

MANUAL DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL



Manual de Atención Primaria en Salud Mental

Autores:

Dr. Hernán Chávez Oleas

Médico Psiquiatra, Tratante
del Hospital Enrique Garcés
del Ministerio de
Salud Pública del Ecuador
Profesor Titular de Facultad
de Ciencias Médicas - Universidad
Central. Coordinador del
Postgrado de Psiquiatría

Dr. Nelson Samaniego Z.

Médico Psiquiatra, Tratante
del Hospital Julio Endara del
Ministerio de Salud Pública
del Ecuador
Profesor Titular de la Facultad
de Ciencias Médicas - Universidad
Central.

Dr. Enrique Aguilar Z.

Médico Psiquiatra
Responsable de Salud Mental
del Ministerio de Salud Pública
Profesor Principal de la Facultad
de Ciencias Médicas - Universidad
Central. Coordinador del Área
de Salud Mental

MANUAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL

AUTORIDADES

Dra. Caroline Chang Campos
Ministra de Salud Pública del Ecuador

Dr. Gonzalo Bonilla
Subsecretario General de Salud

Dr. Carlos Alberto Velasco E.
Subsecretario de Aseguramiento
Universal en Salud

**Dra. María del Carmen
Laspina A.**
Directora General de Salud

Dra. Eulalia Narváez G.
Directora de Proceso de Control y
Mejoramiento en Salud Pública

Dr. Enrique Aguilar Z.
Coordinador de Salud Mental

MANUAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL

| CONTENIDO | PAGINAS |
|--|----------------|
| Plan de Salud Mental para enfrentar la Influenza Pandémica | 1 |
| Epidemiología de las Enfermedades Mentales | 19 |
| ¿Qué es la Salud Mental? | 27 |
| Depresión | 61 |
| Trastornos de Ansiedad | 99 |
| Trastornos Orgánico Cerebrales | 97 |
| Trastornos Disociativos | 111 |
| Trastornos Hipercinéticos | 117 |
| Manejo de las Fármaco Dependencias | 127 |
| Bibliografía | 147 |



**PLAN DE SALUD MENTAL
PARA ENFRENTAR LA
INFLUENZA PANDEMICA**

- ✓ Estimular el espíritu solidario y favorecer la participación de la comunidad.
- ✓ Organizar los equipos de salud mental para una adecuada respuesta, en especial formación de equipos móviles, unidades de intervención en crisis en las urgencias de los hospitales y servicios de enlace de hospitales generales.
- ✓ Coordinación interinstitucional y creación de redes de trabajo.

ACCIONES A TOMARSE EN LA FASE PANDEMICA:

- ✓ Evaluación rápida de necesidades psicosociales de la población, en el lugar donde se desarrolla la epidemia.
- ✓ Apoyo a las acciones fundamentales de detección temprana, notificación, atención y control de la propagación.
- ✓ Comunicación social, información (bajo estrategia IEC)² y orientación sobre que está ocurriendo, qué se está haciendo, transmitir organización, seguridad, autoridad moral, sosiego, apoyo, ánimo.
- ✓ Continuación de la capacitación in situ durante la emergencia.
- ✓ Apoyo y atención psicosocial (Individual y grupal) a personas, familias y comunidades afectadas.
- ✓ Promover mecanismos de autoayuda y ayuda mutua.
- ✓ Primera ayuda emocional a familias en duelo.
- ✓ Atención psiquiátrica a personas con trastornos mentales definidos.

ACCIONES A TOMARSE EN LA FASE POSTPANDEMICA:

- ✓ Buena estrategia de comunicación social que favorezca la recuperación.
- ✓ Capacitación continua en servicio a los equipos que trabajan en la recuperación, prevenir el síndrome de Burnout en ellos.
- ✓ Atención de salud mental individual y comunitaria a las personas y familias que fueron afectadas, con un plan de recuperación mediato de seis meses mínimo.
- ✓ Atención de salud mental a los que ayudaron (equipos de respuesta)
- ✓ Fortalecer nuevos proyectos de vida.
- ✓ Consolidar la coordinación interinstitucional y la organización comunitaria.
- ✓ Discutir las experiencias y lecciones aprendidas.

² La estrategia IEC es un convenio entre el Ministerio de Salud y Otras organizaciones para manejar la comunicación, educación e información en términos de integración de los tres elementos en las propuestas y planes de salud

PLAN DE SALUD MENTAL PARA ENFRENTAR LA INFLUENZA PANDEMICA¹

ANTECEDENTES:

La Dirección de Salud Mental forma parte del comité para la enfrentar la Influenza pandémica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, este comité se ha reunido regularmente desde octubre del año 2005 ante la posibilidad de que se produzca una mutación del virus H5N1 que ha sido detectado en países como Indonesia como agente de la gripe aviar transmitida de aves a personas, con una mortalidad del mayor al 65%, y esto desencadene una gran pandemia mundial que afecte también a la población ecuatoriana.

El comité ha planificado acciones en la fase interpandémica y en la actualidad se encuentra realizando la planificación de las acciones de salud en la fase de Alerta Pandémica, por lo que este Plan de Salud Mental, se limitará a las acciones a realizarse en la fase antes citada, la fase pandémica y la fase postpandémica.

Aspiramos que este Plan pueda ejecutarse en todas las áreas de salud del país con la urgencia que la situación amerita, para lograr esto la Dirección de Salud Mental de la Planta Central del Ministerio de Salud, proporcionará la asesoría y capacitación necesaria a las Direcciones Provinciales de Salud, las cuales a su vez replicarán el conocimiento hacia las Areas de Salud.

Cabe destacar que ante la insuficiencia de recursos humanos de Salud Mental: Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadoras Sociales, Enfermeras, etc., la mayor parte de las acciones deberán ser cumplidas por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, promotores de salud y líderes comunitarios de las áreas, los cuales después de la capacitación deberán estar en disposición de realizar un diagnóstico rápido de los efectos psicosociales de la pandemia y ejecutar las acciones que se resumen en este documento.

¹ Elaborado por: Dr. Enrique Aguilar Z. Responsable de Salud Mental MSP.

OBJETIVOS :

1. Desarrollar acciones de promoción de la salud mental, que disminuyan la vulnerabilidad de grupos específicos, y puedan crear un ambiente de confianza, que favorezcan la seguridad, en la autoridades de salud, en los líderes y en la propia sociedad civil, con el fin de sostener sus capacidades resolutivas para enfrentar la Influenza Pandémica.
2. Prevenir los daños psicosociales que provoque la Influenza pandémica sobre la población ecuatoriana.
3. Enfrentar de manera rápida y eficaz el tratamiento y la rehabilitación de las personas que enfermen o sufran algún daño en su salud mental como consecuencia de la Influenza pandémica.
4. Readaptar activamente a la población afectada a su trabajo, escolaridad y vida cotidiana en el periodo posterior a la epidemia.

RESULTADOS:

En cada área de salud deberá comprobarse que se produzcan los siguientes resultados:

1. Identificación y cuantificación de las poblaciones vulnerables del área, para lo cual puede ser útil el siguiente cuadro:

| Condiciones que influyen en la vulnerabilidad | Grupos Poblacionales |
|---|---|
| Edad y Género | Niños, niñas y adolescentes Ancianos (as) / Mujeres embarazadas |
| Nacionalidades y Pueblos | Poblaciones indígenas, afroecuatorianos, montubios. Grupos en la diversidad |
| Antecedentes de Enfermedades o discapacidades físicas y/o psíquicas | Personas discapacitadas Enfermos psiquiátricos de larga evolución y trastornos psiquiátricos anteriores Enfermedades crónicas |
| Condiciones Económicas y socioculturales | Grupos en pobreza y pobreza extrema Marginalidad en grandes ciudades Migrantes del campo a la ciudad y residentes ilegales |
| Antecedentes de eventos Traumáticos | Grupos de poblaciones que han sido víctimas de la violencia en sus diferentes formas. Comunidades que son afectadas frecuentemente por desastres naturales |
| Condiciones de trabajo en situaciones de catástrofes o estados de emergencia. | Miembros de los equipos institucionales y comunitarios de respuesta. |

2. Realizado el diagnóstico psicosocial de las personas mentalmente afectadas por la pandemia, mediante la aplicación del test de screening SRQ (se incluye una copia del test y de su calificación en el anexo).
3. Levantado un censo de los recursos humanos de salud mental o con capacitaciones previas que tenga el área.
4. Capacitados los recursos de salud del área para identificar, tratar y/o remitir los siguientes problemas de salud mental propios de las catástrofes:
 - ✓ Episodios depresivos
 - ✓ Trastornos de estrés agudo
 - ✓ Duelos Patológicos
 - ✓ Trastornos de adaptación
 - ✓ Trastornos de estrés postraumático
5. Desarrollados los contenidos promocionales que deben difundirse entre la población del área con el fin de proporcionar seguridad, disminuir los temores y el posible pánico.
6. Organizados los grupos de apoyo psicosocial, con maestros, sacerdotes, y otros líderes comunitarios que serán el soporte psíquico y espiritual de la comunidad afectada.
7. Establecido un Plan de recuperación emocional de las personas afectadas y tratadas que abarque un periodo mínimo de seis meses posteriores a la pandemia.

ACCIONES CONCRETAS A TOMARSE EN LA FASE DE ALERTA PANDEMICA:

- ✓ Comunicación del riesgo a la población, con énfasis en grupos vulnerables, sensibilización e información sobre el tema.
- ✓ Localizar personal competente en salud mental en cada área.
- ✓ Capacitar a equipos de SM y APS sobre el tema: Preparación de grupos de apoyo emocional y consejería.
- ✓ Identificar grupos vulnerables desde el punto de vista psicosocial.
- ✓ Protección preventiva a los grupos que lo requieran, (debe imponerse autoritariamente en casos necesarios).

| ACTIVIDAD | PRESUPUESTO | CRONOGRAMA | RESPONSABLES |
|--|---|--------------------------------------|---|
| FASE DE ALERTA PANDEMICA | | | |
| Comunicación del riesgo a la población | A determinarse por parte de comunicación | Mes de Noviembre 2007 | Comunicación Salud Mental Comité en General |
| Localizar personal de salud mental en cada área | A cargo de cada área de Salud | Noviembre 2007 | Responsables de salud mental provinciales y de área |
| Capacitar a grupos de SM y APS | \$ 22.000,00 | Diciembre 2007, | Salud Mental |
| Identificar grupos vulnerables y protección preventiva de los mismos | A cargo de cada area de Salud. | Noviembre y Diciembre 2007 | Jefe y Coordinador de área |
| Organizar equipos de salud mental para una adecuada respuesta | A cargo de cada dirección provincial | Diciembre 2007 | Jefe y Coordinador de Área Dirección Provincial |
| Coordinación interinstitucional y creación de redes de trabajo | \$44.000,00 para un taller en c/provincia | Diciembre 2007 | Responsable de salud mental provincial |
| FASE PANDEMICA | | | |
| Evaluación rápida de necesidades Psicosociales de la población afectada | \$ 70.000 8 (\$500 por área de salud) | Primera semana de la pandemia | Epidemiólogo de área |
| Apoyo a las acciones de detección temprana | A cargo de cada área de salud | Primera semana de la pandemia | Jefe y Coordinador de Área Epidemiólogo de área |
| Comunicación social, información y educación sobre lo que esta ocurriendo | A cargo de comunicación social | Primera semana de la pandemia | Comunicación social con apoyo de Salud Mental |
| Continuación de la capacitación in situ durante la emergencia | \$ 50.000 | Todas las semanas de la pandemia | Salud Mental Nacional y Provincial |
| Apoyo y atención psicosocial, individual y grupal, Promover mecanismos de autoayuda, ayuda emocional a familias en duelo | A cargo del personal capacitado en cada área de salud | Todas las semanas de la pandemia | Personal de salud capacitado en cada área y voluntarios |
| Atención Psiquiátrica a personas con Trastornos Mentales definidos | \$ 50.000 para desplazar personal de salud mental a áreas y provincias | Todas las semanas de la pandemia | Personal de salud mental nacional, personal de instituciones psiquiátricas y de hospitales, que serán enviados a las provincias |
| FASE POSTPANDEMICA | | | |
| Buena estrategia de comunicación social | A cargo de comunicación social | Mes primero Postpandémico | Comunicación social con apoyo de Salud Mental |
| Capacitación continua en servicio a equipos que trabajan en recuperación, prevenir S. Burnout | \$ 50.000 Para desplazar personal de salud mental a áreas y provincias | Mes primero postpandémico | Salud Mental nacional y equipos provinciales |
| Atención de Salud mental a personas y familias que fueron afectadas, atención de salud mental a los equipos que ayudaron | \$ 100.000 para desplazar peesonal de salud mental a provincias y áreas | Meses segundo a sexto postpandémicos | Salud mental nacional y equipos enviados a provincias y áreas |
| Fortalecer nuevos proyectos de vida | A cargo de grupos de apoyo psicosocial de cada área y provincia | Primer semestre postpandémico | Equipos de apoyo psicosocial de cad área y provincia |
| Consolidar la coordinación interinstitucional y la organización comunitaria | A cargo de cada área de salud | Primer semestre postpandémico | Jefe de área, Coordinador de área y Epidemiólogo de área |
| Discutir experiencias y lecciones aprendidas | A cargo de cada área de salud | Segundo semestre postpandémico | Equipo de salud, líderes comunitarios del área |
| Total de Presupuesto a cargo del comité | \$386.000,00 | | |

Bibliografía:

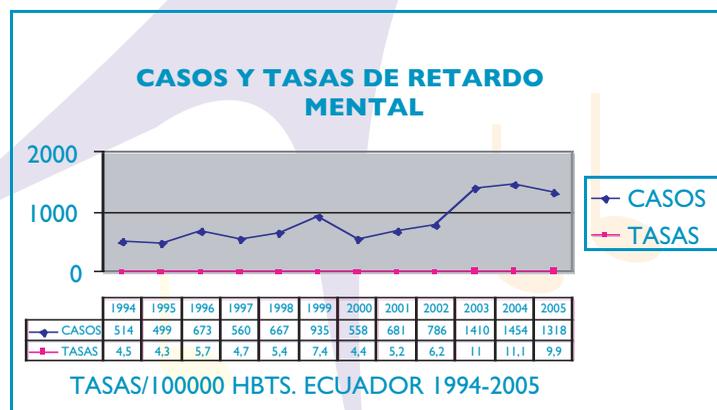
OPS.: Protección de la Salud Mental en situaciones de Epidemias, Unidad de Salud Mental, Abuso de Substancias y Rehabilitación. THS/MH/06/I



**EPIDEMIOLOGÍA
DE LAS ENFERMEDADES
MENTALES**
Dr. Enrique Aguilar Z.



Excepto el año 2004, en que hubo una baja de los reportes de intentos de suicidio, en todos los otros años la curva va en aumento, es de notar que entre el 2004 y el 2005 el número de casos se ha duplicado. Los intentos de suicidio en el Ecuador como en la mayoría de países del mundo son mas frecuentes en mujeres.



El retardo mental crece como motivo de consulta, en especial los último tres años, atribuimos esto a la necesidad que tienen los pacientes de sacar sus carnés del CONADIS, pues antes era mas bien una entidad ocultada por la familia.

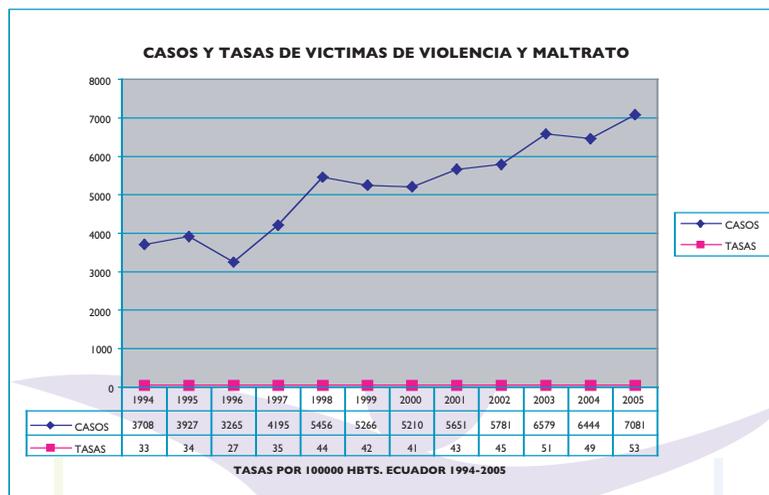
Analizaremos en forma resumida algunas de las principales enfermedades mentales en el Ecuador, para ello hemos utilizado como fuentes los datos del Epi 2 correspondientes al año 2005 y la proyección desde 1994 hasta este último año con el fin de analizar las tendencias de cada enfermedad.

| ENFERMEDAD | CASOS | TASA/100000 habt. |
|-------------------------------------|-------|-------------------|
| 1. Víctimas de Violencia y Maltrato | 7081 | 53.58 |
| 2. Depresión | 6107 | 46.21 |
| 3. Epilepsia | 3400 | 25.73 |
| 4. Alcoholismo | 3124 | 23.64 |
| 5. Intento de Suicidio | 2024 | 15.32 |
| 6. Retardo Mental | 1318 | 9.97 |
| 7. Demencias | 175 | 1.32 |
| 8. Psicosis | 172 | 1.30 |
| 9. Suicidio Consumado | 101 | 0.76 |
| 10. Farmacodependencia | 96 | 0.73 |

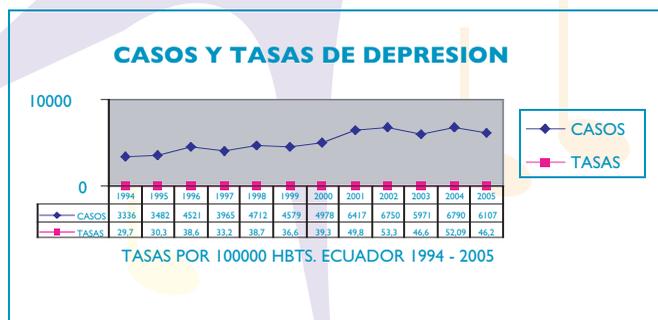
Para la Organización Mundial de la salud, Las enfermedades mentales constituyen el 20% de la carga total de enfermedad, 24 % de la prevalencia y producen el 43% de las discapacidades.

Como puede observarse en esta tabla, las víctimas de violencia y maltrato constituyen la primera demanda de atención de salud mental en las unidades del Ministerio de Salud Pública. La Depresión, que es la gran pandemia de este siglo ocupa el segundo lugar y sus tasas se acercan a 50 / 100.000 hbts., en un segundo grupo, el tercer lugar lo ocupa la epilepsia y el cuarto el alcoholismo, con tasas cercanas a los 25 / 100.000 habitantes. En un tercer grupo están el Intento de suicidio con 15,32 / 100.000 hbts. Y el Retardo Mental con 9,97 / 100.000 hbts. Las restantes enfermedades: Demencias, Psicosis, Suicidio Consumado y Farmacodependencia tienen tasas menores, cercanas a 1 / 100.000 hbts.

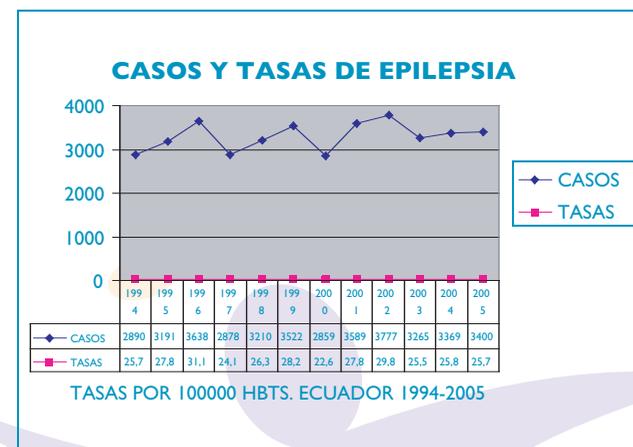
En los siguientes gráficos analizaremos las tendencias de cada una de estas enfermedades:



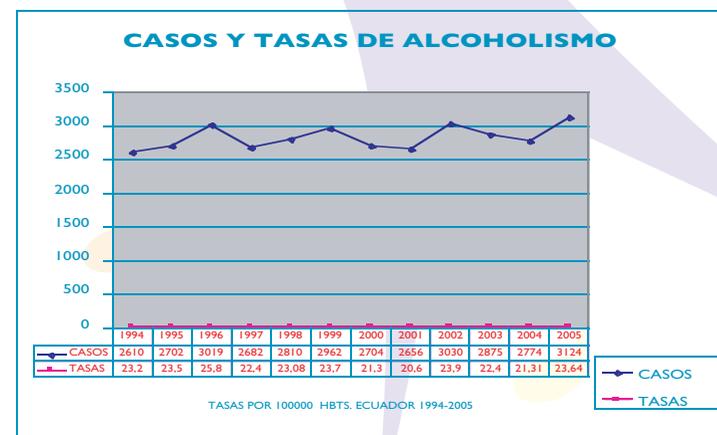
Los Casos y Tasas de Las Víctimas de violencia y maltrato muestran una clara tendencia a crecer sostenidamente desde 1994 hasta el 2005. Por lo tanto esta categoría que ni siquiera constaba en los libros clásicos de Psiquiatría deberá ser afrontada con toda la fuerza necesaria desde todos los ámbitos de la salud pública, muy especialmente desde la atención primaria.



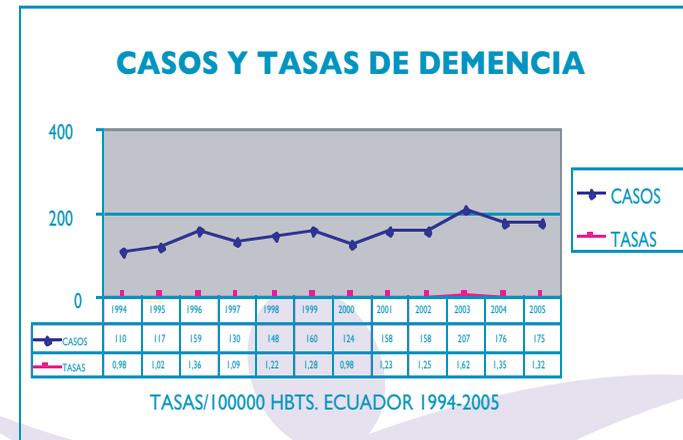
Así mismo los casos de Depresión muestran una clara tendencia ascendente desde 1994 al 2005 coincidiendo también con el ascenso de esta enfermedad a nivel mundial, que la ha convertido en la segunda causa de morbilidad.



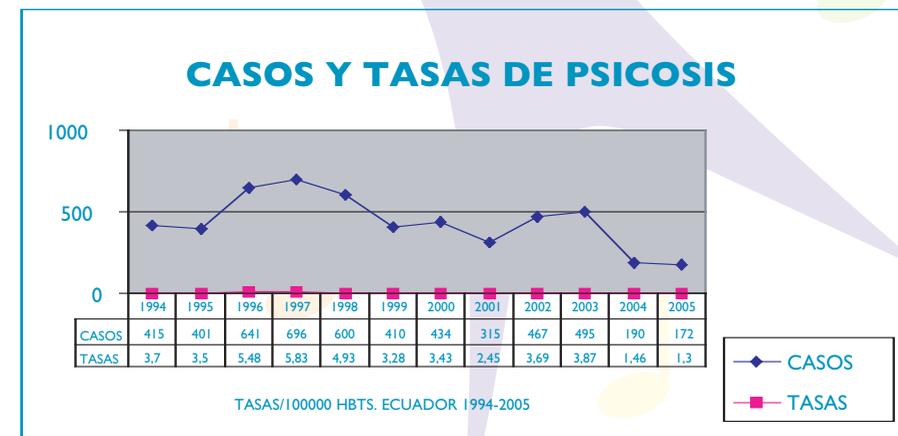
La epilepsia, aunque es una enfermedad neurológica se la ha registrado dentro de las que se reportan obligatoriamente en salud mental, en el Epi 2, como puede observarse en la curva, su tendencia es mas bien a mantenerse dentro de cierto número de casos anuales mas o menos estables.



