fantasía es un modo frecuente de enfrentarse a la realidad.

8.20 Personalidad esquizotípica

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

8.21 Personalidad histriónica

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

8.22 Personalidad narcisista

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

necesidades o creencias son consideradas menos importantes. Su comportamiento es a menudo ofensivo para otros, que les encuentran egocentristas, arrogantes o mezquinos.

8.23 Personalidad antisocial

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

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

8.24 Personalidad límite

Las personas con una personalidad límite, la mayor parte de las cuales son mujeres, son inestables en la percepción de su propia imagen, en su humor, en su comportamiento y en sus relaciones interpersonales (que a menudo son tormentosas e intensas). La personalidad límite se hace evidente al principio de la edad adulta pero la prevalencia disminuye con la edad. Estas personas han sido a menudo privadas de los cuidados necesarios durante la niñez. Consecuentemente se sienten vacías, furiosas y merecedoras de cuidados. Cuando las personas con una personalidad límite se sienten cuidadas, se muestran solitarias y desvalidas, frecuentemente necesitando ayuda por su depresión, el abuso de sustancias tóxicas, las alteraciones del apetito y el maltrato recibido en el pasado. Sin embargo, cuando temen el abandono de la persona que las cuida, su humor cambia radicalmente. Con frecuencia muestran una cólera inapropiada e intensa, acompañada por cambios extremos en su visión del mundo, de sí mismas y de otras (cambiando del negro al blanco, del amor al

odio o viceversa pero nunca a una posición neutra). Si se sienten abandonadas y solas pueden llegar a preguntarse si realmente existen (esto es, no se sienten reales). Pueden devenir desesperadamente impulsivas, implicándose en una promiscuidad o en un abuso de sustancias tóxicas. A veces pierden de tal modo el contacto con la realidad que tienen episodios breves de pensamiento psicótico, paranoia y alucinaciones.

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

8.25 Personalidad evitadora

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

8.26 Personalidad dependiente

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

8.27 Personalidad obsesivo-compulsiva

Las personas con personalidad obsesivo-compulsiva son formales, fiables, ordenadas y metódicas pero a menudo no pueden adaptarse a los cambios. Son

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

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

8.28 Personalidad pasiva-agresiva

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

Diagnóstico

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

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

Tratamiento

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

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

Estas personas a veces tienen ansiedad y depresión, que esperan aliviar con fármacos. Sin embargo, la ansiedad y la depresión que resultan de un trastorno de la personalidad son raramente aliviadas con fármacos de modo satisfactorio y tales síntomas pueden indicar que la persona está realizando algún autoexamen saludable. Más aún, la terapia farmacológica se complica frecuentemente por el mal uso de los fármacos o por los intentos de suicidio. Si la persona padece otro trastorno psiquiátrico, como depresión mayor, fobia o trastorno por pánico, la toma de medicamentos puede resultar adecuada, aunque posiblemente producirán sólo un alivio limitado.

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