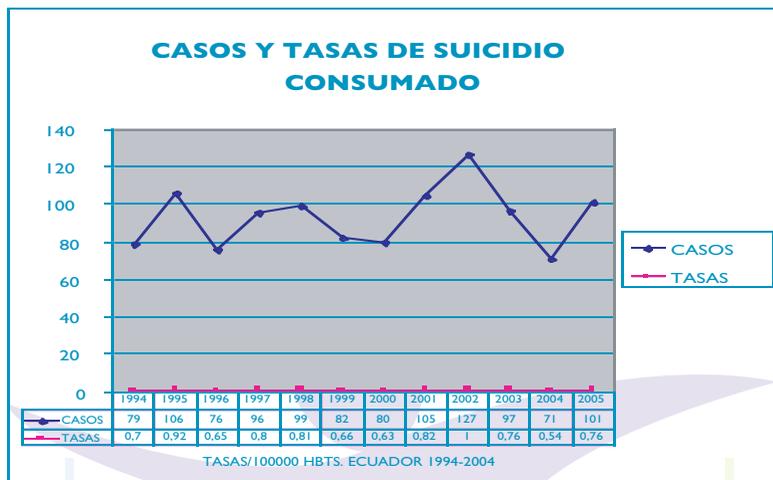
El alcoholismo tiene tendencia a aumentar como motivo de consulta, sin embargo los pacientes no consultan frecuentemente esta entidad, por esa razón estamos desarrollando el programa de detección del bebedor problema, que nos permitirá en el futuro tener una información sobre alcoholismo mas cercana a la realidad.



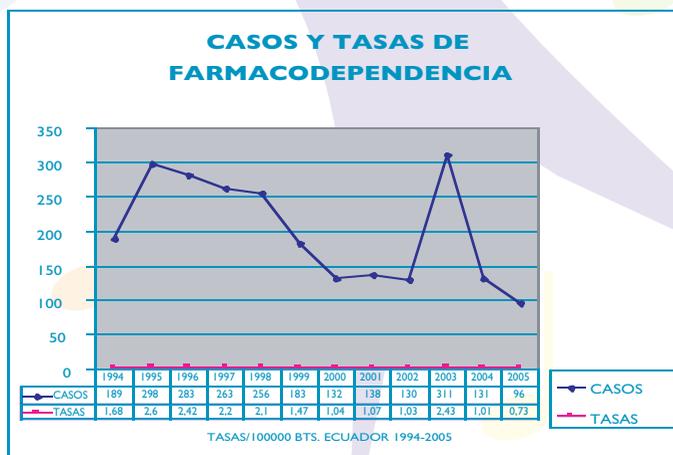
Los casos de demencia tienden a aumentar en el Ecuador debido al aumento de la población susceptible, pues el estrato de población mayor de 65 años constituye ya el 14 % de la población total.



Las psicosis son las únicas entidades que han disminuido como motivo de consulta, podemos atribuir esta disminución a que estas entidades son tratadas cada vez más en consultas privadas y sin necesidad de hospitalización gracias a la eficacia de los nuevos antipsicóticos. Pues por definición se sabe que las psicosis ingresan al menos una vez en la vida a un hospital y por lo tanto deberían ser reportadas.



Las tasas de suicidio consumado aumentan en el Ecuador, no con el ritmo de los intentos de suicidio, así mismo, como se reporta internacionalmente, son mas frecuentes en varones que en mujeres



La farmacodependencia no es un motivo frecuente de consulta en la unidades de salud del MSP, su frecuencia de consulta en general tiende mas bien a disminuir, esto posiblemente va paralelo al aumento de la oferta de servicios privados para estos casos.

EVALUACIÓN:

¿Puede usted extraer cinco conclusiones de la información epidemiológica que le presentamos en este capítulo?.



**¿QUÉ ES LA
SALUD MENTAL?
Dr. Enrique Aguilar Z.**

Tengo que ser tolerante conmigo mismo, cualquiera sea la actividad que esté desempeñando, pues las tareas difíciles y lentas pueden ponerme impaciente. Las que no me signifiquen un beneficio personal me pueden parecer inútiles. Ser tolerante consigo mismo es aprender a tolerar a los demás.

Debo conocer en forma exacta mis capacidades con el fin de emprender metas realistas, forjar mi suerte, que ella no aparezca como una lotería sino como la suma de mis esfuerzos bien planificados. A la vez aceptar con humildad mis limitaciones y vivir la vida con la suficiente dosis de buen humor que me permita, alguna vez, hasta reírme de mi mismo.

¿Qué es estar bien con los demás?

Partir de los intereses de los demás y no solo de los propios, escucharlos, compartir sus sueños y sus ideales, es la mejor forma de querer a los demás.

Mantener relaciones personales satisfactorias y duraderas, amistades que sean verdaderos apoyos y no cargas en la vida. Ser afectuoso, solidario, presto a ayudar siempre a familiares y amigos.

Confiar en los demás, la confianza básica en las otras personas es uno de los pilares de la convivencia social, sin ello seríamos una simple agregación de seres humanos que viviríamos vigilándonos atentamente. Sentir que los demás confían en uno refuerza nuestra autoconfianza y la certeza de estar relacionándose bien con los demás, de ser asertivo en nuestra vida social.

La amistad no es aprovecharse de los demás, sino darles y recibir su desinteresado apoyo, con lo cual tampoco dejamos que se aprovechen de nosotros.

¿Puede usted enfrentar las exigencias de la vida diaria?

Los problemas deben enfrentarse a medida que se presentan, los problemas pasados debemos en lo posible olvidarlos, así sólo nos quedan los actuales y los del futuro inmediato, pues los mediatos son problemas que ya tendremos tiempo para resolverlos. Es el caso de la madre que estaba preocupada por el matrimonio de su hija que solo tenía 12 años. La niña ni siquiera había pensado en eso, pero si estaba

Es todavía más difícil de definir que la salud en general, pues hay distintas escuelas psicológicas que tienen opiniones diferentes sobre este tema, sin embargo algunos autores han sintetizado los factores que son más importantes para su definición.

El autor inglés Crichtem Miller indica los siguientes parámetros para considerar a una persona mentalmente sano:

1. Querer vivir
2. Contar con una salud biológica adecuada
3. Poseer una escala de valores
4. Demostrar una independencia personal y madurez que le permita enfrentar sus conflictos internos e interpersonales
5. Desempeñar de manera adecuada sus obligaciones sociales, al punto que representen una satisfacción y no un deber
6. Adaptarse adecuadamente en su medio social con una razonable tolerancia hacia quienes lo conforman, lograr una participación enriquecedora en lo personal y no prejuiciosa en sus relaciones con los demás.

Querer vivir es la primera condición importante para una buena salud mental, una persona debe amar su vida, lo que ella le ofrece, lo que ella tiene de bello, de gratificante, incluso de creativo. Al hacer un balance entre las dificultades y lo positivo de la vida, ese resultado siempre debe ser a favor de la vida. Cualquiera que piense o intente acabar con su vida, aunque no tenga una enfermedad mental fácilmente identificable, no está mentalmente sano.

El Contar con una salud biológica adecuada es siempre una base importante para una mente sana, pues las preocupaciones que se generan en un cuerpo enfermo pueden llegar a sobrepasar la capacidad del individuo para controlarlas, hacerse invasivas y por lo tanto patológicas. Sin embargo cuerpos muy afectados como aquellos que tienen una enfermedad degenerativa del sistema nervioso, puede conservar tal nivel de optimismo y de control de su vida psíquica que causan admiración de los demás, es el caso del famoso científico Hawkins.

Quien no tiene una escala de valores no ha aprendido nunca a poner límite en su conducta ni a distinguir lo bueno de lo malo, lo importante de lo secundario, lo cualitativo de lo simplemente cuantitativo, lo pasajero de lo definitivo. Los valores que

proviene de nuestros mayores, de la religión, de la ley y las costumbres bien afincadas, permiten que su respeto proporcione mejores criterios a una persona y le permitan una integración más adecuada con los demás.

Suelo decirles a mis alumnos de la carrera de medicina que me preocupa menos que un adolescente se escape de su casa a los 14 años, a que siga viviendo con su padre hasta los 50. La independencia personal es signo de madurez, de deseo de hacer las cosas por sí mismo en la vida, de aplicar su voluntad a sus actos, de conseguir las cosas por su cuenta, es un signo inequívoco de salud mental.

Desempeñar con satisfacción sus obligaciones sociales, no pensar en ellas solo como un deber, sino como el granito de arena que aportamos a nuestra vida social, sin vanagloriarse de haberlas cumplido. Hay personas que se manifiestan como muy cumplidoras de la ley y extremadamente solidarias, pero el momento que las llama a cumplir una obligación cívica como es el participar en una mesa electoral, tratan de eludirla a toda costa.

El ser humano, por la plasticidad de su personalidad y por aplicar su inteligencia al dominio de la naturaleza, es el único ser que ha podido adaptarse y vivir en todos los medios, desde los gélidos polos hasta los más tórridos e insufribles desiertos, desde una aldea olvidada, donde difícilmente se comunicará con diez personas en una semana, hasta la comodidad de la ciudad moderna donde es imposible no comunicarse ni compartir espacios. Mientras más tolerantes seamos hacia los demás, mientras menos prejuicios tengamos, nuestra salud mental transcurrirá con mayor seguridad y placidez.

Cabe advertir que estos puntos para el establecimiento de una salud mental adecuada, no tienen que cumplirse todos a la vez, pues alguien podría pensar que sólo un superhombre podría alcanzarlos. Algunos se aplicarán en unas circunstancias y otros se reservarán para momentos difíciles o especiales. La mayoría de ellos los aprenderemos poco a poco y los iremos aplicando hasta que después formen parte de nuestra conducta habitual, sean de lo más espontáneos, al punto que ni notemos su ejercicio en la vida diaria.

De acuerdo a la OPS/OMS La Salud Mental es:

“La Condición de la vida humana que resulta de un armonioso desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que se caracteriza por una

conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio”³

Destaca en este concepto la noción de un desarrollo armónico en todas las esferas del ser humano y el logro de conductas subjetivas, es decir al interior de la psiquis; y objetivas, o sea en su comportamiento externo, en el medio familiar y social. Además la salud mental no sería un hecho estático, sino un ente dinámico que transforma positivamente al ser humano y contribuye también a los cambios que pueden darse en la comunidad.

Según la Academia Americana de Psiquiatría la salud mental es algo tan sencillo de recordar como el 1. 2. 3.

1. Estar bien consigo mismo
2. Estar bien con los demás
3. Enfrentar las exigencias de la vida diaria

¿Qué es estar bien consigo mismo?

Lo primero es querer a sí mismo, respetarse a sí mismo, como una condición básica para querer a los demás. Pero no querer con el narcisismo de quien se cree lo más alto de la creación, sino con la convicción que somos seres únicos, irrepetibles por lo tanto capaces de lograr con nuestro esfuerzo todo aquello que nos proponemos.

Disfrutar las cosas sencillas de la vida cotidiana, el despertar de cada día, el integrarse a la vida familiar cotidiana y al trabajo que nos da el sustento, la recreación y el reposo que nos permitirá asumir otro nuevo y fecundo día. Esto sin renunciar a otras metas que nos trazamos, que pueden hacernos mejorar nuestra condición y calidad de vida.

Si me quiero a mí mismo, puedo también sobrellevar mis desilusiones, ellas sirven para templar mi carácter, pues si desde niño me facilitan todo y procuran que no tenga frustraciones, no podré comparar las satisfacciones con las insatisfacciones, las ilusiones con las desilusiones, lo luminoso con lo sombrío, es decir mi vida será demasiado fácil, pero insípida, pues no tendré la fortaleza que me da el haber superado lo difícil, lo que me frustra, lo que se me opone en el camino.

3 OPS/OMS.: Erupciones Volcánicas y la Salud Mental (Borrador) Oct. 2004

angustiada por la menarquía que ya llamaba a su puerta. Aconsejamos a la madre ocuparse de la instrucción de su hija en lo relativo a la primera menstruación y dejar para unos años más tarde su preocupación por el matrimonio.

Acepte sus responsabilidades y asúmalas inmediatamente, el dejar acumularlas es uno de los más frecuentes signos de tensión. Resuelva básicamente lo presente y lo del futuro inmediato, si no afectan su vida, olvide los problemas pasados. No podemos vivir en el pasado, vivamos el aquí y el ahora, en él está lo más importante de nuestra vida, en el futuro está nuestra proyección, aquello que alcanzaremos con el esfuerzo de hoy.

El ser humano tiene una infinita capacidad de adaptación, desde el gélido polo hasta el ardiente desierto son sus hogares y en todos los lugares donde habita aplica su inteligencia para modificarlo y ponerlo a su servicio. La idea es adaptarse y modificar el medio ambiente pero sin destruirlo, sino aportando en lo posible para que cualquier modificación lo mejore y permita disfrutar de él a todos.

Haga siempre planes hacia el futuro inmediato, planifique con menos rigidez el futuro mediato, siempre sin sentir temor hacia el futuro, sino conservando la esperanza, es el sentimiento que nos da mayor seguridad de que el futuro realmente existe y que nos traerá mejores días.

Acepte con agrado las nuevas experiencias que se le presentan, de esas experiencias pueden nacer nuevas esperanzas, nuevas ideas, nuevas formas de trabajo y de vida, solamente hágalo con una precaución, fíjese metas realistas en relación a esas nuevas experiencias, así los logros serán tangibles y la satisfacción de sus anhelos será plena.



DEPRESIÓN
Dr. Nelson Samaniego S.

Por las cifras anotadas se puede concluir que la Depresión debe ser atendida por el médico de Medicina General, así como atienden otras patologías como la hipertensión, diabetes, problemas bronquiales, etc.

DIFERENCIAS SEGÚN EL SEXO:

Esta comprobado que tanto las depresiones menores como la UNIPOLARES, una relación de 2 / 1 de mujeres sobre hombres. En relación a las Depresiones bipolares (maníaco - depresivos) la relación es semejante.

La diferencia puede explicarse por varias razones:

1. A niveles de stress similares las mujeres están más vulnerables.
2. X razones socioculturales, las mujeres están más predisuestas.
3. Los hombres pueden llegar a tender manifestar depresión por alcoholismo “acting out” agresividad.
4. Hay evidencia de que cambios neuroendócrinos como los que ocurren en el embarazo, parto, post – parto y menstruación, etc., predisponen a la enfermedad depresiva.
5. El rol social impuesto a las mujeres; ha determinado altos niveles de pasividad y dependencia, aspecto que ha provocado una gran susceptibilidad a sufrir Depresión.

DIFERENCIAS SEGÚN LA EDAD

Los estudios hablan de que las DEPRESIONES MENORES, son más frecuentes en jóvenes adultos (18 a 40 años), principalmente en mujeres mientras que los hombres tenderían en edades más avanzadas.

Las Depresiones Unipolares suelen aparecer hacia la 2da. Mitad de los 30 y las bipolares; sobre los 20 a 25 años.

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad DEPRESIVA, puede afectar a cualquier persona, en cualquier edad, de cualquier raza, o cualquier religión, así, los trastornos depresivos se convierten en una patología de relevante importancia en la práctica médica diaria. Su incidencia tiende a aumentar tal como lo demuestran los estudios epidemiológicos efectuados en diversos países. Una mayor incidencia de trastornos depresivos, especialmente los de origen social o ambiental se han correlacionado con la creciente tecnificación de la vida moderna y los aspectos negativos de la excesiva urbanización.

Esta realidad se traduce en la práctica en un aumento considerable del número de pacientes deprimidos que acuden a la consulta. Como el cuadro clínico se presenta de formas muy distintas, el DIAGNÓSTICO de ESTADO DEPRESIVO presenta dificultades. A veces las causas son “ATÍPICAS”, sin presentar los síntomas clásicos de la Depresión, en su lugar, muestran en primer plano una sintomatología preponderante somática, lo cual vuelve difícil su diagnóstico.

El abordaje TERAPEÚTICO de los estados depresivos, incluye medidas farmacológicas y psicoterapéuticas.

Desde el punto de vista FARMACOLÓGICO, es importante tomar en cuenta que no todos los trastornos depresivos responden de igual forma a los fármacos antidepressivos que disponemos. Estos fármacos presentan diferencias respecto a dosis, efectos secundarios interacciones medicamentosas, que ameritan un conocimiento apropiado para su correcto manejo.

Psicoterapeuticamente, el clínico debe conocer bien las medidas sociales – ambientales – etc., que a de tomarse en cuenta. En la imposibilidad de ejecutarlas, por lo menos el clínico debe conocer una serie de normas elementales para apoyar psicológicamente al paciente e informar y orientar debidamente a sus familiares. Solamente un abordaje terapéutico farmacológico, psicoterapéutico familiar y social posibilitará conseguir un buen resultado terapéutico deseado.

I. HISTORIA:

La Depresión es un trastorno de los afectos, que se la conoce con Hipócrates (460 – 357 a.c.), quien la describe como una enfermedad de causa natural. Las emociones se basaban en el equilibrio de los cuatro humores básicos, la melancolía indicaba un aumento de la bilis negra y se la descubría como una aversión a la comida, desaliento, somnolencia, irritabilidad e inquietud. Se la reconoció asociada a la ansiedad. Aretteo de Capadocia (150 d.c.) es el primero que anotó la conexión con la Manía. Falret (1794 – 1826) y Kahlbaun (1822) observaron el carácter cíclico de estas entidades, acuñaron el término CICLOTIMIA. Emil Kraepelin (1856 – 1926), descubrió la manía – la melancolía – la depresión recurrente y las variaciones leves del afecto y propuso el nombre de enfermedad maniaco depresiva.

- ✓ Sigmund Freud (1856 – 1939), aportó en el sentido que unas Depresiones eran de origen psicógeno u otras biológicas.
- ✓ Adolfo Meyer (1866 – 1950). Adoptó el término Depresión en vez de Melancolía.
- ✓ Aaron Beck (1967), trabaja en el modelo cognoscitivo de la Depresión
- ✓ J. Schildkraut, W. Bunney, J. Davis, A. Prauge y otros (mediados siglo XX) describen el papel de las aminas biógenas en los trastornos del afecto.
- ✓ A. Coppen, P. Whybrow, R. Port y otros (segunda mitad del siglo XX) trabajan en el papel de la Neurofisiología en los trastornos del ánimo.
- ✓ Siglo XXI – numerosos investigadores en el todo el mundo, aportan conocimientos al rededor de aspectos genéticos, biológicos, farmacológicos, psiquiátricos y psicosociales de estos trastornos.

2. ¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

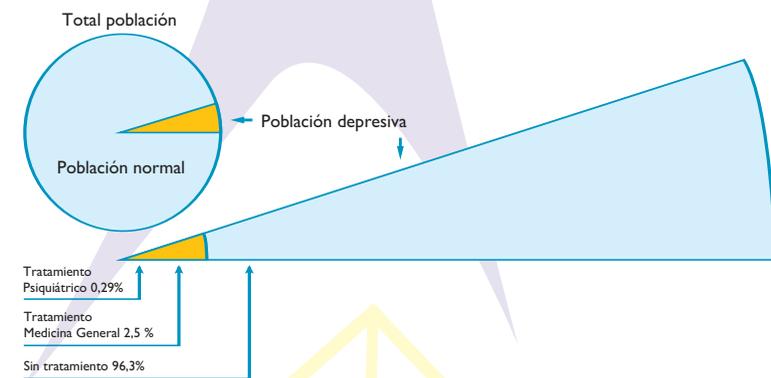
Lope de Vega que sufrió depresiones al respecto de nuestra interrogante contestó: “si me preguntaren a mi mismo que mal tengo no sabría responderme, por mucho tiempo que lo pensase” y todos los pacientes depresivos dicen: “no me gusta como me siento. No veo como continuar. No quiero hacer nada. Estoy tan deprimido”. Son pensamientos muy reconocibles, que vuelven una y otra vez y van acompañados de una baja en el estado de ánimo. Cuando esta baja del estado de ánimo dura mucho (continuamente por varias semanas) es llamado DEPRESIÓN. Los síntomas como insomnio e irritabilidad son los primeros en manifestarse. Luego ocurren otros síntomas como la pérdida de interés en la gente las cosas, nada le complace. Puede

presentar pérdida de apetito y peso. El estado deprimido lo sentirá más por las mañanas que el resto del día. Dormirá mal, se despertará horas antes, se sentirá cansado durante el día y muy intranquilo.

3. DEPRESIÓN: FENÓMENO UNIVERSAL

La depresión es una entidad clínica muy frecuente. Se calcula que un 3 – 5% de la población la presentan. De ser así 120 – 150 millones de personas sufren este padecimiento. Desde el punto de vista médico, se ha de diferenciar la depresión de las sensación de INFELICIDAD, ABATIMIENTO, DESMORALIZACIÓN e incluso DESÁNIMO que se presentan en el transcurso de la vida de los individuos y que pertenecen a reacciones vivenciales normales.

Parece real que no todas las depresiones son tratadas; ni siquiera por el médico. Hasta hace 2 décadas se afirmaba que solo el 1.5% de las Depresiones llegan al médico – de Medicina General y únicamente el 0.2% al Psiquiatra, posiblemente esto se da por que ni el paciente ni la familia, ni el entorno relacionan la Depresión como un hecho patológico o una ENFERMEDAD. Esto es un error, ya que hoy puede afirmarse que la depresión es una enfermedad real, con etiologías cada vez más contrastadas y conocidas y que se tratan de alternativas que mejoran y remitan con tratamientos biológicos.



Entre los pacientes que acuden al médico de MEDICINA GENERAL, se calcula que el 10 – 20% sufren trastornos depresivos primariamente y algunos autores llegan a citar cifras del 40 – 50%. De los pacientes que concurren al Psiquiatra, se calcula de un 50 – 60% de pacientes deprimidos.

Cuando las oscilaciones no revisten mayor severidad, se habla de **CARÁCTER CICLOTÍMICO** o **PERSONALIDAD CICLOTÍMICA**.

DEPRESIONES SECUNDARIAS

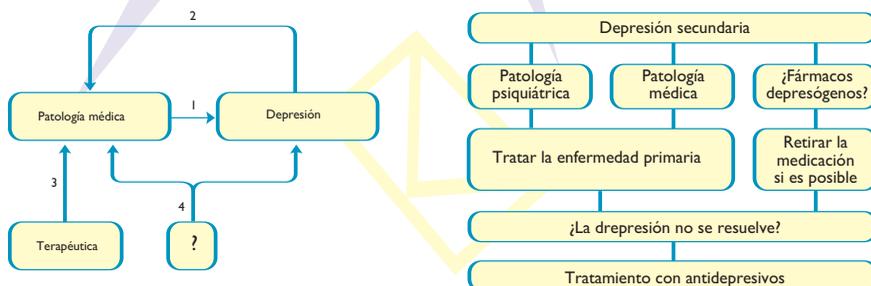
Son las que están ligadas a otra psicopatología evidente o a una patología médica demostrable, mínimamente sistematizada.

SITUACIONES A LAS QUE SE ASOCIAN

| PSICOPATOLÓGICAS | MÉDICAS |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia - Ansiedad - Alcoholismo - Otras farnacodependencias - T.O.C.; reversibles o irreversibles (apoyo de exámenes TAC – RESONANCIA – PSICOMÉTRICOS – EEG – RX – etc.) | <ul style="list-style-type: none"> - Uso fármacos depresógenos - Enfermedades sistémicas y consuntivas - Enfermedades Endócrinas - Enfermedades Neurológicas - Enfermedad CARDÍACA - Enfermedades Gástricas - Enfermedades Reumatológicas - Estado preneoplásicos |

Importantísimo realizar el diagnóstico diferencial entre una depresión primaria y secundaria

La relación depresión / patología médica puede resumirse así: “Arbol de Decisión” ante una depresión secundaria a una patología médica:



OTRAS DIFERENCIAS

| Estado Civil | Clase Social | Medio ambiente | Religión |
|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Menor frecuencia en CASADOS relaciones emocionales estables • Para las bipolares no parece haber relación | <ul style="list-style-type: none"> • El soporte social es buen factor de estabilidad • Aparece con más frecuencia en las clases sociales bajas, con menor educación y que desempeñan trabajos menos calificados • Hay ligero predominio de depresiones bipolares en clases sociales altas | <ul style="list-style-type: none"> • Parece ser que hay mayor incidencia de depresiones menores y unipolares en las zonas Urbanas • Depresión bipolar la relación 1 / 1 | <ul style="list-style-type: none"> • No se ha delimitado exactamente el papel que juega la religión en la incidencia de las depresiones. Parece que religiones muy estrictas tienen que ver con las bipolares. |

El fenómeno depresivo, en los momentos actuales es alarmante, lo importante es saber delimitarlo, sensibilizarse ante su presencia, disponer de conocimientos lo más claros posibles para su abordaje terapéutico.

4. CLASIFICACIÓN DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS

El fenómeno depresivo ha sido ampliamente estudiado, especialmente en la última década. En los libros relacionados con la materia se encuentran múltiples clasificaciones clínicas, lo que lleva al no especialista a cierta confusión.

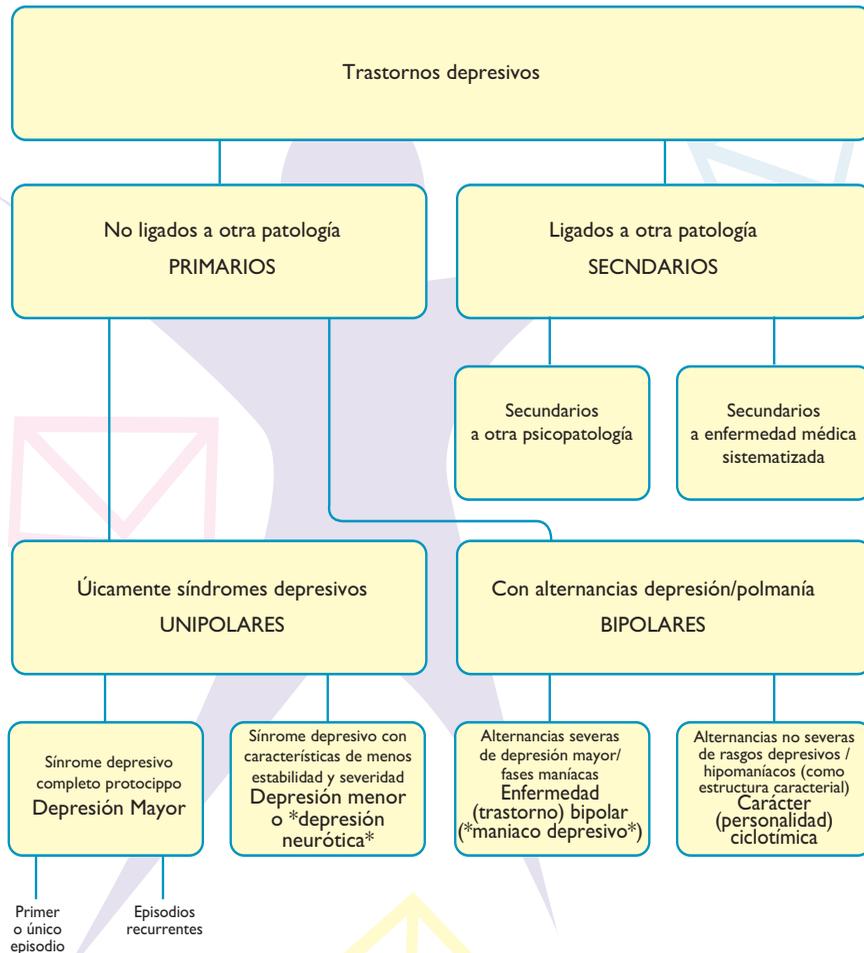
5. CLASIFICACIÓN CLÁSICA

Es una clasificación etiológica.

- ✓ **DEPRESIONES ENDÓGENAS:** son depresiones relacionadas con el propio psiquismo del paciente. Causas por lo tanto no bien conocidas. Supuestamente ligadas a factores biológicos (genéticos – orgánicos).
- ✓ **DEPRESIONES SOMATÓGENAS:** originadas por causas orgánicas, somáticas, demostrables.

- ✓ **DEPRESIONES PSICÓGENAS:** originadas por causas psíquicas, ambientales, estresantes con contaminación social.

5.2 CLASIFICACIÓN ACTUAL



Es preferible utilizar la clasificación que a continuación señalamos, en la que se hace más hincapié en el SINDROME DEPRESIVO, relacionado o no a otras entidades y en presencia o ausencia de determinados requisitos mínimos (signos – síntomas – severidad – tiempo de evolución).

Qué características semiológicas las diferencian entre ellas:

DEPRESIONES PRIMARIAS

Son depresiones que no están relacionadas con ninguna otra patología médica o psicológica o que tiene antecedentes de trastornos afectivos.

DEPRESIONES UNIPOLARES Y BIPOLARES

Las D. Unipolares, presentan la propia sintomatología depresiva, denominadas monopulares.

Las D. Bipolares, aquellas que cursan con alternancias de estados afectivos opuestos maníacos – hipomaniacos.

DEPRESIONES MAYORES Y MENORES

D. MAYORES: es el prototipo del síndrome depresivo en el que se acumulan mínimas características de severidad – sintomatología clínica y tiempo de evolución. Puede presentarse ante el médico general como único episodio recurrente.

D. MENORES: aquellas que no presentan un patrón semiológico tan completo, que se alargan en el tiempo de forma excesiva, confundiendo ocasionalmente con rasgos de personalidad del sujeto, situaciones conflictivas personales o ambientales. Esto es lo que se solía llamar DEPRESIONES NEURÓTICAS o a lo que la Clasificación Americana (OSM IV – TR) llama trastorno Sísmico.

ENFERMEDAD BIPOLAR MIXTA

Es la clásica enfermedad maníaco – depresiva. El paciente alterna fases DEPRESIVAS (En la que se cumplen todos los requisitos de la Depresión Mayor) con fases MANÍACAS (en las que se da una situación de euforia, excitación, hiperactividad, etc.), la duración de estas fases varía entre los individuos, dándose la posibilidad de que existan intervalos libres de síntomas; o bien que se pase de una fase a otra rápidamente, en cuyo caso se habla de “CICLADORES RÁPIDOS”.

parece tener papel preponderante las CONDUCTAS APRENDIDAS. Analicemos estas variables:

7.1.3 EL DEPRESIVO CONSTITUCIONAL

Se presenta reservado, pesimista, prácticamente influenciado por las adversidades, ordenado y metódico, tendencia a desenvolverse dentro de un ambiente social limitado y a controlar lo que ocurre a su alrededor. También son personas con estricta moral y gran sentido del deber y servicio.

7.1.4 EL HIPOMANIACO CONSTITUCIONAL

Se presenta activo, vivaz, sociable y con energía, en ocasiones superficial, abandonaría los proyectos que inicia entusiastamente. Relaciones sociales amplias, las mismas que las consideran necesarias. Tiende a definir formas bipolares, pero también pueden presentar depresiones unipolares.

7.1.5 EL CICLOTÍMICO CONSTITUCIONAL

Mezcla de las dos anteriores, las fases alternan en el tiempo sin que en ninguna de ellas se presenta una sintomatología mayor que llegue a afectar y limitar al sujeto. Puede ocurrir que un sujeto no revele ninguna de las personalidades anunciadas pero que en cambio venga sufriendo de una **ANSIEDAD CRÓNICA**, crisis de pánico o fobias, sujeto agotado ha desarrollado una **DEPRESIÓN** y esto ya constituye un **TRANSTORNO AFECTIVO** que mejora con antidepresivos.

7.2 SEMIOLOGÍA

Los síntomas depresivos se instalan lenta e insidiosamente, el paciente presenta: **ligerapatía, *descenso de su rendimiento habitual, *pérdida de apetito, *insomnio o *hipersomnía*, manifestaciones que no siempre son consideradas importantes por el propio paciente y sus familiares, por lo que no acuden al médico al considerar que solamente es una mala "racha". Otros acuden, sometidos a exámenes variados sin encontrar daño orgánico alguno y son tratados con polivitamínicos "reforzantes". En el mejor de los casos se les aconseja VACACIONES, y ningún tratamiento antidepresivo. Al cabo de pocos días o semanas puede aparecer el cuadro clínico cada vez más incapacitante.

6. OTRAS CATEGORÍAS CLÍNICAS

Vamos a referirnos a los cuatro grupos de categorías clínicas más utilizadas en la práctica médica diaria y en el lenguaje habitual del médico. Conoceremos el significado estricto de cada una de ellas. Lo que caracteriza a todas estas categorías es que, en la actualidad, se utilizan meramente como ADJETIVOS que podrían sumarse teóricamente a cada una de las anteriores entidades descritas en la clasificación actual.

Estas categorías son:

6.1 DEPRESIÓN REACTIVA:

Al hablar de Depresiones reactivas, utilizamos un criterio estrictamente CIRCUNSTANCIAL. Una depresión reactiva es cuando el clínico puede objetivar variables ambientales, personales, psicológicas, etc., que aparentemente DESENCADENAN el cuadro clínico. Lo preocupante, es que, el criterio de reactividad no dice nada acerca de la severidad y la estructura semiológica. Hoy en día, se puede constatar que un 50% de depresiones reactivas, revisten características de depresión mayor y que por lo tanto ameritan tratarse como tales.

6.2 DEPRESIÓN PSICÓTICA:

Se emplea este término en la actualidad para hacer constar que en el cuadro depresivo hay signos delirantes y / o alucinatorios.

El cuadro delirante tiene contenido de culpabilidad, ruina, hipocondría y las alucinaciones suelen estar relacionadas con la estructura delirante.

El tratamiento de estas depresiones psicóticas reviste cierta dificultad de respuesta al tratamiento a los antidepresivos, pues en ocasiones hay que asociar neurolepticos.

6.3 DEPRESIÓN ENDÓGENA:

Estas depresiones son originadas del propio psiquismo del individuo. La diferencia con las demás depresiones es la presencia de una AGRUPACIÓN DE FACTORES que se dan de manera unitaria.

En la actualidad depresión endógena, se utiliza como adjetivo descriptivo de la presencia en la depresión de la estructura semiológica siguiente:

- ✓ Especial cualidad de humor deprimido del sujeto, que lo percibe diferente al que experimentaría ante la muerte de un ser querido. Por ejemplo: el sujeto experimenta este humor triste como algo que va más allá de sentimientos de abatimiento más o menos reactivos.
- ✓ La depresión es regularmente por la mañana.
- ✓ Presencia de despertar temprano (1 – 2 horas antes de lo normal) (llamado también insomnio secundario o terciario).
- ✓ Presencia de retardo o inhibición psicomotriz o agitación psicomotriz.
- ✓ Anorexia – pérdida de peso.
- ✓ Inapropiados o excesivos sentimientos de culpa.

6.3 DEPRESIÓN INVOLUTIVA o MELANCOLÍA INVOLUTIVA:

Son depresiones que aparecen en la involución de los individuos, sin antecedentes depresivos o afectivos anteriores, con marcada presencia de rasgos hipocondríacos y muy refractarios al tratamiento. Según estudios, se ha podido demostrar que no tiene ninguna diferencia con el resto de depresiones.

TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA PRÁCTICA DIARIA

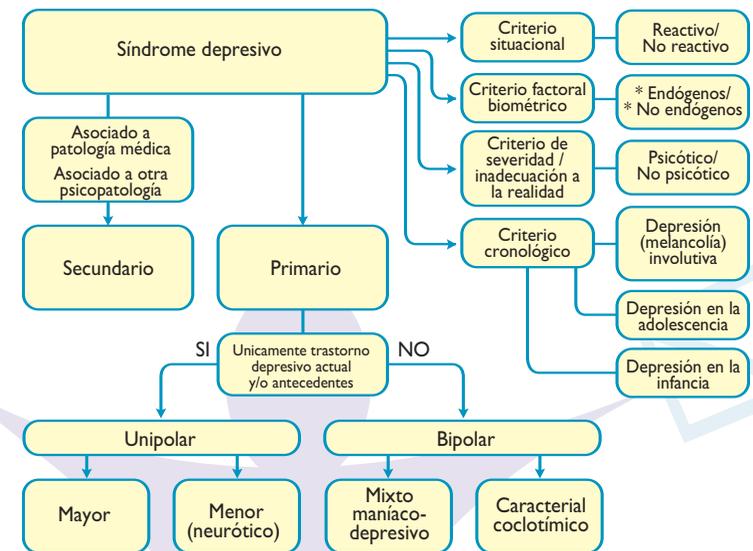
7. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Los pilares clásicos del diagnóstico de la Depresión siguen siendo la anamnesis y la semiológica. El médico debe ser cauto, investigar fechas, antecedentes, ritmos diarios, sentimientos, humor etc., para poder llegar a un diagnóstico definitivo. Como apoyo, el empleo de escalas (Hamilton, Beck, Zung, etc.) pueden ser útiles para confirmar el diagnóstico.

7.1 ANAMNESIS

7.1.1 ANTECEDENTES FAMILIARES

De preferencia, buscaremos antecedentes de depresivos mayores (unipolares o bipolares) en familiares de primer grado (padres-hermanos-hijos), si tomamos en cuenta que los trastornos afectivos endógenos tienen una incidencia del 15-20%, en los familiares de 1er. Grado. Unos abogan por una **TRASMISIÓN GENÉTICA**; otros tratan de explicar como una reproducción de los **MODELOS FAMILIARES**.



La teoría genética de la depresión se basa en los estudios realizados en gemelos monocigotos - dicigotos y adoptados, sobretudo en relación con las depresiones unipolares y bipolares. Entre gemelos monocigotos aparece una concordancia del 70% mientras que en los dicigotos la concordancia es de 15-20%. Las últimas investigaciones, hablan de una transmisión dominante ligada al cromosoma X y de una transmisión poligénica que diferencia dos tipos distintos de trastornos afectivos.

Hay que tener cuidado de no ser bien informado, con alguna frecuencia la patología psiquiátrica se trata de encubrir y la familia no informa fidedignamente ante esta eventualidad intente preguntar sobre antecedentes de suicidio, ingreso a Instituciones Psiquiátricas, largos períodos de estancia en cama, tristeza, euforia exagerada, etc., ello nos dará la pista a seguir.

7.1.2 ANTECEDENTES PERSONALES

Descartando otras consideraciones, vale la pena preguntar sobre rasgos de personalidad **PREMORBIDA**, por si pueda contribuir a justificar cierta predisposición a la **REACTIVIDAD DEPRESIVA**, o a una forma de comunicación más o menos constante a lo largo de la vida. En alguna depresión menor o reactivas y sobre todo en las situaciones de gran impregnación cultural (reacción de duelo) si

Las molestias orgánicas más comunes son: trastornos del sueño, fatigabilidad, sequedad de la boca, disfunción sexual, anorexia, estreñimiento o diarrea, meteorismo, sudoración especialmente nocturna, dolores crónicos especialmente musculares y articulares, taquicardia y sensación de angustia recordial.

La presencia de esta sintomatología puede sugerir el diagnóstico de depresiones enmascaradas, de las mismas que se calcula que un 50% se presentan bajo esta forma y que pueden confundirse con ansiedad o hipocondriasis y que de ser confrontadas terapéuticamente como tales, pueden perpetuar el cuadro depresivo.

8. CRITERIOS OPERATIVOS DE DIAGNÓSTICO

Según el DSM IV TR*, para considerar un cuadro como depresivo deben estar presentes la mayoría de síntomas y signos que se han señalado anteriormente.

A continuación se indica las características de los tres grandes grupos de entidades depresivas:

8.1 DISGNÓSTICO DE DEPRESIÓN MAYOR:

- a) Uno o más episodios de humor disfórico o falta de interés o placer por todas o casi todas la actividades usuales. El humor disfórico se caracteriza por: sentirse deprimido, melancólico, apagado, desesperado, hundido, decaído o irritable. El trastorno debe ser prominente, persistente no necesariamente predominante. No debe incluirse variaciones de humor disfórico por ejemplo ansiedad, depresión o ira, tal como se ve en los estados de agitación psicótica.
- b) Al menos cuatro de los siguientes síntomas han de estar presentes diariamente por un tiempo no menor a dos semanas: pérdida de apetito – baja de peso o lo contrario, insomnio o hipersomnia casi cada día, agitación psicomotriz o enlentecimiento, pérdida de interés por las actividades usuales, disminución en la actividad sexual., pérdida de energías, fatiga, sentimientos de indignidad, autorreproche y culpabilidad, quejas de disminución de pensar y concentración, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, intentos de autólisis.
- c) Ninguno de los siguientes síntomas dominan el cuadro antes o

+ * DSM IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. Texto Revisado.

¿Qué signos y síntomas están presentes en la DEPRESIÓN?

7.2.1 DISFORIA

Humor y estado de ánimo deprimido, a veces puro y otras veces enmarcado por manifestaciones ansiosas o equivalente somáticos. Los pacientes suelen llorar fácilmente, acompañado de un pensamiento pesimista y catastrófico. En casos graves de depresión, los pacientes manifiestan que ni siquiera pueden llorar, aunque lo desean. Hay falta de interés, de placer como antes y la pérdida de interés, abarca muchos aspectos (sociales-sexual- laboral etc.).

7.2.2 TRASTORNO DEL SUEÑO

Los deprimidos tiene dificultad de considerar el sueño, se despiertan mas temprano que de costumbre. Su sueño se ve interrumpido a las 2-4 horas de haberlo conciliado DESPERTAR PRECOZ y sufre dificultad de volver a dormirse. A veces suelen permanecer encamados sin hacer nada o sufren a contrario de HIPERSOMNIA (duerme a cualquier hora del día).

7.2.3 TRASTORNO DEL APETITO

La anorexia y la consecuente pérdida de peso, suelen estar presentes. El paciente a mas de la falta de hambre a perdida del gusto por la comida. Aunque menos frecuente puede aumentar la ingesta bulimia. La perdida o aumento del peso, son datos que evidencian el trastorno.

7.2.4 ASPECTO GENERAL

Suele presentarse preocupado, cansado, triste, ojeroso, con movimientos enlentecidos, aseo y vestuario descuidados, las mujeres se presentan sin maquillaje, peinado cuidado, esto último sospecha del diagnóstico de depresión.

7.2.5 LENGUAJE Y CURSO DEL PENSAMIENTO

Lento, cuantitativamente escaso. El curso del pensamiento da vueltas a los mismos

temas de matiz pesimista. A veces hay bloqueos del pensamiento y pérdida de objetivo o intención en el lenguaje.

7.2.6 CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

Invasión de rumiaciones pesimistas. El paciente puede sentirse inútil, pensar que sufre de enfermedades incurables y que ya la vida no será igual que antes, la muerte y el suicidio serán temas permanentes y constantes. Los sentimientos de culpa y autorreproche pueden estar presentes y adquirir un matiz delirante.

El paciente no escucha lógicas, cree que lo que vive se merece, se remonta al pretérito para buscar un error en su comportamiento que aumentara de forma patológica, hallando así su razón para expiar culpas anteriores.

Algunos pacientes se creen arruinados o que ellos y su familia morirán de hambre. Tienen bajo rendimiento laboral, culpa a su pereza y los familiares lo aprueban, también sus amigos con frases como “has de salir de este estado por ti mismo” “esto no se cura con médico ni con pastillas, solo con fuerza de voluntad”.

Estas ideas están presentes en pocos casos y si lo están ensombrecen el pronóstico.

7.2.7 ALTERACIÓN DE LA PERCEPCIÓN

Se presentan como alucinaciones auditivas en las DEPRESIONES PSICOTICAS y se manifiestan como voces que critican y reprochan la conducta actual o anterior del enfermo. Mas típicas, son las alucinaciones SOMATICAS de negaciones del propio cuerpo, sensación de estar vacíos por dentro o de que su cuerpo se esta pudriendo o esta ocupado por materiales extraños.

7.2.8 TRASTORNOS DE LA MOTRICIDAD

Puede darse inquietud o en algunos casos agitación o también inhibición y bloqueo. La inhibición es mas frecuente en la DEPRESIÓN ENDÓGENA; en casos graves puede llegarse a la postración. De paso diremos que los antidepresivos con efecto noradrenérgicos y dopaminérgicos van mejor en las depresiones con inhibición; las

que se acompañan de inquietud y agitación se benefician mejor de los antidepresivos con efecto serotoninérgico.

7.2.9 ALTERACIONES DE LA ATENCIÓN

A esta alteración se suma la falta de **CONCENTRACIÓN** lo que le dificulta su accionar personal, intelectual, social, laboral.

7.2.10 ALTERACIONES DE LA MEMORIA Y OTRAS FUNCIONES INTEGRATIVAS SUPERIORES

Se da un déficit de la memoria anterógrada de manera reversible, lo que dificulta aprender y fijar nuevos conocimientos, aspecto semiológico que hay que ponerle mucha atención sobre todo en pacientes de edad avanzada por la posibilidad de estar frente a cuadros psicoorgánicos y demenciales.

7.2.11 ALTERACIONES SEXUALES

Se produce una disminución de la libido y pérdida del interés sexual. Hay pérdida de la actividad sexual. En este período, la impotencia, la eyaculación precoz, la anorgasmia, etc., son alteraciones habituales.

7.2.12 MOLESTIAS SOMÁTICAS

A veces los pacientes deprimidos, son pacientes que viven con molestias por largos períodos de tiempo y vienen recorriendo de consultorio en consultorio, sin encontrar mejoría a sus malestares, en la mayoría de los casos estas molestias se deben a neurosis histéricas que la diagnosticaremos por los rasgos psicopatológicos de esta entidad, tales como:

- ✓ mitomanía, conducta seductora con frigidez y actitud de “bella indiferente” al manifestar sus molestias. Se caracteriza por la indiferencia totalmente inadecuada.

9.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LA PSICOSIS ESQUIZOFRENICA

En el 50% de los casos pasado el brote psicótico aparece sintomatología depresiva. No hay que confundir las astenia- pasividad en el que el síntoma no es de tristeza sino de vacuo, los pacientes se quejan de no tener ideas o no tener nada que decir.

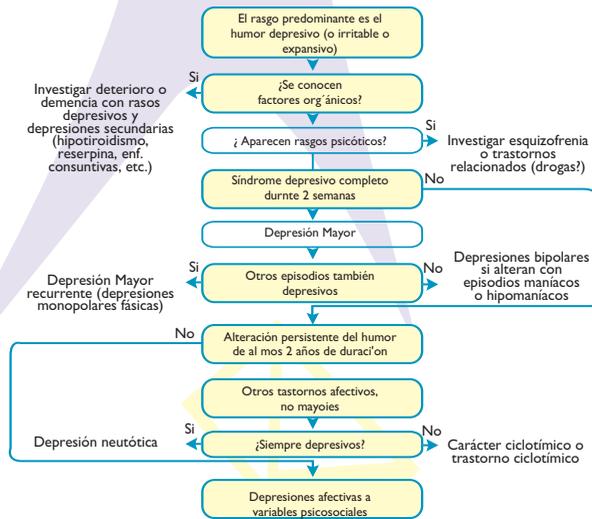
9.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON CUADROS ESQUIZOAFECTIVOS

Algunos pacientes presentan episodios intercalados de patología esquizofrénica y afectiva, en las misma que los episodios depresivos son más frecuentes.

Seguidamente esquematizamos lo que podría ser un árbol de decisión.

BORDERLINE: Personalidad limítrofe que se caracteriza por: inestabilidad del estado de ánimo, de las relaciones interpersonales y de la imagen de si mismo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON OTRA PSICOPATOLOGÍA.



* BORDELINE: Personalidad limítrofe, que se caracteriza por: inestabilidad del estado de ánimo, de las relaciones interpersonales y de la imagen de si mismo.

después de los trastornos afectivos: preocupaciones con humor incongruente, delirios o alucinaciones, conductas extrañas.

- d) El trastorno no esta sobre impuesto a esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o paranoide.
- e) El trastorno no es debido a alteración mental orgánica o “exagerada reacción de duelo”. Síntomas como acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor que persisten durante más de dos meses.

8.2 DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN MAYOR CON CARACTERÍSTICAS ENDÓGENAS

Falta de placer en casi todas las actividades – falta de reactividad a estímulos gratos y al menos tres de los siguientes síntomas:

- ✓ humor depresivo cualitativamente distinto, por ejemplo distinto a los sentimiento que hubiera tenido tras la muerte de un ser querido
- ✓ depresión empeora por la mañana
- ✓ despertar precoz matutino
- ✓ retardo psicomotor importante o agitación
- ✓ Anorexia significativa o perdida de peso
- ✓ Sentimientos de culpa excesivos o inapropiados

8.3 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN MENOR:

- a) Durante los dos últimos dos años ha sufrido casi todo el tiempo los síntomas característicos del síndrome depresivo, pero estos no han tenido suficiente severidad y duración para ser catalogados como depresión mayor.
- b) Las manifestaciones depresivas pueden ser relativamente persistentes o estar separadas por períodos de humor normal que varían entre posos días o pocas semanas, pero que no exceden a pocos meses.
- c) Durante los períodos depresivos será prominente el humor depresivo (decaído, triste, hundido, etc.) o la falta de interés o placer, en casi todas las actividades habituales.

- d) Durante el episodio depresivo al menos tres de los siguientes síntomas han de estar presentes: Insomnio o Hipersomnia, falta de energía o decaimiento crónico, sentimientos de autodesprecio, disminución de las actividades y productividad, disminución de la atención, aislamiento social, falta de interés por actividades gratas, irritabilidad o enfados excesivos, incapacidad de responder placidamente a las alabanzas o recompensas, actitud pesimista, gritos o sollozos, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
- e) Ausencia de delirios, alucinaciones, incoherencias en la asociación.
- f) El trastorno está sobre añadido a una alteración mental pre existente como trastorno obsesivo – compulsivo o dependencia alcohólica, el humor depresivo por su intensidad o repercusión puede claramente distinguirse del humor individual habitual.

9. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ha de hacerse con:

- ✓ Ansiedad y sus estados clínicos
- ✓ Otros trastornos neuróticos
- ✓ Con cuadros esquizoafectivos

La depresión como síndrome puede asociarse, enmascarse o enmascarar otras situaciones médicas y psicopatológicas

9.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LA ANSIEDAD Y SUS ESTADOS CLÍNICOS

En la siguiente figura se muestran las claves resolutivas del problema, con la circunstancia que a veces pueden darse cuadros mixtos (depresión - ansiedad).

En muchas ocasiones la ansiedad no se presenta en forma pura, puede además presentarse sintomatología depresiva, sobretodo si la ansiedad viene desarrollándose desde hace tiempo.

Por otro lado el fármaco - diagnostico ha demostrado que la ansiedad fóbica, sobretodo la agorafobia* con crisis de ansiedad, mejora con tratamientos

Claves de diagnóstico diferencial

| Ansiedad | Depresión |
|--|--|
| Crisis de ansiedad (<panic attacks>). Ansiedad situacional. | Crisis de ansiedad (<panic attacks>). Ansiedad situacional. |
| Antecedentes infantiles y adolescentes de <neurotismo> (conflictividad persona, desadaptaciones) o rasgos de personalidad neurótica. | Antecedentes infantiles y adolescentes de <neurotismo> (conflictividad persona, desadaptaciones) o rasgos de personalidad neurótica. |
| Facilidad de respuesta fisiológica periférica (vegetativa). | Facilidad de respuesta fisiológica periférica (vegetativa). |
| Agorafobias (otras fobias...) Comienzo antes de los 30 años Dificultad para conciliar el sueño (Insomnio Primario) | Agorafobias (otras fobias...) Comienzo antes de los 30 años Dificultad para conciliar el sueño (Insomnio Primario) |
| Contenidos del sueño <angustiosos>, <complicados>. | Contenidos del sueño <angustiosos>, <complicados>. |
| Carácter más permanente o crítico de sintomatología. | Carácter más permanente o crítico de sintomatología. |
| Peor pronóstico largo plazo. Mayor refratariedad. | Peor pronóstico largo plazo. Mayor refratariedad. |
| Vivencias de incertidumbre. Proyección hacia el futuro | Vivencias de incertidumbre. Proyección hacia el futuro |

antidepresivos, posiblemente por que provienen de las crisis de pánico.

El diagnóstico diferencial con los cuadros depresivos los realizamos cuando en el paciente predomina como rasgo principal la ansiedad irracional o las conductas de evitación, apareciendo insomnio o dificultades para conciliar el sueño, empeoramiento vespertino y los llamados equivalentes somáticos como: palpitaciones, disnea, polaquiuria, sudoración, cambios en la temperatura corporal.

En la ansiedad fóbica el miedo irracional, las conductas de evitación, la reducción progresiva de actividades hasta tal punto de no llegar a salir del domicilio, nos darán el diagnóstico.

9.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON OTROS TRASTORNOS NEURÓTICOS

Los trastornos obsesivos – compulsivos, algunos trastornos histéricos y los trastornos “borderline”*, también pueden presentar al cabo del tiempo patología depresiva, determinada por agotamiento del individuo al ver que su dolencia sigue igual.

* AGAROFobia: Temor a los espacios abiertos.

3. La tercera etapa, se caracteriza por el advenimiento de los nuevos antidepresivos **TETRACLÍCLICOS** (no tricíclicos – no IMAOS) con efectos secundarios menores. Destacó dos: NOMIFENSIN y la ZIMELADINA, el primero por su seguridad en el manejo de la depresión en cardiopatas y en pacientes con antecedentes compulsivos, y el SEGUNDO por tener escasa reacción anticolinérgica y sobretodo, su potente inhibidor de la recaptación de la SEROTONINA.

4. La cuarta etapa se refiere a los **INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN DE LA SEROTONINA**, que en la actualidad son los más ampliamente prescritos en el mundo.

El grupo de ISRS está formado básicamente por 5 fármacos que difieren entre sí por su estructura química, sus propiedades farmacológicas secundarias y su farmacocinética.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE LAS SEROTONINA (ISRS)

| FARMACOS | DOSIS PROMEDIO |
|-------------|-----------------|
| Fluoxetina | 20 – 80mg/día |
| Sertralina | 50 – 200mg/día |
| Paroxetina | 20 – 80mg/día |
| Fluvoxamina | 100 - 200mg/día |
| Citalopran | 20 – 80mg/día |

Estos fármacos han transformado radicalmente el tratamiento antidepresivo por sus ventajas superiores en seguridad y tolerancia.

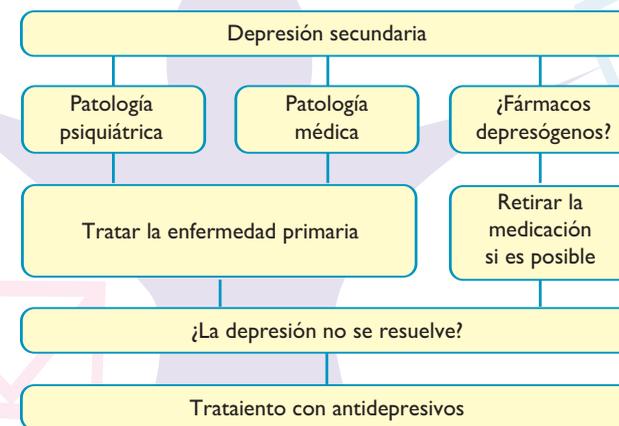
Su sobredosificación no se acompaña de un desenlace mortal, no causan toxicidad cardiaca, ni tienen efectos colinérgicos molestos, lo que permite tratamientos a largo plazo para prevenir las recaídas y un amplio uso en otras patologías como ANSIEDAD, TOC, Trastornos de Pánico y de Alimentación.

Por las consideraciones preseñaladas antes de decidir el tratamiento y elegir el antidepresivo, el Médico debe tomar en cuenta lo siguiente:

1. Debe descartar patologías somáticas (hiper o hipo tiroidismo).
2. Debe descartar el consumo de drogas (alcohol, corticoides, antihipertensivos).

Lo prioritario en este caso será:

- ✓ Descartar y eliminar factores orgánicos como: patología crónica, neoplasias, enfermedad respiratoria - enfermedades neurológicas; enfermedad de Parkinson, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, enfermedad de Addison, enfermedades metabólicas; Neoplasias intracraneales, de páncreas, y fármacos que pueden inducir a procesos depresivos: Hipotensores, Corticoesteroides, Contraceptivos orales, Barbitúricos.



- ✓ Comprobar si la depresión enmascara otra psicopatología (esquizofrenia, drogas psicotrópicas).
- ✓ Comprobar si el cuadro clínico cumple o no con los requisitos de **DEPRESIÓN MAYOR o DEPRESIÓN MENOR**.
- ✓ Valorar los posibles factores estresantes ambientales, personales, familiares, y psicosociales, y aunque estén presentes, no descartar por ello **DEPRESIÓN MAYOR** e incluso **ENDÓGENA**.
- ✓ Valorar la ansiedad presente y ante la duda, sujetos mayores de 30 años, tratar el cuadro como prioritariamente depresivo.

10. ABORDAJE TERAPÉUTICO

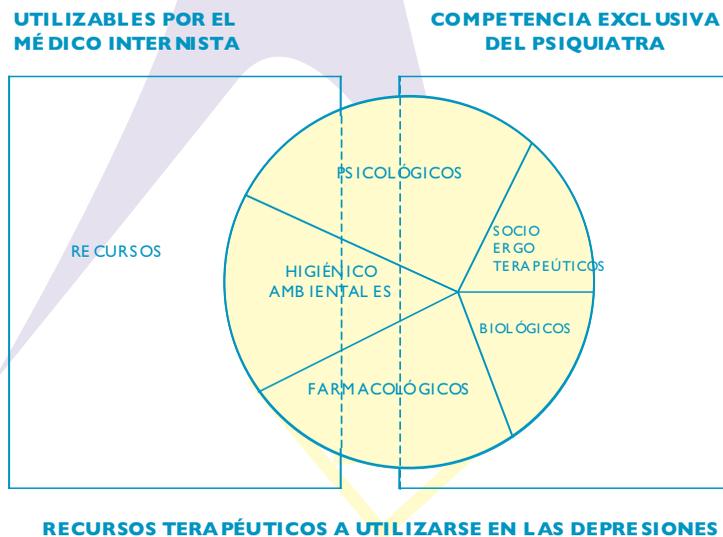
La depresión es una patología Anímica, **CLÍNICAMENTE DETECTABLE**, diferente del abatimiento, la tristeza normal, o las reacciones de duelo. Esta diferencia supone la presencia de:

- ✓ Un patrón de **SINTOMATOLOGÍA RELATIVAMENTE ESTABLE** que puede ser identificado siguiendo los criterios que se señala en el numeral 5 del presente trabajo.
- ✓ Dependiente de las **ALTERACIONES FUNCIONALES** primordialmente ligadas al **SISTEMA LÍMBICO**.
- ✓ Mediatizadas por las **DISTORSIONES DE LA NEUROTRANSMISIÓN**.

Para el abordaje integral de las depresiones, cave movilizar distintos tipos de recursos:

Los psicológicos, los higiénicos-ambientales, los farmacológicos, los llamados biológicos y los socio y ergoterapéuticos.

Entres los medios psicológicos a emplear hay que distinguir aquellos que han de ser empleados por el médico general y los que corresponden al psiquiatra. Invito a atender el gráfico 10.



CONSIDERACIONES GENERALES: Al momento, se dispone de más de dos docenas de fármacos antidepresivos, que actúan a través de 6 mecanismos farmacológicos SOBRE TRES SISTEMAS NEUROTRANSMISORES CLAVE. Los antidepresivos están entre los fármacos más prescritos en todo el mundo, y, aunque son piezas claves del arsenal terapéutico del psiquiatra, bastante más de la mitad de las prescripciones de antidepresivos SE DEBE A MÉDICOS NO PSIQUIATRAS, por lo que esta clase de fármacos goza de un amplio interés por parte de todas las especialidades médicas.

Históricamente, hasta hace 50 años, los únicos tratamientos efectivos para tratar las depresiones eran el choque insulínico hoy abandonado, y el electrochoque, aún vigente. Esto se debió al descubrimiento de drogas eficaces, hoy utilizadas por su respuesta terapéutica maravillosa; a tal punto que hoy el tratamiento antidepresivo, dentro de la farmacología clínica es el más eficaz y seguro. Esta eficacia se muestra no solamente en las depresiones primarias, sino también en las secundarias a otra farmacología médica o psiquiátrica, y aún más, son extremadamente útiles cuando se emplean conjuntamente con el corrector orgánico correspondiente y sobre todo cuando prescindiendo de la etiología médica, constituyen un cuadro de depresión Mayor de características endógenas.

También responden al tratamiento las llamadas Depresiones Enmarcadas en las que predomina un sintomatología física y que el paciente la viene padeciendo por años. (Cefaleas-sensaciones de mareo – algias trastornos digestivos, etc).

Las depresiones menores parecen responder peor a los antidepresivos, pero junto a la psicoterapia, responden bastante bien.

La historia de los antidepresivos puede resumirse en 4 etapas:

1. La etapa de los derivados de **ISONIAZIDA**, la **IPRONIAZIDA**, como fuente inhibidora de la monoaminoxidasa (MAO).
2. La etapa de la **AMIPRAMINA**, que nació como antipsicótico pero con efectos antidepresivos superiores a los IMAOS, efectos secundarios menores, entusiasmo a la psicofarmacología la elaboración de nuevos componentes tricíclicos, con una extraordinaria disminución del efecto sobre todo anticolinérgicos: clomipramina, IMIPRAMINA, AMITRIPTILINA, nortriptilina, Protilina, Maprotilina, Amoxaprina, Doxepina, Desipramina, Trimipramina.

PRONÓSTICO:

Los trastornos del afecto tienen buen pronóstico siempre y cuando se realice un adecuado tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico, dada la gran efectividad de estas dos intervenciones.

CASOS ILUSTRATIVOS Y AUTOEVALUACIÓN

CASO No. 1:

Varón de 25 años de edad, soltero.

Consulta porque desde hace dos meses se encuentra **DESMOTIVADO**, especialmente en el trabajo y ha perdido progresivamente el interés por la mayoría de sus actividades. Trabaja como diseñador de programas informáticos para una empresa de telecomunicaciones. Además de “sentirse apático se encuentra cada vez más **DIFÍCIL AFRONTAR ALGUNAS EXIGENCIAS LABORALES, COMO EXPLICAR LOS NUEVOS DISEÑOS A CLIENTES DE LA EMPRESA.**

Con anterioridad no realizaba esta labor, limitándose al desarrollo de nuevos programas, siendo otros compañeros quienes exponían los diseños a los clientes.

Refiere sentirse muy nervioso en estas situaciones y se ruboriza con frecuencia ante cualquier comentario. **TIENE MIEDO A HACER EL RIDÍCULO** y reconoce que esto le ha ocurrido siempre ante determinadas situaciones, por lo que ha procurado evitar/as: “no me gusta ir a fiestas o salir a restaurantes, suelo poner alguna excusa y si tengo que hacerlo, lo paso realmente mal”. “Creo que no sirvo para lo que me piden ahora y, realmente, cada vez me importa menos. Ha pensado en cambiar de trabajo por este motivo, “aunque ahora no tengo ni ganas de plantearme nada”.

Se reconoce como una persona **‘TÍMIDA, QUIZÁS DEMASIADO’, ‘DESDE SIEMPRE’**. Tiene pocos amigos, con los que se siente bien, pero generalmente evita conocer gente nueva. A menudo, recurre a tomar “una o dos copas” cuando se ve forzado a salir a cenar o le invitan a algún acto social que no puede eludir. Actualmente no tiene relaciones íntimas con ninguna mujer “He salido con un par de chicas. Las dos me dejaron, quizás por mis rarezas, por lo poco agradable que soy. Creo que las limitaba mucho a las dos, no hacía cosas que a ellas les gustaban como salir con otros amigos, o a bailar y cosas así. Soy un fracaso con las mujeres”.

3. Evaluar antecedentes (hospitalizaciones) y respuesta al tratamiento en el pasado, el que si ha sido bueno, debe repetirlo.
4. La hospitalización solo debe llevarse a cabo con pacientes maníacos – o – Depresivos mayores, cuyo cuadro representa un peligro para él, sus allegados, con riesgos suicida u homicida.
5. En pacientes maníaco – depresivos, sin protección familiar.
6. Es importante recordar que pacientes con **DEPRESIÓN MAYOR** y otros con **MANÍA** se puede manejar ambulatoriamente.
 - Ergoterapéuticos: Terapia basada en la ocupación y el trabajo.
 - TOC: Trastorno obsesivo compulsivo.

PERFIL ANTIDEPRESIVO DE DE LOS ISRS

- ✓ Las dosis de mantenimiento habitual es la dosis inicial.
- ✓ La respuesta suele iniciarse al cabo de 3 -8 semanas.
- ✓ Al comienzo, los síntomas diana, no empeoran.
- ✓ En la TOC, la dosis de mantenimiento, es superior a la inicial, su acción suele iniciarse al cabo de 12 a 26 semanas, al comienzo los síntomas diana no empeoran y la respuesta habitual consiste en una mejoría menor al 50%.
- ✓ En el PÁNICO, la dosis inicial es menor que la de otras indicaciones, la dosis de mantenimiento, en ocasiones puede ser superior a la inicial, al comienzo los síntomas diana pueden empeorar, la respuesta consiste en una mejoría mayor al 50%, en especial en combinaciones con benzodiazepinas.
- ✓ En ANTI-BULIMIA, la dosis inicial es superior a la habitual, dosis de mantenimiento superior a la inicial, inicio más rápido de la respuesta antidepressiva típica (3 a 8 semanas), al principio, los síntomas diana no empeoran, no se ha establecido la eficacia en la prevención.

PERFIL DE EFECTOS SECUNDARIOS DE LA SEROTONINA:

Agitación, acatisia, ansiedad, ataques de pánico, insomnio, Disfunción sexual, Nauseas, Trastornos gastrointestinales, Cefalea, Abstinencia a la retirada, agotamiento de la eficacia a largo plazo.

CONSEJOS PRÁCTICOS SOBRE LA FLUOXETINA.

- ✓ Considerar su aplicación en la Depresión ATÍPICA

- ✓ Evitar su administración a pacientes insomnes – agitados o que deseen evitar la disfunción sexual.
- ✓ Indicado por la FDA en Depresión – TOC – y (casi) Bulimia.
- ✓ Semivida prolongada.
- ✓ Menos selectivo sobre noradrenalina.

CONSEJOS PRÁCTICOS SOBRE LA SERTRALINA:

- ✓ Inhibidor débil de la enzima 2D6 del CITOCROMO P450.
- ✓ Causa más diarreas.
- ✓ Indicación por la FDA para DEPRESIÓN y TOC.
- ✓ Activado y pánicogénico en el trastorno de pánico.
- ✓ Menos selectivo para la DOPAMINA.
- ✓ Evitar su administración en pacientes con MÚLTIPLES SÍNTOMAS SOMÁTICOS, GASTROINTESTINALES, AGITACIÓN Y/O INSOMNIO, o que desee evitar la disfunción sexual.

CONSEJOS PRÁCTICOS SOBRE LA PAROXETINA:

- ✓ Potente inhibidor de la enzima 2D6 del CITOCROMO P450.
- ✓ Pauta NO lineal (20, 30, 40mgs).
- ✓ Presenta algunos efectos anticolinérgicos.
- ✓ Indicación FDA, Depresión, Pánico, TOC.
- ✓ La eliminación puede ser demasiado rápida, con síntoma de abstinencia, especialmente acatisia, distonía, agitación y síntomas gastrointestinales y marcos.
- ✓ Bien tolerado en el PÁNICO.
- ✓ EVITAR en pacientes con hipersomnia, retardo mental, insomnes o aquellos que deseen evitar disfunción sexual.

CONSEJOS PRÁCTICOS SOBRE LA FLUVOXAMINA:

- ✓ Considerar su administración en casos mixtos de ansiedad y depresión.
- ✓ Aprobado por la FDA, en TOC, Depresión, bien tolerado y eficaz en PÁNICO.
- ✓ Puede tener menor incidencia en Disfunción sexual que otras ISRS.
- ✓ Bloquea el metabolismo de la TEOFILINA, por lo que al ser utilizada hay que disminuir la dosis de Teofilina.

- ✓ Algunos efectos de abstinencia y gastrointestinales.
- ✓ Evitar en pacientes con múltiples síntomas somáticos – gastrointestinales – agitación y/o insomnio, o que deseen evitar disfunción sexual.

CONSEJOS PRÁCTICOS SOBRE CITALOPRAM:

- ✓ El ISRS, más selectivo.
- ✓ Inhibidor débil de la enzima 2D6 del CITOCROMO P450.
- ✓ Seguridad en sobredosis no definida.
- ✓ Evitar administración en pacientes con agitación y/o trastornos del sueño.
- ✓ Parece presentar menos incidencia de la disfunción sexual.

EN QUÉ CIRCUNSTANCIAS NO ES ACONSEJABLE EL USO DE LOS ISRS:

- ✓ En pacientes con:
- ✓ Disfunción sexual.
- ✓ Situaciones en las que la disfunción sexual es problemática.
- ✓ Resistencia secundaria al tratamiento.
- ✓ En presencia de mioclonos – nocturno.
- ✓ Pacientes con insomnio y agitación constantes.

PSICOTERAPIA:

Todo paciente deprimido debe ser ayudado con psicoterapia para mejorar la introspección, el modelo de la interacción y actuar sobre los problemas básicos.

Las psicoterapias pueden ser de orientación psicodinámica (busca hacer conciente lo inconciente y afrontarlos); **COGNOSCITIVO – CONDUCTUAL** (modificar las cogniciones negativas – educa y enseña al emplear refuerzos que llevan a comportamientos más adaptativos); **PSICOTERAPIA DE PAREJA** (se la emplea cuando el trastorno del afecto ha repercutido sobre la pareja) y **PSICOTERAPIA FAMILIAR** (se la emplea cuando los desencadenantes del trastorno están en el ámbito familiar).

RESPUESTAS:

CASO No. 1: Episodio depresivo + fobia social

CASO No. 2: Síndrome depresivo

CASO No. 3: Depresión mayor, episodio único grave

No. 4: 10 – 20%

No. 5: b

No. 6: b

No. 7: Gráfico 3

No. 8: V

No. 9: c

No. 10: V

CASO No. 2:

“Paciente con facies de tristeza y postura encorvada, se comunica con voz de poca intensidad y en forma lenta. Dice sentir notable tristeza, cree que la vida no vale la pena y ha estado pensando en el suicidio. Informa que ha perdido unas 15 libras de peso en las dos últimas semanas y piensa que tiene alguna enfermedad mala. Aunque en horas tempranas de la noche se duerme sin que lo pretenda, posteriormente despierta a las tres a.m. y no puede conciliar más el sueño. Desde un mes a tras se ha mostrado indiferente sexualmente y ha dejado de ir al trabajo por faltarle el ánimo.

CASO No. 3:

EL ENIGMA:

El psiquiatra especialista en retraso mental recibió una llamada de un colega pediatra que le enviaba a Libia, una chica de 17 años. Se la describía como “curada de una depresión” y requería una medicación de seguimiento.

La llegada de Libia creó una conmoción en la sala de espera. Era una chica pequeña, delgada, nerviosa y muy excitada, que chillaba cosas ininteligibles con una voz muy aguda, mientras que los padres la intentaban callar. Parecía lejos de estar curada.

Los padres relataron la historia siguiente. Cuando Libia tenía menos de un año, se le diagnosticó un retraso mental grave. Las evaluaciones diagnósticas completas que se hicieron no encontraron ninguna etiología que explicara su retraso. Siempre ha estado físicamente sana. Es hija única, se crió en casa y atendió a clases especiales en escuelas públicas. Era alegre, amistosa y cariñosa. No hablaba, pero se comunicaba con gestos y vocalizaciones. Aprendió algunas tareas domésticas y le gustaba ayudar a su madre en la casa.

Libia no se había separado de sus padres nunca hasta que, 6 meses antes de la visita, sus padres se fueron de viaje a Europa durante una semana, dejando a Libia con una cuidadora. Cuando volvieron, la encontraron muy nerviosa. No respondía a sus demandas y no mostraba ningún interés por sus actividades usuales. Lloraba a menudo, dormía mal, comía poco y se pasaba la mayor parte del día vagabundeando sin propósito por la casa. Los padres se sentían culpables por haberla dejado e intentaban arreglarlo pasando todo el tiempo con la niña y haciendo cosas que la hicieran feliz.

condiciones patológicas y tratar eficazmente los trastornos de ansiedad, con lo cual contribuye a una práctica médica integral y eficaz, a la vez que multiplica las prestaciones en salud mental aumentando las coberturas y supliendo de algún modo la grave escasez de recursos especializados en salud mental

La población común frecuentemente usa de manera indistinta los términos de ansiedad y angustia, y confunde éstos con miedo, temor o fobia. Para colmo, éste fenómeno se da también, quizá algo atenuado entre los miembros del equipo de salud, quienes además tienen dificultad de diferenciar entre la ansiedad o angustia normal y la patológica, diferenciación que resulta imprescindible para definir la conducta del equipo de salud.

| ANSIEDAD NORMAL | ANSIEDAD PATOLOGICA |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Siempre reactiva• Proporcional al estímulo• Comprensible psicológicamente• Leve o moderada• Dura mientras está el estímulo• Se acompaña de pocos síntomas vegetativos• No hay sentimiento de enfermedad• No altera actividad cotidiana• No requiere tratamiento | <ul style="list-style-type: none">• Siempre reactiva• Proporcional al estímulo• Comprensible psicológicamente• Leve o moderada• Dura mientras está el estímulo• Se acompaña de pocos síntomas vegetativos• No hay sentimiento de enfermedad• No altera actividad cotidiana• No requiere tratamiento |

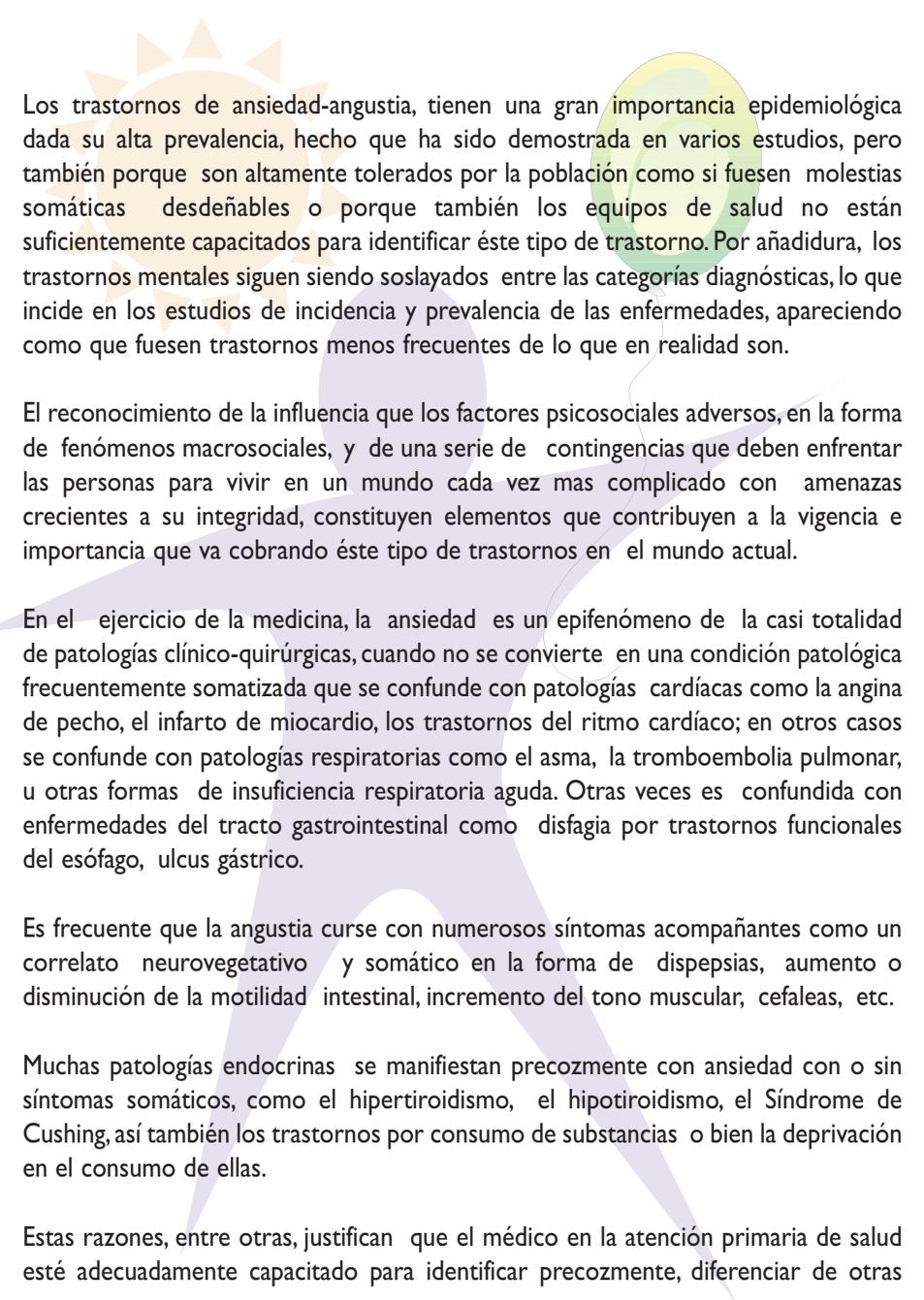
La ansiedad normal no siempre es fácil de diferenciar de la ansiedad patológica. Un criterio bastante aceptado es el de que la ansiedad normal es más bien pasajera y siempre relacionada a un hecho identificable, guarda proporción entre estímulo-respuesta y ocasiona pocas repercusiones del desempeño social y laboral. La ansiedad patológica se caracteriza por todo lo contrario además de que la persona vive un sufrimiento intenso.

La fobia es descrita como un temor irracional y persistente, en tanto que el temor es definido como una respuesta emocional fisiológica ante una amenaza externa reconocible; por ejemplo la amenaza de un animal agresivo.

La ansiedad es entendida como un sentimiento o estado emocional displacentero más difuso y menos relacionado con un hecho reconocible y que se acompaña de síntomas neurovegetativos. Debido a que ansiedad y temor son displacenteros y



**TRASTORNOS
DE ANSIEDAD**
Dr. Hernán Chávez Oleas



Los trastornos de ansiedad-angustia, tienen una gran importancia epidemiológica dada su alta prevalencia, hecho que ha sido demostrada en varios estudios, pero también porque son altamente tolerados por la población como si fuesen molestias somáticas desdeñables o porque también los equipos de salud no están suficientemente capacitados para identificar éste tipo de trastorno. Por añadidura, los trastornos mentales siguen siendo soslayados entre las categorías diagnósticas, lo que incide en los estudios de incidencia y prevalencia de las enfermedades, apareciendo como que fuesen trastornos menos frecuentes de lo que en realidad son.

El reconocimiento de la influencia que los factores psicosociales adversos, en la forma de fenómenos macrosociales, y de una serie de contingencias que deben enfrentar las personas para vivir en un mundo cada vez mas complicado con amenazas crecientes a su integridad, constituyen elementos que contribuyen a la vigencia e importancia que va cobrando éste tipo de trastornos en el mundo actual.

En el ejercicio de la medicina, la ansiedad es un epifenómeno de la casi totalidad de patologías clínico-quirúrgicas, cuando no se convierte en una condición patológica frecuentemente somatizada que se confunde con patologías cardíacas como la angina de pecho, el infarto de miocardio, los trastornos del ritmo cardíaco; en otros casos se confunde con patologías respiratorias como el asma, la tromboembolia pulmonar, u otras formas de insuficiencia respiratoria aguda. Otras veces es confundida con enfermedades del tracto gastrointestinal como disfagia por trastornos funcionales del esófago, ulcus gástrico.

Es frecuente que la angustia curse con numerosos síntomas acompañantes como un correlato neurovegetativo y somático en la forma de dispepsias, aumento o disminución de la motilidad intestinal, incremento del tono muscular, cefaleas, etc.

Muchas patologías endocrinas se manifiestan precozmente con ansiedad con o sin síntomas somáticos, como el hipertiroidismo, el hipotiroidismo, el Síndrome de Cushing, así también los trastornos por consumo de sustancias o bien la privación en el consumo de ellas.

Estas razones, entre otras, justifican que el médico en la atención primaria de salud esté adecuadamente capacitado para identificar precozmente, diferenciar de otras

| TRASTORNOS DE ANSIEDAD |
|--|
| Trastorno de angustia sin agorafobia |
| Trastorno de angustia con agorafobia |
| Agorafobia sin trastorno de angustia |
| Fobia específica |
| Fobia social |
| Trastorno obsesivo-compulsivo |
| Trastorno por estrés postraumático |
| Trastorno por estrés agudo |
| Trastorno de ansiedad generalizada |
| Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica |
| Trastorno de ansiedad inducido por sustancias |
| Trastorno de ansiedad no especificado |

TRASTORNO DE ANGUSTIA

El trastorno por angustia es un cuadro patológico relativamente raro, pues mucho mas frecuentes son las crisis o ataques de angustia aislados; esto es, no recurrentes ni frecuentes, que acompañan a muchos trastornos de ansiedad.

Para diagnosticar un trastorno de angustia deben ocurrir crisis de angustia de manera periódica, es decir deben haber algunas o muchas de ellas, quedando como secuela una inseguridad y temor a que la crisis se repita y le ocasione graves problemas, por tanto el paciente cambia su comportamiento precautelándose de una posible nueva crisis. Debe excluirse una enfermedad médica, consumo de sustancias u otras enfermedades mentales. Las crisis pueden durar pocos minutos o hasta media hora.

CASO ILUSTRATIVO

Un señor de 42 años, empleado de una empresa privada, se encontraba conduciendo su vehículo para ir a su casa, cuando de manera inesperada sintió unas palpitaciones fuertes, opresión en el pecho, gran angustia, mareo, náusea, sudoración y sensación

ambos se acompañan de manifestaciones neurovegetativas, las personas utilizan ambos términos de manera indistinta, lo cual contribuye a mantener la confusión.

Otras formas de ansiedad, manifestadas como ideas obsesivas, o de presentación sobre aguda como en la reacción aguda ante estrés o diferida como el estrés postraumático no representan mayor dificultad para diferenciarlas aunque sí para implementar un tratamiento. Todas estas formas de ansiedad, a más de las fobias son reconocidas como expresiones patológicas, y serán tratadas más detenidamente en los capítulos siguientes.

Si bien los términos de angustia y ansiedad se utilizan de manera indistinta, conviene establecer algunas diferencias. La angustia tiene que ver con constricción, opresión en la garganta y el pecho, proviene de la raíz latina “Angor” que quiere decir estenosis o estrechez y es experimentada como una sensación mas somática y visceral; en cambio la ansiedad se vive como un fenómeno respiratorio con sobresalto, como una experiencia psíquica y por tanto mas intelectualizada, mas psíquica, con pocos componentes neurovegetativos.

TEORIAS SOBRE LA ANSIEDAD

La ansiedad es una expresión afectiva normal, constituye una manifestación deseable de la persona como parte de un proceso adaptativo frente a una demanda de adaptación. Cuando rebasa ciertos límites y adquiere ciertas características pasa a ser una manifestación anómala, perturbadora, desadaptativa y generadora de disturbios funcionales y psíquicos. Conviene especialmente revisar cuales son las teorías predominantes acerca de la aparición de la ansiedad.

Teorías genéticas.- se basan en la constatación clínica que la ansiedad como trastorno se encuentra con mas frecuencia entre familiares de pacientes que adolecen de alguna forma de trastorno ansioso que en la población general; así en estudios de gemelos revelan que los trastornos por ansiedad son mas comunes entre los gemelos monocigotos que entre hermanos no gemelos. Se han encontrado influencias familiares en el trastorno por angustia, agorafobia y trastorno obsesivo-compulsivo, pero sobre todo en la fobia a las heridas sangrantes, cuya explicación puede radicar en una susceptibilidad autonómica determinada genéticamente, si bien su manifestación puede tratarse modificando el ambiente con procedimientos conductuales de exposición.

Teorías psicodinámicas.- Freud propuso que la ansiedad resulta de un conflicto o impulso subyacentes que influye sobre el Yo actuando como un aviso o señal.

Teorías del aprendizaje.- sostienen que la ansiedad es una forma de respuesta aprendida ante una situación nociva que la persona trata de evitar, pero luego como no sabe desarrolla una expectativa, una sensación de peligro o inseguridad, en suma desarrolla a ansiedad. También una persona puede expresar ansiedad ante situaciones neutrales y aún positivas si a ellas se asocia un estímulo aversivo. En suma, las teorías del aprendizaje sostienen que la ansiedad es una forma de respuesta afectiva aprendida, mas bien una respuesta malaprendida ante una situación, de lo que deriva que el tratamiento de esa ansiedad será una forma de reaprendizaje.

Teorías bioquímicas.- han tomado gran impulso en las últimas décadas a la par del avance en estudios neuroanatómicos, neurofisiológicos, y de la bioquímica cerebral, así como de la psicofarmacoterapia. Está comprobado que los pacientes con trastornos de ansiedad tienen ciertas características fisiológicas como una frecuencia cardíaca mas elevada, concentraciones mas elevadas de lactato en sangre; así como una cierta intolerancia a la administración de cafeína, lactato de sodio, adrenalina, yohimbina, isoproterenol etc. Ya que todas ellas actúan sobre el sistema límbico, estructura del SNC que está vinculada a las respuestas de agresión-huída, al comportamiento sexual, alimentario, en suma a las funciones "instintivas" orientadas a la protección del individuo. De todas las estructuras del sistema límbico es el "locus caeruleus" la estructura que está mas relacionada con las manifestaciones ansiosas, ya que tiene cerca del 70 % de las neuronas adrenérgicas del SNC, con lo cual se está responsabilizando a la noradrenalina como el neurotransmisor vinculado a la ansiedad.

Otro modo de acción se relaciona con las benzodiazepinas, conocimiento cimentado a raíz del descubrimiento de los receptores benzodiazepínicos, los que actúan en unidad funcional con el ácido gamaminobutírico (GABA) y con los canales de cloro. La teoría sustenta que habría un déficit de benzodiazepinas endógenas, las mismas que junto al GABA tienen una función inhibitoria, por tanto el déficit ocasiona un incremento de la estimulación del SNC y por ende de la ansiedad.

Una teoría por sí sola no satisface las inquietudes ni explica completamente la génesis de la ansiedad, por lo que se han hecho propuestas integrales en las que se reconoce una predisposición genética, a la que hay que añadir el influjo de las experiencias

pasadas y la forma como ellas inciden en el desarrollo psicosexual y de la Personalidad, a lo que habría de añadir todos los aprendizajes que logramos lo largo de la vida y que en conjunto imprimen modificaciones neurobioquímicas.

EPIDEMIOLOGIA

Hay acuerdo en que los trastornos de ansiedad se presentan en el 5 a 10 % de la población general; en tanto que la prevalencia del tiempo de vida de los trastornos de ansiedad encontrada en la Nacional Comorbidity Survey (Kessler et al 1994) fue de 24.9 %.

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Hay un largo recorrido desde las primeras propuestas de sistematización de la sintomatología ansiosa, hasta la inclusión de los síntomas en la entidad nosológica llamada "Neurosis" nominada por Cullen en 1769, en la que considera a las neurosis como enfermedades nerviosas fisiológicas y generales sin fiebre ni lesión. A finales del siglo XIX el cuerpo de las neurosis quedó reducido a la psicastenia, o neurosis obsesiva, la histeria, la hipocondría y la neurastenia, todas ellas atribuidas según Janet a agotamiento cerebral que ocasiona descenso de la tensión psicológica. Freud introduce en su comprensión en concepto del "Conflicto" y por tanto una interpretación psicologista ya que se generan por traumas psicosexuales en épocas tempranas de la vida.

Siempre ha habido un grave desacuerdo en la génesis, presentación clínica y aún en la clasificación de las neurosis, por lo que ha sido necesario buscar estrategias que nos ayuden a hablar un lenguaje común. Una de ellas ha sido una organización en base a los síntomas, a la afinidad entre ellas y a los factores desencadenantes asociados a ellas, aunque sin profundizar en la etiología y psicodinamia de los trastornos. Otra utilidad es la derivada de que se disponen de parámetros para el diagnóstico y la clasificación, lo que tiene gran valor para los estudios de investigación. Los manuales que surgieron: CIE, DSM, que son los mas conocidos contribuyen a ese propósito. El DSM IV-R que es la última edición de este manual clasifica los trastornos de ansiedad de la siguiente manera:

FOBIA SOCIAL

La fobia social es un trastorno cuya frecuencia e implicaciones son subestimadas, ya que muchos pacientes, sus familiares y aún los médicos catalogan aquellos casos como manifestaciones normales de “timidez”, por lo que es necesario tener criterios claros para diferenciarlos. Se presenta en la edad temprana y casi por igual en hombres y mujeres., y en un estudio realizado a 12 meses, se encontró una frecuencia entre 6 y 9 %, con un ligero predominio en las mujeres.

La fobia social es un trastorno de ansiedad caracterizado por un temor persistente e irracional de tener un desempeño deficiente ante las personas, de modo que termine siendo humillado, avergonzado y en ridículo. Algunas personas con fobia social desarrollan el síntoma prácticamente en toda transacción social y otros sólo en casos específicos como puede ser intervenir ante un grupo de personas.

CASO ILUSTRATIVO

Una chica estudiante refiere que desde que estaba en el colegio evitaba hablar en público, porque se sentía “ridícula”, por lo que desarrolló una rara habilidad de evitar las situaciones que le exponían a la obligación de intervenir aunque fuera ante pocas personas. Comúnmente aducía que se sentía enferma, que tenía alguna urgencia o que era innecesario que interviniera. Presentaba una gran angustia, mareo y palpitaciones cuando se aproximaba el momento de una posible intervención. En alguna ocasión se desmayó, por lo que de allí en adelante evitaba reuniones.

Los criterios diagnósticos de la fobia social se pueden resumir así:

- ✓ Miedo a ser avergonzado, humillado o caer en ridículo cuando se presenta ante otras personas.
- ✓ La persona reconoce que el miedo es excesivo e irracional
- ✓ Evita las situaciones sociales que le pueden desencadenar el temor
- ✓ El trastorno interfiere en el desempeño cotidiano de la persona
- ✓ El trastorno no se debe a consumo de alguna sustancia o una enfermedad médica.

como que se moría, acompañado de mareo y aumento de la frecuencia respiratoria; al punto que debió parquear su vehículo y esperar unos diez minutos hasta tomar el control de la situación y llamar a un familiar a que venga en su encuentro. Le conducen a un hospital donde hacen un examen clínico, solicitan un ECG, una radiografía de tórax, todos éstos procedimientos no revelan nada anormal, por lo que administran un sedante y lo mantienen en observación durante 4 horas y lo envían a casa con la recomendación de que tome un sedante, se abstenga de tomar café y licor y que visite a un especialista psiquiatra. El paciente en mención ha presentado éstos cuadros en 6 o 7 veces en el último trimestre, asociados en la mayoría de veces a conflictos o exceso de trabajo, y en una ocasión en la resaca alcohólica.

El trastorno por angustia puede acompañarse o no de agorafobia; esto es de una experiencia subjetiva de quedar atrapado en una situación de la que sería difícil escapar si volvería a presentar una amenaza su integridad, como por ejemplo estar en lugares abiertos o desolados, concentraciones de gente, la calle, los terminales de transporte etc.

En cuanto a la etiología del trastorno por angustia, no existe hasta ahora una apreciación unánime, pero hay una tendencia a considerar el trastorno como una disfunción de las vías noradrenérgicas del locus caeruleus en el sistema límbico, lo cual parece ser reforzado por la eficacia terapéutica de los medicamentos que actúan a ése nivel, o bien por las técnicas psicoterapéuticas que modifican las funciones en esas estructuras neuronales.

Es común que los paciente con crisis de ansiedad o trastorno de angustia crean que su crisis obedece a un grave trastorno somático, mas frecuentemente una angina de pecho, un infarto de miocardio, arritmias cardíacas o una enfermedad pulmonar aguda como asma, embolia pulmonar, por lo que acuden a los servicios de emergencia de los hospitales generales; de allí la necesidad que el médico de atención primaria esté adecuadamente capacitado para identificar precozmente este tipo de trastorno e implementar las medidas apropiadas durante la emergencia.

Otras enfermedades médicas que pueden cursar con ansiedad son los trastornos neurológicos como la epilepsia, el vértigo; enfermedades endocrinas como el hipertiroidismo, Cushing, enfermedad paratiroidea, feocromocitoma. Los fármacos también pueden ocasionar ansiedad, en especial los estimulantes, antigripales, suplementos tiroideos, antiespasmódicos, digitálicos; así como la suspensión de drogas sedantes, ansiolíticos, hipnoinductores, barbitúricos.

El tratamiento del trastorno por angustia debe priorizar una adecuada relación entre el médico y el paciente, en donde haya una actitud empática de parte del médico, una genuina disposición a escuchar, a informar y ayudar al paciente, mostrándose lo mas disponible a los requerimientos de éste.

Una terapia cognitiva, orientada a modificar los pensamientos catastróficos del paciente, preparándolo para asimilar los síntomas que se le van a presentar, manteniendo la calma y sin exagerar ni aventurar interpretaciones, ayudará al paciente en éste trastorno.

El manejo farmacológico se hace con antidepresivos, los mismos que reducen la frecuencia y gravedad de las crisis; pero claro está que deben administrarse cuando las crisis son recurrentes. El uso de tranquilizantes benzodiazepínicos también está indicado, demostrando superioridad el alprazolam y el clonazepam. Otros psicofármacos como los antipsicóticos, los barbitúricos, meprobamato y antihistamínicos no se recomiendan para el tratamiento de la crisis de angustia.

AGORAFOBIA SIN TRASTORNO DE ANGUSTIA

La agorafobia es una sensación subjetiva y personal desagradable, que frecuentemente se manifiesta como un temor de que no pueda salir airoosamente y con seguridad de una situación en la que se presentara un peligro para su salud o la vida. Los lugares en los que más a menudo se presenta son los terminales de buses, estadios, concentraciones de gente, etc.

CASO ILUSTRATIVO

Es una paciente de 32 años, madre de dos niños, dedicada a los quehaceres domésticos, que acude a la consulta referida por un médico general adonde acudió manifestando que desde hace 5 meses y de manera progresiva presenta temor a ir a la terminal de buses y subir a ellos, malestar que se manifiesta con angustia, una “aprehensión y presentimiento de que me fuera a pasar algo al corazón y morirme”, opresión en el pecho, falta de aire y palpitaciones. Este temor se hace cada vez más fuerte, al punto que evita ir a tomar el bus, y prefiere quedarse en casa.

Los criterios diagnósticos para la agorafobia que se presenta sin trastorno de angustia son los siguientes:

- ✓ Aparición de agorafobia (ya descrita)
- ✓ No se cumplen criterios para trastorno de angustia
- ✓ El trastorno no obedece a consumo de sustancias o enfermedad médica
- ✓ Cando se asocia a una enfermedad médica, la agorafobia es una respuesta psicológica claramente excesiva a la que comúnmente se presenta en éstos casos.

La agorafobia debe diferenciarse especialmente de otras formas de ansiedad como la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno paranoide, el trastorno de estrés postraumático.

La agorafobia es un trastorno crónico que se manifiesta de manera fluctuante, con períodos de exacerbación que alternan con otros de relativa calma, pero en todo caso se va instaurando una progresiva limitación para las actividades, evitación de las situaciones que generan los síntomas, ansiedad anticipatorio y ocasionalmente complicaciones con cuadros depresivos.

Se conoce que la agorafobia es una enfermedad que se presenta mas en mujeres que en hombres, con una prevalencia de 3.8% y 1.8% respectivamente, mas frecuente entre los 20 y 40 años. Desafortunadamente este trastorno es poco estudiado en nuestro país, sobre todo porque hay una tolerancia hacia los síntomas y omisión de los mismos por parte de los pacientes, sumado a la falta de identificación del trastorno por parte de los médicos.

El tratamiento de la agorafobia debe partir de la implementación de principios psicoterapéuticos ya mencionados; esto es la adecuada relación médico-paciente, adoptando una disposición positiva y motivadora, que a la vez permita la orientación e información. No se ha comprobado la eficacia de ninguna forma de psicoterapia, pero sí los elementos básicos de una relación empática, mas bien se ha comprobado que la terapia de exposición progresiva al estímulo agorafóbico va disminuyendo la angustia.

conductas repetitivas como comer en un trastorno alimenticio, búsqueda de drogas en los adictos o la insistencia de tomar fármacos en los hipocondríacos, preocupación por los cambios corporales en la dismorfofobia etc. En éstos casos las ideas persistentes siendo erróneas y perturbadoras no son trastorno obsesivo-compulsivo, y deben diagnosticarse bulimia, drogodependencia, hipocondría o dismorfofobia.

No existen datos concluyentes sobre la frecuencia del trastorno, pero parece estar alrededor de 1.5 a 2.5 % , dato que es reservado ya que no hay fiabilidad del diagnóstico, dado que en aquellos pacientes que fueron diagnosticados de TOC, sólo la quinta parte fueron ratificados en el diagnóstico un año mas tarde.

El TOC es un trastorno de ansiedad en el que se reconocen factores hereditarios, pero no están claros los factores disparadores o que mantienen los síntomas, si bien se asocia a períodos de tensión emocional.

Las teorías bioquímicas apuntan a la serotonina como un neurotransmisor implicado en el trastorno, especialmente en la corteza orbital, el núcleo caudado, los globos pálido y el tálamo.

El tratamiento del TOC requiere el establecimiento de una relación empática con el médico. A nivel primario, lo más importante que se debe hacer es educar al paciente y la familia sobre la naturaleza del trastorno, situando en el verdadero contexto la situación mórbida, esto es como un trastorno involuntario, generado por una ansiedad que no puede canalizarse sino a través de la realización de ciertos actos, rituales o pensamientos. Debe informarse al paciente que la enfermedad reconoce alteraciones neurobioquímicas que pueden corregirse por medios psicológicos y farmacológicos. La terapia conductual y cognitivo-conductual es efectiva en el tratamiento del TOC. El médico de atención primaria debe gratificar los esfuerzos del paciente por evitar los rituales y por controlar la angustia. Se usan con buenos resultados los antidepresivos del tipo de la Clorimipramina y los inhibidores de la recaptación de serotonina como la fluoxetina, fluvoxamina y paroxetina. También se usan los ansiolíticos pero por corto tiempo y sólo para la fase más aguda del trastorno para calmar la ansiedad que no se puede controlar aún con los otros medios.

El tratamiento del TOC requiere la participación del especialista, por lo que a nivel primario se debe implementar las medidas básicas y remitir lo antes posible al paciente a un nivel de especialidad.

Es necesario tomar en cuenta que un síntoma parecido a la fobia social puede presentarse en las personas con trastorno paranoide o evitativo de la personalidad, en la esquizofrenia y en la depresión, por lo que debemos diferenciar de estos trastornos.

La fobia social cuando es leve no interfiere en el desempeño cotidiano, pero si el trastorno es moderado o grave ocasiona mucho sufrimiento a la persona, gran retraimiento social y disminución de la productividad cuando deben cambiar de trabajo.

En cuanto al tratamiento de la fobia social, la experiencia clínica revela que la terapia conductual es la más efectiva, sobre todo la exposición in vivo, o la imaginación de estar ante la situación fóbica. También ayuda la exageración paradójica; esto es incrementar de manera voluntaria el desempeño que el paciente considera humillante; por ejemplo, tartamudear o “atracarse” en una intervención en público. En cuanto al manejo con fármacos, se ha comprobado que los betabloqueadores aminoran los síntomas neurovegetativos como la taquicardia, piloerección, sudoración, temblor etc. Estos fármacos deben administrarse uno o dos horas antes de la exposición al estímulo fóbico. También las benzodiazepinas o la gabapentina, solos o asociados a los betabloqueadores son útiles en el tratamiento. Últimamente se están utilizando los inhibidores de recaptación de serotonina como fármacos de primera línea. Los fármacos deben asociarse a la terapia de exposición in vivo.

FOBIA ESPECIFICA

Es un trastorno bastante conocido aún en el ámbito no médico, al punto que muchas personas se atribuyen el diagnóstico sin tener el trastorno, y aquellos que lo tienen no lo reconocen y consideran que son temores normales, y es por esto que el número de pacientes con fobias específicas que buscan tratamiento es inferior a las personas con otros trastornos de ansiedad. Las repercusiones de las fobias específicas pueden ser mayores dado a que el estímulo fóbico es muy cotidiano como puede ser la fobia a volar, a espacios cerrados, a los insectos a las heridas etc. Otro motivo por el cual éstos pacientes no recurren a tratamiento es que generalmente se pueden evitar con mucho éxito las situaciones o estímulos fóbicos, sobre todo si éstos no están tan al alcance.

CASO ILUSTRATIVO

Juan es un estudiante de la universidad, tiene 23 años y manifiesta que desde que era

niño tenía “terror” a las mariposas, al punto que evitaba ir al campo sobre todo en época de verano. Refiere que cuando se encuentra con una de ellas siente una opresión en el pecho, una sensación de repulsión y peligro, a la vez que una impotencia terrible, que le lleva a desesperarse. Ocasionalmente siente mareo y en dos ocasiones ha llegado a desmayarse en presencia de ellas. No ha buscado ayuda porque considera que con evitar los lugares y épocas en que hay mariposas es suficiente.

Los criterios diagnósticos para fobia específica se pueden resumir de la siguiente manera:

- ✓ Miedo o angustia excesiva e irracional ante la presencia o anticipación de un objeto, animal o situación.
- ✓ Evasión de la situación, objeto o animal que es el estímulo fóbico
- ✓ Hay repercusiones sobre la actividad, la convivencia y el desempeño.
- ✓ Los síntomas deben durar por lo menos 6 meses.
- ✓ Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno .

Las fobias específicas son los trastornos de ansiedad más comunes, y generalmente se inician en la infancia y la mayoría de ellas se van extinguiendo a lo largo de los años, pero una minoría de ellas se va consolidando como fobias, si bien el mayor porcentaje de ellas no son atendidas por el médico debido a la gran tolerancia social que existe hacia ellas, o porque los pacientes evitan el estímulo fóbico y pueden vivir sin mayor inadecuación y sufrimiento. La frecuencia de éste trastorno es de alrededor de 4 % en hombres y 7 % en mujeres, pero hay estudios que reportan frecuencias a doce meses de hasta 13.2% en mujeres, en tanto que para los hombres se mantiene en 4%.

El tratamiento de la fobia específica se hace con la exposición controlada y progresiva al estímulo fóbico. Puede comenzarse con imágenes mentales o gráficos y fotografías, para luego pasar a la exposición in vivo, con lo cual se obtienen frecuentes éxitos terapéuticos. La experiencia clínica demuestra que muy rara vez es necesario usar fármacos como coadyuvantes.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Las obsesiones son ideas intrusivas, repetitivas, consideradas falsas por el paciente,

pero que aún así condicionan e influyen sobre la conducta, además de causar ansiedad variable y deterioro del funcionamiento en sus actividades. Es necesario diferenciar de las ideas fijas o perseverantes que aparecen entre un suceso que impresiona a la persona y que a partir de entonces se mantiene en la mente, pero no generan angustia ni deterioro en el funcionamiento, y generalmente no condicionan la conducta ni se acompañan de rituales o actos compulsivos. Estas ideas fijas frecuentemente son consideradas por las personas como **“obsesiones”** cuando en realidad no lo son.

Las ideas obsesivas tienen la característica de generar ansiedad en la persona, acompañada de síntomas neurovegetativos, preocupación y cambio en el humor, por lo que la persona afectada de éste trastorno de ansiedad implementa rituales compulsivos, en la forma de pensamientos o actos que se repiten cuantas veces el paciente crea necesario y que tienen el objetivo de bajar la tensión, la angustia y en general el sufrimiento psíquico.

CASO ILUSTRATIVO

“María” es una señora de 32 años, casada, madre de dos hijos, que acude a la consulta del hospital presentando marcada preocupación y angustia porque involuntariamente y de manera repetida presenta ideas que ella considera pecaminosas y terribles... “imagino escenas sexuales cuando entro a la iglesia y siento que le ofendo a Dios... o afuera, se me vienen a la mente las escenas de sexo y siempre asociadas a Dios...”. El cuadro descrito ocurre muchas veces al día y genera en la paciente mucha angustia, preocupación y sentimientos de que es “mala”, además de cambios en el humor y pérdida de interés por sus actividades cotidianas. Manifiesta que éstos síntomas se presentan en “temporadas”, generalmente asociadas a problemas en casa o en el trabajo.

Es necesario diferenciar el Trastorno de ansiedad manifestado como Trastorno obsesivo-compulsivo, de las obsesiones que forman parte de la misma depresión, de la esquizofrenia, y de otros trastornos de ansiedad como las fobias. Los pacientes fóbicos son más temerosos del objeto fóbico que los obsesivos de las ideas, aparte de que los fóbicos tienen temor a objetos más circunscritos. La ansiedad de los fóbicos es también más intensa que la de los obsesivos.

También es frecuente que se consideren conductas obsesivo-compulsivas las

exposición a la experiencia a través de la imaginación y la catarsis, siempre con el objetivo de integrar la experiencia a la historia vital de paciente sin que ocasione graves inadecuaciones. También se administran medicamentos que ayuden a mejorar el sueño y controlar la ansiedad, como por ejemplo los hipnoinductores, los ansiolíticos y los antidepresivos, en especial los inhibidores de recaptación de serotonina que ayudan a superar el aturdimiento, evocación de la experiencia y las conductas evitativas, aunque el paciente no esté necesariamente deprimido.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El trastorno de ansiedad generalizada corresponde a lo que clásicamente se conocía como neurosis de ansiedad, en todo caso para referir un trastorno de manifestación crónica, con una tendencia familiar, en ausencia de enfermedad orgánica y que es vivida por el paciente con marcada insatisfacción y malestar, dado que no sólo presenta síntomas somatoformes de carácter neurovegetativo, sino un sufrimiento psíquico que le resta posibilidades para desempeñarse eficientemente en sus actividades.

Muchos pacientes, no obstante, no se reconocen enfermos y le atribuyen éstas molestias a problemas orgánicos no reconocibles o no diagnosticados, lo cual a su vez le ocasiona más ansiedad porque siente que enfrenta un problema desconocido o de difícil comprensión para los médicos. De allí que muchos pacientes recurren a prácticas de curanderismo, la automedicación, o lo que es peor al consumo de alcohol u otras drogas que le tranquilizan.

Los síntomas clínicos son característicos y giran en torno a la percepción conciente de ansiedad, preocupación, desasosiego, displacer o expectativa de que alguna amenaza se cierne sobre sí. Otros síntomas comunes son la inquietud, irritabilidad, dificultad para la concentración, insomnio y síntomas autonómicos como sudoración, palpitations, opresión precordial, sensación de falta de aire, mareo. Todos estos síntomas deben estar presentes por al menos seis meses para diagnosticar el trastorno de ansiedad generalizada.

El DSM-IV propone los siguientes criterios diagnósticos (resumidos) para el trastorno:

- ✓ Ansiedad y preocupación excesivas, manifestadas por los síntomas antes mencionados, y que sabe escapan de su voluntad y control.

TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO

Una amplia gama de situaciones amenazantes, que se instauren de manera aguda, y que sean de gran intensidad al punto que la persona se sienta en peligro su integridad o su vida, pueden generar una reacción llamada de estrés agudo. En nuestro medio, la experiencia que sufren las personas asaltadas, las que sufren agresiones físicas o psicológicas como por ejemplo en el hogar (madres hijos, especialmente cuando hay padres alcohólicos), los que tienen accidentes de tránsito, que en nuestro país tienen una altísima incidencia, las personas víctimas de violencia y agresión sexual, las personas detenidas y torturadas como consecuencia de la represión política, las víctimas de segregación racial etc. Son apenas unos pocos casos de situaciones que pueden generar un trastorno por estrés agudo.

La persona expuesta a éste tipo de experiencia presenta inmediatamente síntomas disociativos como sensación de embotamiento, aislamiento o anestesia emocional, reducción del campo de la conciencia, desrealización o despersonalización, desorientación, problemas de memoria etc. Si bien éstos síntomas resultan dramáticos, se entienden por la magnitud del impacto psicológico y por la necesidad de la persona de adaptarse a la situación y de protegerse de alguna manera para no incurrir en una desestructuración mayor de la vida psíquica, por lo que se puede considerar la reacción o trastorno de estrés agudo como un intento adaptativo de la persona.

CASO ILUSTRATIVO

Una pareja de esposos en tanto está viajando en goce de unas vacaciones es asaltada en la carretera por tres personas, los mismos que después de maniararlos, golpean y disparan en dos ocasiones al esposo, y lo arrojan a una cuneta, dándolo por muerto. La esposa presencia la golpiza y la ejecución de su esposo, hasta que pierde el sentido. Despierta mas tarde en un hospital manifestando una cierta anestesia emocional, amnesia parcial del hecho, dificultad consecuente ara narrar los hechos, lugares, fechas y detalles de lo sucedido. Permanece en ésas condiciones durante cinco días y de manera lenta pero gradual va mejorando su orientación, memoria de los hechos, pero empieza a presentar marcada angustia, síntomas somatoformes como palpitations, insomnio, y tendencia a llorar fácilmente, cuando no se encuentra muy “apagada”.

El tratamiento de un cuadro de estrés agudo requiere un acercamiento entre el médico y el paciente, demostrando una disposición e interés a “acompañar” al paciente hacia un objetivo de asimilación de la experiencia traumática y la

integración a su experiencia psíquica, sin que genere malestar permanente o alteraciones graves en su Personalidad. En éste proceso el médico debe mostrarse sereno, objetivo, tranquilizador y dispuesto a entender las reacciones del paciente. Debe dar demostraciones que la amenaza a la seguridad e integridad del paciente han cesado, y promover la catarsis emocional. En algunos casos se debe prescribir por poco tiempo un hipnoinductor si el sueño está severamente afectado o un ansiolítico por pocos días (una o dos semanas). Es común que los síntomas de estrés agudo vayan cediendo progresivamente, de lo contrario cabe pensar en una remisión al especialista.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La persona que desarrolla un trastorno por estrés postraumático (TEPT), igual que en el caso de un trastorno por estrés agudo, se expone a una experiencia psicotraumática similar; esto es, un impacto psicológico de tipo catastrófico, “fuera de los límites de la experiencia humana usual”, en el que la persona ha estado en riesgo de perder la vida o bien ha presenciado una situación altamente amenazante y violenta para otras personas. El caso que ilustra el Trastorno por estrés agudo ejemplifica también al trastorno por estrés postraumático, pero la manifestación clínica de éste, es algo diferente.

Muchas personas que se exponen a éste tipo de experiencias psicotraumáticas, presentan en los días o semanas siguientes, recuerdos del suceso, sueños relacionados con éste, cambios en el humor y algo de ensimismamiento que van disminuyendo progresivamente en los días o semanas posteriores, por lo que éste cuadro no se puede considerar un TEPT, ya que el diagnóstico de éste trastorno requiere criterios muy claros que se resumen a continuación:

- ✓ Exposición a un impacto psicotraumático de tipo catastrófico, en el que la persona sintió horror, miedo e impotencia.
- ✓ El impacto psicotraumático se recuerda, o se lo sueña, o bien se siente como que nuevamente ocurriera.
- ✓ Evita lugares, situaciones, personas, conversaciones que le recuerdan el hecho.

- ✓ Síntomas de excitación como sobresalto, irritabilidad, insomnio, falta de concentración, sobresalto, etc. que se suman a un ánimo preocupado, apagado, alejado de los demás.
- ✓ El cuadro descrito debe durar al menos un mes y ocasiona un marcado malestar y deterioro de las actividades cotidianas.

Algunas condiciones, normales como patológicas pueden presentar síntomas parecidos al TEPT, por lo que una diferenciación se impone. Por ejemplo, el impacto de las personas ante una pérdida desencadena una reacción de duelo o aflicción, si bien la persona puede mantener un recuerdo persistente de ésta situación. Los cambios de la situación o estilo de vida generan malestar, preocupación, ideas persistentes, cambios en el humor, síntomas parecidos al TEPT, pero el tipo de estímulo nunca es catastrófico.

Dada las condiciones de vida actual, han aumentado las situaciones que exponen a las personas a un TEPT, sólo citar las múltiples situaciones de violencia social, los accidentes de tránsito, los ataques terroristas, las guerras y las catástrofes naturales, los accidentes industriales, la violencia doméstica, los ataques sexuales etc. son unos pocos ejemplos de estímulos inusualmente intensos, de nivel catastrófico que pueden generar TEPT. Se considera que la prevalencia de toda la vida para presentar éste trastorno es de 1 %, que en personas que fueron objetos de incendios o inundaciones se encuentra entre el 55 y 80 % en los meses siguientes al evento.

De todas las personas que se exponen a un mismo evento catastrófico, unas reaccionan normalmente y otras desarrollan TEPT. Las razones para ello dependen de varios factores, como la Personalidad del afectado, la exposición previa a otros eventos, la madurez psicológica, la disponibilidad de apoyos sociofamiliares, estado de salud física, naturaleza del evento traumático etc.

Los pacientes con TEPT agudo (**los síntomas duran menos de tres meses**) deben recibir estímulo para hablar de su experiencia y reacciones, enmarcando éstas en una categoría de normalidad, considerando la magnitud del estímulo. Deben emprenderse las mismas intervenciones que el estrés agudo.

Para tratar el TEPT crónico (síntomas más de tres meses) se ha recomendado la

en tratar como si fuese una enfermedad somática y abundan en exploraciones, exámenes de laboratorio y prescripciones de medicamentos que no hacen otra cosa que afianzar la creencia de los pacientes de que padecen de una enfermedad somática que el médico no alcanza a descubrir, a más de ver no resuelto su problema.

Los trastornos somatomorfos y los disociativos tienen algo en común, es el hecho de que ambos se presentan en personas que han estado expuestas a vivencias psicotraumáticas de abuso, violencia y maltrato, aparte de que unos y otros teniendo de base un conflicto psíquico, se manifiestan por síntomas y signos de otra estirpe que no es la psicológica predominantemente.

Hay numerosos estudios que revelan una alta frecuencia de pacientes que acuden a la consulta aquejando síntomas corporales y que no se los encuentra evidencias somáticas, y que no obstante se insiste en procedimientos costosos que representan un alto costo para los servicios de salud.

Para agravar el cuadro, simultáneamente a los trastornos somatomorfos, pueden coexistir síntomas somáticos debidos a trastornos psiquiátricos diagnosticables como los trastornos de ansiedad, las psicosis, el estrés postraumático, la simulación y los trastornos facticios, dado que estos trastornos no son mutuamente excluyentes con los trastornos somatomorfos

A continuación se revisarán los trastornos de somatización más frecuentes como son

- ✓ **El trastorno por somatización**
- ✓ **El trastorno conversivo**
- ✓ **Trastorno por dolor**
- ✓ **La hipocondría**

En cada uno de estos trastornos, los procesos fisiopatológicos específicos no se pueden demostrar por los procedimientos diagnósticos que se usan en medicina.

TRASTORNO DE SOMATIZACION

Es un trastorno no bien documentado en la frecuencia, pero que se presume es común en los servicios de consulta externa de los hospitales, ya que los pacientes aquejan múltiples síntomas somáticos, no relacionados entre sí, referidos a diferentes aparatos o sistemas, y que se han mantenido durante varios años. Eventualmente hay enfermedades orgánicas, pero la severidad y número de síntomas no tienen

- ✓ Debe presentar intranquilidad, fatiga, irritabilidad, falta de concentración, tensión muscular, alteraciones del sueño.
- ✓ La ansiedad no se relaciona con una situación específica como la inminencia de que suceda un ataque de pánico, presentarse en público, exponerse a un objeto fóbico, enfermarse de algo.
- ✓ El paciente vive una situación de displacer, sufrimiento y deterioro de su desempeño.
- ✓ La alteración no se debe a consumo de sustancias, a enfermedad médica u otra enfermedad mental

CASO ILUSTRATIVO

Un paciente de 35 años, casado, empleado de una empresa privada, refiere que desde hace dos años se ha tornado muy malhumorado, sin que haya razones suficientes para ello, intolerante con sus compañeros de la oficina, excesivamente crítico de las conductas de los demás a quienes considera vagos y mediocres. Desde hace un año advierte una preocupación injustificada... dice sentir "como que algo malo va a pasar" se siente aprehensivo o inseguro, inconforme con todo, y que su cuerpo se fatiga fácilmente, a más de que siente palpitaciones, sudoración excesiva, tensión muscular que se manifiesta sobre todo en el cuello, problemas digestivos e insomnio, despertándose muchas veces en la noche. Ha acudido a algunas consultas de clínicos los mismos que le han pedido exámenes de laboratorio sin que hayan habido resultados sugestivos de enfermedad alguna, por lo que terminan por recetarle algún tranquilizante que no le resuelve sus síntomas, sino parcialmente.

El T.A.G. tiene una prevalencia de 2 % para hombres y de 4 % para mujeres a los 12 meses.

En cuanto a la etiopatogenia, al igual de los otros trastornos de ansiedad, deben reconocerse múltiples factores; entre ellos, factores bioquímicos, conductuales y psicológicos. Entre los primeros se reconoce la existencia de una desregulación del sistema noradrenérgico en el Locus caeruleus, asociado a alteraciones en la unidad GABA- receptores benzodiazepínicos. Dentro de las teorías conductuales se ha planteado que la evitación de estímulos nocivos produce satisfacción y tranquilidad; pero cuando ésta evitación produce resultados imprevisibles, se vuelve autónoma, fuente de malestar y produce ansiedad generalizada. En las teorías psicológicas, la

ansiedad es el resultado de emociones, conductas o estados peligrosos ocurridos anteriormente; o bien es el resultado de una búsqueda no del todo conciente de situaciones que producen ansiedad, con el sólo objetivo de sentir el beneficio que deriva del alivio de ésta, y de probarse a sí mismo que tiene capacidad de controlarla.

Como se mencionó anteriormente, el trastorno de ansiedad generalizada tiene un curso crónico, por tanto después del alivio o la desaparición de los síntomas hay la tendencia a la recurrencia, dependiendo de factores individuales, del tratamiento, del sistema de apoyo sociofamiliar, de la exposición a factores desencadenantes, del estilo de vida etc.

Es necesario diferenciar la ansiedad normal de la ansiedad patológica, luego, para entre ésta última hacer la diferenciación de las múltiples causas de ansiedad mórbida. Las causas más comunes son el consumo de drogas estimulantes o bien la supresión de drogas sedantes; los trastornos del ritmo cardíaco la hipertensión arterial, trastornos metabólicos y endocrinos como el Cushing, hipertiroidismo, síndrome carcinoide, feocromocitoma, hipoglicemia, hipocalcemia etc. Entre los trastornos psiquiátricos se debe descartar los otros trastornos de ansiedad, el trastorno de somatización, trastornos de adaptación, depresión.

Para tratar el trastorno de ansiedad generalizada se recomienda aplicar los principios generales de la relación médico paciente, con el objetivo de contextualizar bien la enfermedad generalmente malentendida por los paciente y los familiares, además de estimular al paciente a que fortalezca las actividades recreativas y de reposo, la relajación muscular, la bioretroalimentación, el deporte etc. La psicoterapia de orientación cognitiva y conductual está demostrando ser eficaz.

Los psicofármacos más recomendados son las benzodiacepinas o la buspirona, evitando en lo posible la administración prolongada. Del mismo modo los antidepressivos tricíclicos, la venlafaxina, la mirtazapina y los inhibidores de recaptación de serotonina están demostrando alguna eficacia.

OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Merecen atención aquí los trastornos de ansiedad que se asocian a consumo de sustancias o bien la supresión de las mismas, así como también la ansiedad que forma parte del cuadro sintomático de numerosas enfermedades “orgánicas”. La

intención de éste Manual no es profundizar en cada uno de estas enfermedades, pero sí alertar al médico de atención primaria sobre éste particular.

La presentación de estos cuadros de ansiedad puede ser más o menos típica de los diferentes trastornos de ansiedad que hemos descrito, o bien formar parte del cuadro clínico de la enfermedad somática de la cual forma parte, o del patrón de consumo de la sustancia o medicamento que consume. De ésta consideración se desprende que el tratamiento de estos trastornos de ansiedad debe ser el tratamiento de la enfermedad de base o padecimiento primario, sin que necesiten tratamiento específico.

A continuación se describen los principales cuadros somáticos y psiquiátricos con los cuales debemos hacer el diagnóstico diferencial:

| | |
|-------------------------------|--|
| DROGAS Y SUBST. ILICITAS | Caféina, descongestionantes nasales, estimulantes, hormona tiroidea, cocaína, teoflina, alucinógenos. Supresión de alcohol, benzodiacepinas, barbitúricos y opiáceos. Dopamina, lidocaína. |
| ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES | Arritmias, insuficiencia cardíaca, edema pulmonar, enfermedad coronaria. |
| ENFERMEDADES RESPIRATORIAS | Asma, neumotórax, embolia pulmonar, enfermedad obstructiva crónica, hiperventilación |
| TRASTORNOS METABOLICOS | Anemia, hipoglicemia, hipocalcemia, carcinoide hipercalcemia, hiponatremia. |
| TRASTORNOS ENDOCRINOS | Hipertiroidismo, hipotiroidismo, Cushing, insulinooma, feocromocitoma |
| ENFERMEDADES NEUROLOGICAS | Epilepsia, tumores, vértigo, acatisia |
| OTRAS | Lupus eritematoso, enfermedad ácido péptica, espasmo esofágico |
| TRASTORNOS PSIQUIATRICOS | Trastorno de pánico, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de la alimentación, hipocondriasis, trastorno de somatización, trastornos del estado de ánimo, trastorno de adaptación. |

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

La importancia de éstos trastornos radica en el hecho que su presentación se hace con síntomas que sugieren una enfermedad orgánica, locuaz hace que el médico no advertido sobre éste suceso piense que se trata en efecto de una enfermedad somática que no alcanza a descubrir. De aquí deriva el hecho que los médicos insisten

El tratamiento de los trastornos de somatización ponen a prueba la paciencia y competencia del médico, ya que va a requerir tolerar la ambigüedad con que se presentan los síntomas, la frustración del paciente, la desconfianza sobre los tratamientos y sobre todo la negación por parte del paciente de que los síntomas pudieran tener una base psicológica. Ante esto el médico debe tratar de explicar al paciente la forma como un conflicto psicológico puede generar síntomas orgánicos.

Las estrategias terapéuticas concretas son la psicoterapia cognitivo-conductual, y la prescripción de fármacos, por lo que los pacientes deben ser derivados a un servicio de salud mental que pueda proveer éste tratamiento.

TRASTORNO DE CONVERSION

La palabra “conversión” sugiere que algo cambia o muta. Para el caso del trastorno conversivo, se plantea la existencia de un conflicto psíquico que se convierte en una enfermedad aparentemente somática, manifestada a través de la pérdida o alteración del funcionamiento físico de una parte corporal. Contrariamente a lo que mucha gente piensa, el trastorno de conversión no es voluntario y no obedece a una enfermedad física ni a un trastorno fisiopatológico.

CASO ILUSTRATIVO

Una paciente mujer de 29 años, casada, madre de un niño de 3 años, es conducida al hospital porque hace 4 horas presenta un conflicto conyugal, según informa su hermana, la paciente comprueba la infidelidad de su esposo, motivo por el cual le reclama y le advierte que se va a separar de él. Recibe como respuesta una agresión verbal y física de parte de él. Dos horas más tarde advierte que súbitamente se le paralizan las piernas, hasta la altura de las ingles, lo que le impide caminar. Se acompaña de “cosquilleo” en la espalda y sensación de debilidad extrema en los brazos, y un “desmayo” que le impide responder a las preguntas que le formulan, sintiendo está a punto de perder la conciencia. En el hospital es evaluada clínicamente y se le realiza un examen neurológico el mismo que es negativo.

Los criterios diagnósticos del trastorno de conversión se pueden resumir así:

correspondencia con ella. Frecuentemente se encuentran síntomas afectivos de carácter depresivo o ansioso, pero que los pacientes lo interpretan como acompañantes de sus molestias físicas. Es sorprendente que los pacientes acuden a la consulta por los síntomas somáticos y no por los físicos, lo cual revela la importancia que los pacientes dan a los síntomas orgánicos y la concepción que tienen acerca de la salud.

CASO ILUSTRATIVO

María es una paciente de 33 años, separada, que trabaja en una empresa privada. Refiere que desde hace 5 años, a raíz de problemas conyugales que terminan en su separación conyugal presenta síntomas de ansiedad y depresión, acompañados de palpitations, sensación de parestesias en cuello y cabeza. Recibe como tratamiento un ansiolítico y unas pocas sesiones de psicoterapia con resultados pobres. Desde hace 3 años advierte dolores musculares fluctuantes, cefalea, frialdad de las manos, meteorismo, y diarreas que alternan con episodios de estreñimiento; en tanto que se profundizan los síntomas de inicio. En los dos últimos años manifiesta mareos, náusea, y mal sabor de la boca, que acompañan a una sensación de disfagia. Ha asistido a múltiples consultas, se ha realizado una serie de exámenes de laboratorio e imagenología, todos ellos sin revelar datos patológicos, por lo que el internista remite a la consulta de psiquiatría. En la evaluación de psiquiatría sobresalen un ánimo disfórico, tendencia a la sobrevigilancia de su salud y su cuerpo, frustración por no haber alcanzado algunas metas en su vida y por el fracaso del matrimonio, sobregigencia laboral, insomnio y marcado displacer en sus actividades.

Es común que el trastorno de somatización coexista con los trastornos disociativos y con el trastorno de estrés posttraumático, y ocasionalmente se puede encontrar trastorno de personalidad histriónico.

Los criterios diagnósticos resumidos del trastorno de somatización son los siguientes:

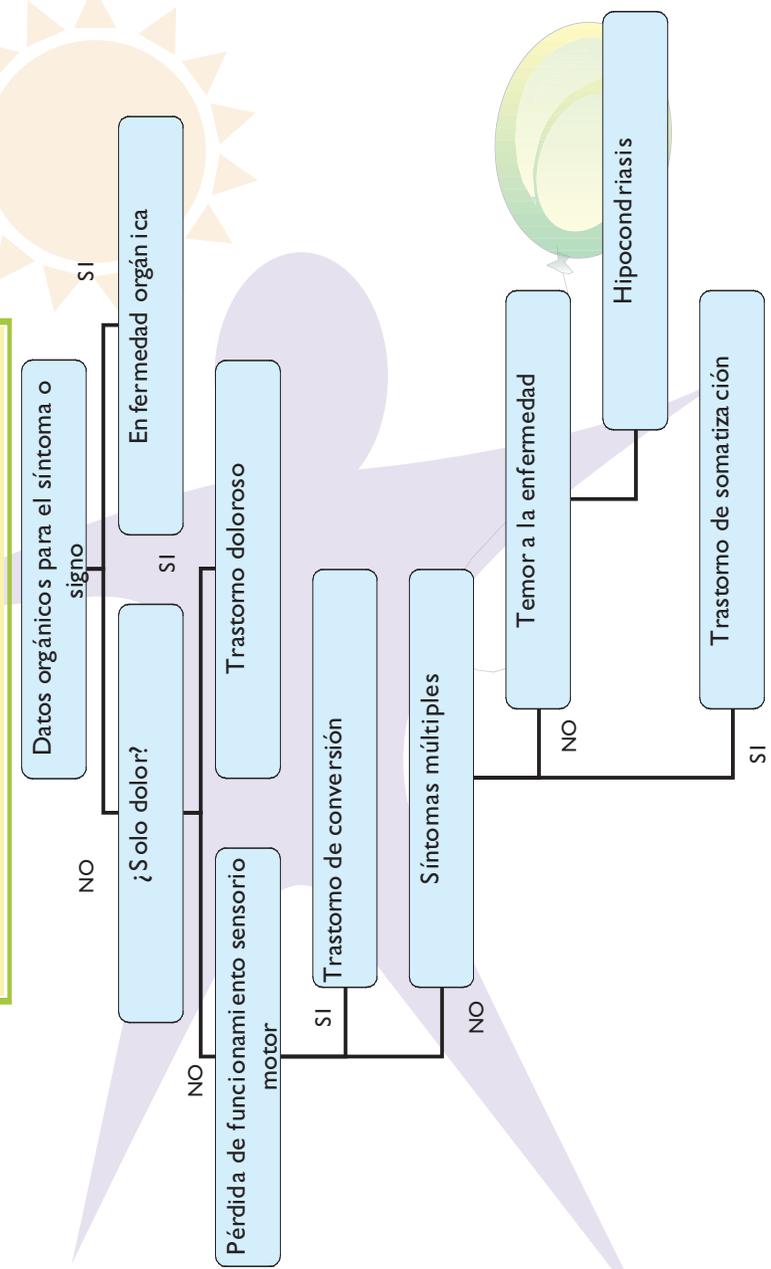
- ✓ Múltiples quejas somáticas que ocurren frecuentemente antes de los 30 años y duran algunos años.
- ✓ Deben haber síntomas dolorosos en varias partes del cuerpo, síntomas gastrointestinales, síntomas sexuales o seudoneurológico.

- ✓ Los síntomas no se explican por una enfermedad médica, o si la hay los síntomas y consecuencias son exageradas.
- ✓ los síntomas no son fingidos

Cuando se sospecha de un trastorno de somatización es obvio que se debe primero haber descartado un trastorno somático, del tipo de: enfermedades del colágeno como lupus eritematoso, esclerosis múltiple, otras de tipo sistémico, hiperparatiroidismo, los trastornos afectivos como la depresión que cursa con síntomas de somatización, el trastorno de angustia.

En cuanto a la etiopatogenia, no se ha propuesto una teoría bioquímica que explique el trastorno de somatización; más bien se encuentra una asociación entre experiencias de abuso sexual, violencia, privación afectiva en la infancia, de modo que se ha planteado la teoría de que las experiencias traumáticas se evocan físicamente con síntomas somatomorfos. Por último, se ha postulado que los pacientes con éste trastorno se identifican con uno de los padres que tiene una enfermedad somática y replican los síntomas de éste.

ALGORITMO PARA DIAGNOSTICO DE ANSIEDAD



síntoma conversivo; es decir hay una causa psicológica evidenciable por la asociación entre la enfermedad y una exposición a estrés y conflicto. También se cree que es una forma de respuesta aprendida cuando hay una persona significativa cerca del paciente (una especie de modelaje), y por último se ha planteado que las personas con éste trastorno no pueden verbalizar fácilmente sus emociones, y recurren al dolor como una forma de expresión de sus conflictos.

Dado que el dolor es un síntoma complejo y multideterminado, se requiere la participación de algunos especialistas, como el anestesiólogo, el traumatólogo, internista, el psicólogo y el psiquiatra. Es necesario mejorar la calidad de vida del paciente, mantener su nivel de funcionamiento y reducir los factores que potencian el síntoma. En éste objetivo son de ayuda la psicoterapia de tendencia conductual, la de apoyo para “sostener” al paciente en un nivel adecuado de afrontamiento sin que exija nuevos procedimientos quirúrgicos o diagnósticos innecesarios, junto a la terapia de grupo y familiar ya que éstos deben contribuir al tratamiento del paciente. Dado que éstos pacientes tienen propensión a la dependencia de fármacos, se debe prescribir con mucha prudencia, evitando los opiáceos y las benzodiazepinas. Más bien son de utilidad los antidepresivos en dosis comparables a las usadas para la depresión mayor.

HIPOCONDRIASIS

El término es muy conocido en la población general, la que le da un significado no necesariamente equívoco y se refiere a ella como una enfermedad crónica y caracterizada por la creencia de estar enfermo de algo sin que hay motivos para ello; es decir es una persona que se preocupa injustificadamente de tener una grave enfermedad buscando tratamientos y tomando muchas medicinas.

El cuadro clínico de la hipocondría se fundamenta en el temor a tener, o la creencia de que ya tiene una enfermedad física grave, temor que parte de la interpretación de manifestaciones fisiológicas normales o de una evidencia física mínima. Un dato esencial en el hipocondríaco es que mantiene su idea con plena convicción si bien esta no tiene las características de la idea delirante. Los síntomas ocasionan un malestar personal y deterioro en su funcionamiento social y laboral.

CASO ILUSTRATIVO

- ✓ Déficit del funcionamiento motor voluntario o sensorial
- ✓ Se identifican factores psicológicos que preceden a la presentación de los síntomas.
- ✓ Los síntomas no son producidos voluntariamente
- ✓ Los síntomas no se pueden explicar por una enfermedad orgánica o por consumo de sustancias.
- ✓ El síntoma ocasiona causa malestar, deterioro de la actividad y motiva una consulta médica.
- ✓ Los síntomas no son sólo dolor, ni disfunción sexual ni se explica mejor como un trastorno de somatización.

Es común que éstos pacientes hagan crisis que duran minutos u horas, pero excepcionalmente el trastorno puede durar mas tiempo; pero eso sí las crisis tienen la característica de recidivantes.

El diagnóstico diferencial del trastorno de conversión debe hacerse con las enfermedades orgánicas, pero como resulta obvio, la exploración será negativa y mas bien los parámetros fisiológicos son normales, al igual que los exámenes de laboratorio. No obstante, en algunas ocasiones el diagnóstico es difícil cuando los síntomas son ambiguos o cuando no se reporta un desencadenante psicológico. Síntomas conversivos pueden ocurrir en una persona con trastorno de somatización, en cuyo caso se debe diagnosticar éste y no trastorno de conversión. En la hipocondría existe síntomas físicos, pero no existe pérdida o distorsión de la función corporal; y en la simulación, todo el cuadro es conciente y voluntario, con una intención pre concebida, cosa que no ocurre en la conversión.

En cuanto a la etiopatogenia, la propuesta psicoanalítica es de que existe un conflicto psicológico considerado inaceptable que debe reprimirse en el inconciente, pero siempre propende a salir a la conciencia a través de síntomas somáticos que adquieren el carácter de símbolo y no como recuerdos, porque sería muy doloroso para el paciente.

El hecho de lograr que el conflicto permanezca en el inconciente constituye la ganancia primaria; en tanto que las respuestas en las personas, en la forma de compasión, atención, constituye la ganancia secundaria.

Dado que el paciente con cuadros conversivos frecuentemente acuden a hospitales generales, es necesario como primer paso informar al paciente la naturaleza de sus síntomas, evitando acceder a reforzar el síntoma, y más bien informando sobre la transitoriedad del mismo. Una actitud segura, cálida pero firme ayudará al paciente. Cuando al trastorno por conversión se asocian trastorno por estrés postraumático o trastornos afectivos, la psicoterapia y la prescripción de fármacos resultan de mucho valor. Los pacientes con trastorno de conversión requieren psicoterapia en manos de una persona experimentada, por lo que deben ser referidos a tratamiento de especialidad.

TRASTORNO POR DOLOR

Se presume que la frecuencia de éste trastorno es alto en la consulta de los hospitales, pero no existen estudios que documenten ésta presunción. Los pacientes con éste trastorno van siempre a los hospitales generales y son atendidos por los médicos como si fuesen enfermedades orgánicas, y por tanto tratadas como tales. Se considera que la enfermedad es más común en mujeres y que existen familias de personas con éste trastorno, lo que es entendido como un aprendizaje de éste síntoma.

CASO ILUSTRATIVO

Un paciente de 42 años, casado, padre de dos hijos y de actividad comerciante, viene a la consulta portando una bolsa de plástico con recetas, un sobre de Manila con radiografías y exámenes de gabinete, y otra bolsa con tabletas. Manifiesta al médico “ mire doctor cuanto he gastado y ninguno de los médicos ha atinado con mis dolores...” Manifiesta que su enfermedad se caracteriza por un dolor en el hombro y la paleta izquierda, que a veces se pasa a la parte lateral del cuello y las costillas del mismo lado. El dolor es como pesantez y permanece allí por varias horas, para atenuarse un poco y volver con más fuerza. Ha consultado a varios médicos quienes le recetan relajantes musculares, analgésicos, vitaminas del complejo B y ocasionalmente antimigrañosos porque a veces se asocia con dolor de la parte izquierda de la cabeza. Refiere que éste dolor le acompaña muchos años y que hay “temporadas” en que se mejora, pero vuelve sobre todo cuando está con mucho trabajo y preocupaciones.

Los exámenes revelan ligera anemia y poliparasitosis intestinal, y una fractura antigua del antebrazo que está muy bien soldada.

La historia antes relatada revela un rasgo característico del trastorno por dolor, cual es la visita a muchos médicos y la realización de exámenes numerosos, así como la ingesta de infinidad de fármacos. Otra característica revelada es el curso fluctuante de la enfermedad.

Los criterios diagnósticos orientadores de ésta patología son los siguientes:

- ✓ Presencia de dolor que acapara su atención y motiva la consulta médica
- ✓ El dolor causa malestar significativo
- ✓ Los factores psicológicos se asocian con la aparición o exacerbación
- ✓ El dolor no es fingido
- ✓ El dolor no se explica mejor por un trastorno del estado de ánimo, dispareunia, trastorno de ansiedad o psicótico.

No obstante que su diagnóstico pudiera parecer sencillo, es necesario diferenciar éste trastorno de las enfermedades físicas que pudieran ocasionar dolor como por ejemplo para nuestro caso los problemas coronarios, las enfermedades osteoarticulares.

Se debe estar alerta a la creencia de que si el dolor mejora con sugestión o placebos, necesariamente deberá ser de carácter psicógeno, ya que los dolores somáticos también mejoran con éstas intervenciones. El dolor en caso de somatización, conversión o depresión casi nunca dominan el cuadro clínico y sobre todo se acompañan de otros síntomas.

Como se ha descrito, el trastorno por dolor puede ser una condición patológica altamente perturbadora, mas aún si no se ha llegado al diagnóstico o no se ha implementado una terapia apropiada. El pronóstico es peor en las personas que no trabajan, no realizan medidas psicohigiénicas y no recurren a una psicoterapia, permitiendo que su atención esté centrada en el dolor.

En cuanto a la epidemiología, se presume que éste trastorno es muy común en la práctica médica, con un predominio en las mujeres.

En cuanto a la etiopatogenia de la enfermedad se ha propuesto que el dolor es un

- c. Pérdida o alteración del funcionamiento físico que sugiere un trastorno orgánico
- d. Producción voluntaria de síntomas físicos

9. En contraste con el trastorno de conversión, el trastorno somatomorfo doloroso:

- a. Es fingido o simulado
- b. Es asociado siempre a trauma psíquico
- c. No requiere antecedente de trauma o impacto psíquico
- d. No es un trastorno psicógeno
- e. Ninguno es correcto

10. La hipocondría se caracteriza por:

- a. Temor o creencia a tener una enfermedad física grave
- b. Interpretaciones exageradas de síntomas menores
- c. Ausencia de enfermedad física relacionada con el síntoma
- d. Todas ellas son correctas
- e. Solo a y c son correctas

11. La hipocondría y el trastorno de somatización se diferencian porque :

- a. El trastorno de somatización es una forma de simulación
- b. La hipocondría es crónica y el trastorno de somatización es subagudo
- c. La somatización presenta síntomas múltiples y la hipocondría es creencia a una enfermedad específica
- d. Ninguna es correcta

12. El tratamiento adecuado para la fobia específica es :

- a. Generalmente fallido con psicoterapia o farmacoterapia
- b. Satisfactorio con técnicas de exposición
- c. Insatisfactorio con técnicas de exposición
- d. Predominantemente con fármacos y mínima psicoterapia
- e. No tiene tratamiento

13. El tratamiento farmacológico del trastorno de ansiedad generalizada puede hacerse con:

- a. Benzodiazepinas, fenotiacinas, valproato sódico
- b. Buspirona, antidepresivos tricíclicos

José es un paciente de 42 años casado y padre de 5 hijos empleado en una empresa privada, que acude a la consulta frustrado por que ningún médico ha dado con las evidencias de su enfermedad a la que el califica de un tumor en el estómago, casi seguramente un cáncer, sospecha que le ha llevado a buscar a muchos médicos y ha realizarse múltiples endoscopías y exámenes radiológicos, sin que en ninguna de ellas se haya encontrado evidencia alguna. Se describe a si mismo como una persona muy preocupada de su salud tenso y temeroso de que podría morir joven, por lo que periódicamente se somete a exámenes de control, esta creencia de tener un tumor estomacal ha llegado a interferir en su desempeño social y laboral, ya que cuando se siente muy enfermo solicita permisos.

Los criterios diagnósticos (sintetizados) para la hipocondría son los siguientes:

- ✓ Preocupación y temor o convicción de tener una enfermedad grave
- ✓ La idea persiste a pesar de los exámenes negativos
- ✓ Esta idea no es de característica delirante
- ✓ La idea hipocondríaca causa angustia y deterioro socio-laboral
- ✓ La enfermedad ha durado cuando menos 6 meses
- ✓ La preocupación no se explica mejor a través del trastorno de ansiedad generalizada, o el obsesivo compulsivo, el trastorno de angustia, depresión mayor u otro trastorno somatomorfo

No obstante, que al parecer el diagnóstico no representa problemas la hipocondría es una enfermedad que debe diferenciarse de las siguientes enfermedades:

- Un padecimiento somático real, lo cual obliga a una búsqueda racional de una enfermedad orgánica
- De la esquizofrenia y la depresión mayor cuando estas dos enfermedades crucen con ideas delirantes de carácter somático
- La diferenciación con el trastorno de somatización se basa en que este último se caracteriza por múltiples quejas atípicas y no relacionadas entre sí mientras que la hipocondría se manifiesta por el temor o creencia a tener una enfermedad

No existen estudios concluyentes acerca de la frecuencia de esta enfermedad pero

se supone que es frecuente solo que no diagnosticada y mucho menos tratada. Se cree que su frecuencia es por igual en hombres y mujeres y su curso es característicamente crónico con episodios recidivantes y un deterioro variable de su desempeño socio-laboral y familiar.

Se han propuesto varias hipótesis etiopatogénicas en torno a la hipocondría, una de ellas sostiene que es una respuesta a conflictos psicológicos inconcientes sin que haya acuerdo en los mecanismos psicológicos que participen en esto. Otra teoría sostiene que el hipocondríaco presenta una preocupación excesiva acerca de sí mismo, percibiéndose como una persona enferma, débil, limitada. Por último se ha propuesto que la hipocondría es el resultado de una falla de la persona en la percepción integral de sí misma, a parte de que los hipocondríacos tienen dificultades para expresar sus emociones, haciéndolo a través de quejas o creencias de enfermedad somática.

Para la hipocondría, no es útil el tratamiento somático ya que jamás serán suficientes. Tampoco los pacientes acceden a ir al psiquiatra, por lo que el médico general es el más oprimido para ayudarlo, potenciando una adecuada empatía e informando la naturaleza de la enfermedad sin que sucumba a realizar nuevos exámenes y prescripciones. Debe orientarlo a que resuelva sus conflictos y mejorar su calidad de vida. No están indicados los psicofármacos.

EVALUACIÓN DEL MÓDULO DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS DISOCIATIVOS

1. Señale la frase correcta en relación al trastorno de pánico

- a. Nunca cursan con Agorafobia
- b. Se debe diferenciar de la crisis Addisoniana
- c. La complicación más frecuente es la depresión
- d. Su aparición es excluyente con la úlcera

2. Una idea intrusiva, considerada falsa por el paciente, repetitiva y que condiciona la conducta es:

- a. Idea delirante
- b. Idea sobrevalorada
- c. Idea obsesiva
- d. Idea hipocondríaca
- e. Ninguna es correcta

3. La reacción aguda al estrés constituye:

- a. Una reacción patológica de nivel disociativo
- b. Una respuesta inoportuna y exagerada
- c. Una reacción psicológicamente comprensible
- d. Un intento adaptativo no siempre exitoso
- e. C y D

4. El trastorno de ansiedad generalizada :

- a. Es un trastorno residual del trastorno por estrés postraumático
- b. Es un y trastorno que debe durar mínimo 6 meses
- c. Es un trastorno que una vez tratado, rara vez recidiva
- d. Su prevalencia al año es de 4 a 5 % en mujeres
- e. b y d son correctas

5. El trastorno somatomorfo puede caracterizarse por:

- a. Pérdida del funcionamiento sensoriomotor
- b. Síntomas exclusivos de dolor
- c. Enfermedad orgánica de base
- d. Todos ellos son correctos
- e. a y b son correctos

6. El trastorno de somatización coexiste a menudo con:

- a. Trastorno histriónico de la personalidad
- b. Trastorno disociativo
- c. Trastorno por estrés postraumático
- d. Trastorno esquizotípico
- e. Todos menos d

7. En la etiopatogenia del trastorno de somatización:

- a. No hay evidencias de trastorno bioquímico
- b. Hay fuerte relación con experiencias traumáticas previas
- c. Hay identificación psicológica con un progenitor enfermo
- d. b y c son correctas
- e. Todas son correctas

8. Son características que definen al trastorno por conversión:

- a. Pérdida o desestructuración de la conciencia
- b. Somatización persistente a través de múltiples síntomas

- c. Barbitúricos, carbamazepina, benzodiazepinas
- d. Lamotrigina, carbamazepina
- e. Ninguno de ellos

14. El tratamiento del trastorno de somatización es :

- a. Psicoanálisis, mas neurolépticos
- b. Estrictamente psicofarmacológico
- c. Es predominantemente psicoterapéutico
- d. Tratar las enfermedades orgánicas que generan los síntomas
- e. Ninguna es correcta

15. En relación al tratamiento del trastorno de conversión:

- a. Es efectiva la terapia somática con antidepresivos
- b. Las terapias farmacológicas son las mas efectivas
- c. Se indica la psicoterapia a largo plazo
- d. La psicoterapia de familia y pareja no son efectivas
- e. Ninguna es correcta

RESPUESTAS A LA EVALUACION:

- 1. C
- 2. C
- 3. E
- 4. E
- 5. E
- 6. E
- 7. E
- 8. C
- 9. C
- 10. D
- 11. C
- 12. B
- 13. B
- 14. C
- 15. C



TRASTORNOS
ORGÁNICO - CEREBRALES
Dr. Nelson Samaniego S.

Cuadro Clínico:

Tiene un inicio insidioso y gradual. Se caracteriza por:

- Trastornos de la memoria: alteración de la memoria reciente que produce desorientación.
- Alteraciones del pensamiento: pensamiento concreto, incapaz de diferenciar lo esencial de lo accesorio o de interpretar proverbios.
- Alteraciones del juicio práctico.
- Puede acompañarse de apraxia, afasia, agnosia o alteración de la capacidad de construcción.
- Alteraciones del afecto: labilidad emocional.
- Quejas simplistas
- La inteligencia disminuye.

En resumen, se encuentran disminuidas cuatro categorías:

1. Capacidad para expresar sentimientos e impulsos.
2. Capacidad de emplear las facultades mentales efectivamente y lograr metas, como aprender, memorizar, etc.
3. Capacidad para mantener en forma apropiada el umbral y la tolerancia para la frustración y fracasos y recuperarse en forma adecuada de ellos.
4. Capacidad de emplear efectivamente y modular las reacciones de defensa.

El diagnóstico diferencial se lo debe realizar con neurosis, esquizofrenia, depresión y delirium.

Tratamiento:

- ✓ Está dirigido a la causa de base.
- ✓ Se debe explicar al paciente sus nuevas limitaciones.
- ✓ Precaución al ajustar dosis de psicofármacos y evitar la polifarmacia.
- ✓ El tratamiento es básicamente sintomático.
- ✓ Mantener al enfermo en contacto social.

CARACTERÍSTICAS GENERALES

DEFINICIÓN.- Se denomina así a los síndromes que tienen como substrato alteraciones estructurales evidenciables por los medios al alcance de la ciencia en el ENCÉFALO o sus envolturas y la clasificación en AGUDOS Y CRÓNICOS se establece, en esencia, por sus posibilidades de reversión, llamándose agudos a los que pueden regresar totalmente y crónicos a los restantes.

Hay ocho tipos de patologías incluidas en este gran síndrome.

I. DELIRIUM

Etimológicamente significa:

DE: Lejos de

FUERA DEL CAMINO

LIRA: Camino

Definición: Se define como un síndrome mental orgánico agudo con alteración del nivel de conciencia, de la cognición y de la actividad motora, desorientación y alteración del ciclo sueño-vigilia. Suele instaurarse en horas o días. Su evolución dura entre 3 a 12 días, cuando es tratado. En caso de durar por meses, se clasifica como demencia.

Epidemiología:

- 10-15% de pacientes hospitalizados por enfermedades médicas o quirúrgicas.
- 30-33% en pacientes hospitalizados de la tercera edad.
- 80% en pacientes con enfermedades terminales.
- Más frecuente en mayores de 60 años y niños.

Etiología:

1. Sistema nervioso central: Traumatismos, epilepsia, enfermedades vasculares, enfermedades degenerativas, infecciones.
2. Metabólicas: Fallo renal o hepático, uremia, anemia, hipoxia, hipoglucemia, déficit de tiamina, alteraciones hidroelectrolíticas o del equilibrio ácido-base.
3. Cardiopulmonares: Infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, arritmias, falla respiratoria.

4. Sistémicas: Abuso y abstinencia de sustancias, infecciones, neoplasias, privación sensorial, fiebre, postquirúrgicas, endocrinopatías.
5. Sustancias: Alcohol (delirium tremens), anfetaminas, marihuana, cocaína, opioides, benzodiazepinas.
6. Medicamentos: Anestésicos, analgésicos, antihistamínicos, anticonvulsivantes, antihipertensivos, antibióticos, esteroides.

Cuadro Clínico:

Las principales alteraciones son:

- ✓ Alteración del nivel de conciencia (obnubilación)
- ✓ Alteraciones en la cognición: sensopercepción, pensamiento y memoria.
- ✓ Desorientación: témporo-espacial, que empeora en las noches.
- ✓ Atención: disprosexia y alteraciones que se clasifican como confusión.
- ✓ Afecto: miedo, ansiedad, irritabilidad, depresión, euforia.
- ✓ Psicomotor; hiperactividad o hipoactividad.
- ✓ Sueño: insomnio o somnolencia.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial en particular con la demencia. Hay que tener en cuenta que la demencia:

- No es reversible.
- Tiene un inicio subagudo o crónico.
- Los síntomas no fluctúan durante el día.
- No hay alteración en el nivel de conciencia.

Tratamiento

1. Ambiental:

- Cuarto silencioso, con la luz prendida durante el día a apagada durante la noche.
- Mantener orientación, por medio de relojes o calendario.
- Mantener el ciclo sueño-vigilia, por medio de luz durante el día y apagando la luz por las noches.

- Evitar la privación sensorial.
- Nutrir y evitar desequilibrios electrolíticos.

2. Tratar la causa de base.

3. Farmacológico:

- Requiere el uso de antipsicóticos de alta potencia.
- En el caso de abstinencia alcohólica, se utilizará benzodiazepinas.
- Se sugiere cualquiera de los siguientes esquemas:

| MEDICACIÓN | DOSIS |
|---------------|-----------------------------|
| Haloperidol | 0,5-5 mg cada 2-12 horas |
| Clorpromazina | 12,5-50 mg. cada 4-12 horas |
| Risperidona | 1-3 mg. cada 12 horas |
| Olanzapina | 2,5-10 mg. cada 12 horas |
| Lorazepam | 0,5-2 mg. cada 1-4 horas |
| Midazolam | 30-100 mg. cada 4-8 horas |

2. DEMENCIA

Se define como un deterioro de las funciones cognitivas a tal punto que interfiere con las actividades normales del paciente y sus relaciones sociales.

Etiología

- Degenerativas: Enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Pick, Corea de Huntington, enfermedad de Parkinson, parálisis supranuclear progresiva.
- Vasculares: Demencia multiinfartos, hemorragia subaracnoidea, malformaciones arterio-venosas, embolia cerebral.
- Metabólicas, endocrinas y nutricionales: Insuficiencia hepática, renal, pulmonar, hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipercalcemia, hiponatremia, hipoxia, avitaminosis (ácido fólico, tiamina, vitamina B12).
- Traumatismos, epilepsia, hidrocefalia.
- Infecciones del sistema nervioso central: meningitis, encefalitis, sífilis.
- Intoxicaciones por alcohol, plomo, arsénico, barbitúricos.

En ocasiones, puede simular una depresión con apatía. Puede presentar alucinaciones, ideas delirantes y, en especial, éstas pueden ser de tipo paranoide.

El curso depende de la causa y el diagnóstico definitivo, debería realizarse luego de al menos un mes de evaluación.

Tratamiento

- ✓ Tratamiento de la causa orgánica.
- ✓ Dependiendo de los síntomas, se utilizará medicación anti psicótica, antidepresiva o antimaniacal.
- ✓ En la mayoría de los casos, es necesaria la hospitalización.

8. SINDROME CEREBRAL ORGANICO ATÍPICO O MIXTO

Se incluye en esta categoría, los casos que no cumplen los criterios para entrar dentro de cualquiera de los síndromes orgánicos ya mencionados.

CASOS ILUSTRATIVOS Y AUTOEVALUACION

CASO 1

Enfermo encamado, con facies poco expresivas y movimientos lentos, resulta difícil la comunicación y es necesario hablarle en voz alta para que nos escuche, pese a lo cual nos comprende con dificultad. Cuando le interrogamos, manifiesta que está en el hospital y que quienes le rodean son enfermos, desconoce la fecha exacta, pero sabe el año en curso. Cumple las orientaciones con lentitud y su pensamiento está retardado.

CASO 2

Paciente con aspecto descuidado, nos atiende con dificultad y contesta con relativa adecuación, aunque apreciamos que desconoce la fecha. Sabe donde está y quiénes somos. La familia informa que se le olvidan los hechos más trascendentales, como el fallecimiento reciente de un hijo y, por otra parte, inmediatamente después de comer ha preguntado que cuándo servirán la mesa. En el interrogatorio nos informa que ayer recorrió su provincia de procedencia, hecho que la familia niega. Hay cierto grado de euforia y cuando exploramos su memoria es incapaz de repetir más de dos dígitos, no resuelve la prueba de los tres papeles y olvida totalmente el cuento prueba.

3. SINDROME AMNESTICO (KORSAKOFF)

Se caracteriza por una alteración en la memoria anterógrada y retrógrada.

Etiología:

Son básicamente, las mismas causas ya mencionadas en lo referente a demencia, poniendo énfasis en el alcohol, déficit de tiamina (Síndrome Wernicke- Korsakoff), uso de terapia electroconvulsiva, tumores cerebrales, intoxicaciones por monóxido de carbono, anoxia cerebral, enfermedades degenerativas, infecciones intracraneales.

Cuadro Clínico:

Se presenta como una alteración de la memoria retrógrada (hechos anteriores) y anterógrada (hechos recientes). Es frecuente la presencia de desorientación, confabulaciones (relatos imaginarios que el paciente usa para llenar sus huecos amnésicos) o paramnesias (falso reconocimiento).

En el Síndrome Wernicke-Korsakoff, suele presentarse delirium, oftalmoplejía, nistagmus y ataxia.

Tratamiento

- ✓ Tratamiento de la causa de base.
- ✓ En alcohólicos, se sugiere utilizar tiamina IM. 50 mg por día hasta recuperación del paciente junto con complejo B VO. 3-4 veces por día.
- ✓ Rehabilitación.

5. ALUCINOSIS ORGÁNICA

Se caracteriza por: alucinaciones persistentes y recurrentes, no hay delirium, sin síntomas demenciales, sin grandes cambios afectivos o trastornos delirantes.

Etiología

Frecuentemente es secundario a alcoholismo, alucinógenos, medicamentos (levodopa, efedrina, propanolol, atropina), neoplasias cerebrales, aneurismas, abscesos, migraña, hipotiroidismo, procesos vasculares cerebrales, glaucoma, cataratas bilaterales, epilepsia.

Cuadro Clínico:

Se caracteriza por la presencia de alucinaciones persistentes y recurrentes sin alteración de la orientación, conciencia, afecto o pensamiento.

El alcohol produce alucinaciones auditivas, mientras que los medicamentos y alucinógenos producen alucinaciones visuales. En la epilepsia las alucinaciones pueden ser también olfatorias o somestésicas. El curso depende de la causa.

Tratamiento

- ✓ Tratar la causa de base.
- ✓ Cuando el proceso es secundario a alcohol o drogas, es útil utilizar clordiazepóxido 100 mg. IM c/12h o haloperidol 5-10 mg. c/8h.

5. SINDROME DELIRANTE ORGANICO

Se caracteriza por ideas delirantes sin alteración de la conciencia.

Etiología:

- Drogas y medicamentos: anfetaminas, efedrina, cocaína, esteroides, marihuana, levodopa, alcohol.
- Sistema nervioso central: epilepsia del lóbulo temporal, encefalitis, traumatismos.
- Sistémicas: Lupus eritematoso sistémico, síndrome de Cushing, hipo o hipertiroidismo, porfirias.

Cuadro Clínico:

Se caracteriza por la presencia de ideas delirantes sin alteración de la conciencia, orientación, afecto o sensopercepciones (alucinaciones).

En los alcohólicos son frecuentes los delirios celotípicos.

En general, los delirios pueden ser sistematizados o no.

Tratamiento

- ✓ Tratar la causa de base.
- ✓ Es necesario el uso de antipsicóticos como el haloperidol.

6. SINDROME ORGANICO AFECTIVO

Se caracteriza por trastornos depresivos o maníacos causados por factores orgánicos.

Etiología:

- Sustancias y medicamentos: esteroides, metildopa, levodopa, anticonceptivos orales, anfetaminas, alucinógenos.
- Endocrinos: hipoparatiroidismo, síndrome de Cushing.
- Otros: influenza, hepatitis, anemia, carcinoma pancreático, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Parkinson, neurosífilis.

Cuadro Clínico

Se caracteriza por cambios en el afecto del paciente, presentando sintomatologías similares a un cuadro depresivo o maníaco, por lo tanto, los signos y síntomas son los que se ven en un estado depresivo o maníaco.

Tratamiento

- ✓ Tratar la causa subyacente
- ✓ Dependiendo de la gravedad, se requerirá el uso de medicación antidepresiva o antimaniaca. El enfermo mejora al suprimir la causa; sin embargo, los síntomas pueden continuar y ameritar tratamiento sintomático.

7. SINDROME ORGANICO CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Etiología:

La causa más importante es la presencia de un traumatismo craneoencefálico. Otros procesos frecuentes son la hemorragia subaracnoidea, procesos vasculares, tumores, aneurismas, epilepsia, uso de esteroides y alucinógenos.

Cuadro Clínico:

El daño del lóbulo frontal provoca cambios en la personalidad o la conducta. Puede presentarse como moria (risa tonta, sin sentido), conductas eróticas, exhibicionismo, irritabilidad, agresividad.

CASO 3

Paciente que 12 horas después de su ingreso comenzó a mostrarse temeroso refiriendo a gritos que veía una serpiente que subía por la cabecera de su cama. Lo encontramos en su lecho protegido manualmente por dos familiares. Su facies es de terror, está sudoroso y tembloroso, su lenguaje es a ratos tropeloso y notamos gran dificultad en la comunicación. El interrogatorio evidencia que por momentos sabe que está en el hospital, pero otras veces habla como si estuviera en su trabajo. Informa sentir cucarachas que le caminan por el cuerpo.

4. *En el delirium, el síntoma cardinal es:*
 - a. Alteraciones sensoperceptivas
 - b. Obnubilación
 - c. Hipoactividad
 - d. Todas ellas
 - e. Ninguna de ellas
5. *El neuroléptico utilizado para las crisis de agitación en el delirium es el haloperidol, la dosis aconsejada es:*
 - a. 0,5-2 mg. cada 2 a 12 horas.
 - b. 0.5-3 mg. cada 2 a 12 horas
 - c. 0,5-4 mg. cada 2 a 12 horas.
 - d. 0,5-5 mg. cada 2 a 12 horas.
6. *El trastorno demencial es una enfermedad adquirida.*

V ó F
7. *En las demencias las alteraciones de la memoria son un síntoma cardinal, sobre todo cuando se presentan en el adulto mayor, señale cual de ellas principalmente:*
 - a. Evocación
 - b. Fijación
 - c. Todas ellas
8. *En el síndrome amnésico el enfermo sufre las fallas en la memoria con:*
 - a. Mentiras
 - b. Falsos recuerdos
 - c. Confabulaciones
9. *En la alucinosis orgánica, no existe uno de los síntomas que a continuación se señala:*
 - a. Alucinaciones
 - b. Alteraciones del juicio

- c. Delirios
- d. Agnosias

10. En el síndrome delirante orgánico, hay alteraciones de la conciencia
V ó F
11. El cuadro que presenta alteraciones tanto maníacas como depresivas sin llegar a la psicosis se denomina:
12. El daño en el lóbulo frontal acompañado de trastornos de la personalidad, conducta y moria, se le califica como:
13. Los medicamentos anestésicos, analgésicos, antihistamínicos, anticonvulsivantes, antihipertensivos, antibióticos y esteroides son causa de delirium.
V ó F

RESPUESTAS

CASO 1

Síndrome cerebral orgánico agudo. Específicamente, síndrome de obnubilación.

CASO 2

Síndrome cerebral orgánico crónico. Específicamente, síndrome amnésico confabulatorio.

CASO 3

Síndrome cerebral orgánico agudo. Específicamente, síndrome de delirium.

- | | | | |
|-----|---|----|-----------|
| 4. | b. | 5. | 0,5-5 mg. |
| 6. | Verdadero | 7. | b |
| 8. | c | 9. | c |
| 10. | Falso | | |
| 11. | Síndrome orgánico afectivo | | |
| 12. | Síndrome orgánico con trastornos de la personalidad | | |
| 13. | Verdadero. | | |

El tratamiento de los trastornos disociativos, cuando no remiten de manera espontánea como suele suceder al alejar al paciente del estímulo estresante, requiere psicoterapia o hipnosis facilitada por fármacos. Se debe alentar al paciente a reconocer los factores estresantes y a fomentar hábitos saludables. Luego el paciente es ayudado a asimilar las experiencias psicotraumáticas. Con éste objetivo se pueden utilizar una variada gamma de técnicas psicoterapéuticas. El uso de psicofármacos sólo se indica para tratar los procesos afectivos concomitantes.

De lo antes mencionado, una persona con trastorno disociativo, luego de ser identificada, debe ser derivada a un servicio de especialidad.

La característica sobresaliente de estos trastornos es la alteración en la conciencia e identidad de sí mismo o de su entorno, de la memoria y de la conducta motora. No obstante lo aparatoso que pueden ser sus síntomas es un trastorno subdiagnosticado, y la importancia radica en el hecho de que en el mundo actual son frecuentes los impactos psicotraumáticos agudos e intensos como guerras, catástrofes naturales, asaltos y agresiones sexuales, etc., condiciones que se asocian con la aparición de estos trastornos.

Describiremos de manera sucinta las características más relevantes de estos trastornos.

AMNESIA DISOCIATIVA

Es la pérdida de la memoria que sucede a un impacto psicotraumático intenso y agudo, y que no obedece a un trastorno mental orgánico. Este trastorno puede pasar desapercibido y el paciente es identificado solo cuando se hace una historia muy detallada.

La amnesia disociativa se diagnostica por los siguientes parámetros:

1. Episodios de amnesia posteriores a la vivencia de un psicotrauma intenso
2. El trastorno no obedece a la ingestión de una sustancia o medicamento o a una enfermedad orgánica y tampoco por otro trastorno mental
3. Los síntomas generan malestar y deterioro social y laboral

La amnesia disociativa debe diferenciarse de trastornos mentales orgánicos, demencia, delirium, trauma craneal, simulación y otros trastornos disociativos.

TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO

Se denomina también trastorno de personalidad múltiple y se caracteriza por que 2

o más identidades o estados de personalidad existen en un mismo individuo. Cada identidad tiene su patrón de comportamiento, formas de reaccionar e incluso manifestaciones fisiológicas.

Se considera un trastorno que se presenta en el 1 a 3% de la población general, aceptándose una tendencia familiar y relacionando con un trauma psicológico ocurrido en edad temprana.

Los criterios diagnósticos del trastorno de identidad disociativo son los siguientes.

1. Presencia de 2 o más estados de personalidad diferentes en una misma persona, que funcionan alternativamente
2. Estos estados controlan la conducta de la persona
3. No se recuerda información importante de la otra personalidad
4. El trastorno no obedece a consumo de sustancias o enfermedad orgánica

FUGA DISOCIATIVA

Se caracteriza por una huida del hogar o del sitio de trabajo hacia un nuevo lugar de residencia, con incapacidad para recordar su pasado; por lo que el paciente da la impresión de huir de algo que no recuerda, pero del mismo modo cuando ha pasado el episodio de fuga tampoco recuerda lo que ocurrió durante esta.

La fuga disociativa es un trastorno relativamente raro y muy difícilmente llegan a los servicios de salud; no obstante, el médico de atención primaria debe mantener esta posibilidad sobre todo cuando se presenten grandes catástrofes que ocasionan impactos psicotraumáticos agudo y muy intensos en las personas

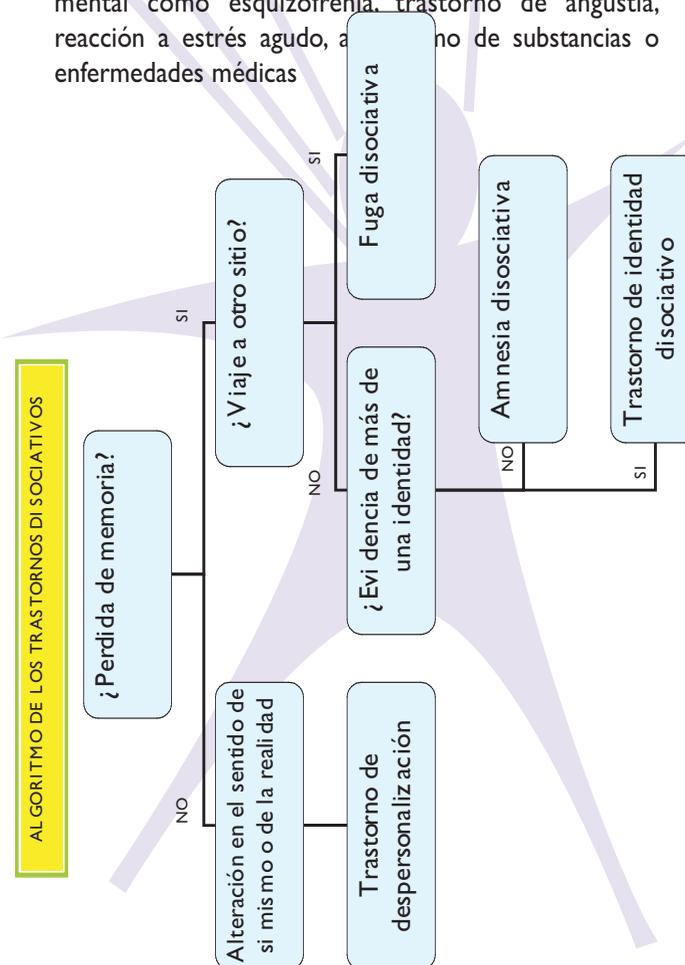
TRASTORNO DE DESPERSONALIZACION

La despersonalización se caracteriza por una perturbación en la percepción de uno mismo, aunque a veces se acompañan de alteraciones de la percepción del ambiente externo de la persona (desrealización). El paciente con despersonalización pierde temporal y repentinamente el sentido de su propia realidad lo que puede manifestarse con una sensación de rareza de su cuerpo, de automatismo o de separación de su cuerpo de modo que se ve a sí mismo desde afuera. Se considera

que alrededor del 2% de la población presenta este trastorno el mismo que debe diferenciarse de la depresión, del trastorno de ansiedad, de episodios psicóticos o de enfermedades neurológicas que cursan con síntomas de despersonalización.

Los criterios diagnósticos de este trastorno se pueden definir así:

- ✓ Sentimientos de separación de su cuerpo o de extrañeza hacia el mismo
- ✓ Sentido de realidad intacto
- ✓ La despersonalización genera angustia y deterioro sociolaboral
- ✓ La despersonalización no obedece a otro trastorno mental como esquizofrenia, trastorno de angustia, reacción a estrés agudo, abuso de sustancias o enfermedades médicas



hipercinéticos están predestinados a conservar esta conducta y además a ser delincuentes en su edad juvenil o adulta. Otros autores niegan este pronóstico y lo atribuyen a comorbilidad con otros trastornos (Lie, 1992). Según esta última opinión, las mujeres no conservan su conducta hipercinética en la adultez, y en los varones son mas bien raros los trastornos de aprendizaje, laborales o asociales.

Epidemiología:

Hay mucha variación en cuanto a la prevalencia de este síndrome, desde 0.09 % en la Isla de Whigh (Rutter 1970), hasta 20% en EE. UU. (Huessy, 1967), En varios estudios en Sevilla, España se encuentran variaciones de prevalencia del 4 al 20%, según se usen los criterios del DSMIII-R o el Cuestionario de Conners, al cotejar con una entrevista psiquiátrica estructurada, los índices bajan al 4% y 6% (Benjumea, 1993). No tenemos datos de prevalencia en el Ecuador, pero reportes personales nos indican que es uno de los motivos de consulta mas frecuentes en la Psiquiatría y Psicología Infantil en nuestro medio.

Criterios diagnósticos del CIE-10 para el Trastorno Hipercinético

G.1. DÉFICIT DE ATENCIÓN: (Al menos 6 de estos criterios por 6 m eses)

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en tareas y juegos
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades tales como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

G.2. HIPERACTIVIDAD : (Al menos 3 síntomas durante 6 meses)

1. Con frecuencia inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en el asiento.



**TRASTORNOS
HIPERCINÉTICOS**
Dr. Enrique Aguilar Z.

Historia⁴:

Este síndrome aparece por primera vez descrito por el neuropsiquiatra alemán H. Hoffman en 1884, pero fue George Still en 1902 quien identificó el síntoma hiperactividad o hipercinecía como el nuclear y lo atribuyó a un defecto de “control moral” para utilizar el lenguaje de la época. Otras denominaciones son:

- Lesión cerebral mínima, Straus y Letingen en 1947
- Síndrome Hiperkinético con trastornos en el Control de Impulsos, atribuido a disfunción cerebral, Laufer y Col.
- Síndrome del Niño Hiperactivo, Chess, 1960.
- Disfunción cerebral mínima, Clemens y Peters, en la Clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría.⁵
- DSMII- (1968), La clasificaba como Reacción Hiperkinética.
- CIE-9 (1978), Síndrome Hiperkinético.
- DSMIII (1980) Trastorno de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad.
- DSMIII-R (1988) Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.
- CIE-10 1992 Trastorno de Actividad y Atención, Trastorno Hiperkinético Disocial.
- DSMIV (1994) Déficit de Atención / Trastorno Hiperkinético.

En todo caso la mayoría de autores coincide en que los síntomas diana del Síndrome son La hiperactividad, con su secuela de falta de control de impulsos, el déficit de atención, debido a los cortos periodos que un niño hiperkinético puede concentrar su atención. A ello se añaden los trastornos de conducta que según algunos seguimientos de hasta 15 años pueden persistir o agravarse en la adolescencia o en la vida adulta hacia un trastorno de conducta antisocial.

Es decir según algunos autores (Weiss y Cols., 1985) hasta dos tercios de los niños

⁴ Preferimos utilizar el término Trastorno Hiperkinético, el mas utilizado en Castellano.

⁵ Posteriormente este término ha llegado incluso a ridicularizarse: “ Disfunción cerebral mínima equivale a máxima ignorancia médica”

1. Que el trastorno sea psicopatologicamente puro, es decir no exista comorbilidad con otra entidad
2. En edades superiores a los seis años
3. Utilizarlo solo durante el periodo escolar
4. Tomar en cuenta la duración limitada de su acción terapéutica y diría yo, el horario, pues no solo debe distribuirse la dosis durante la mañana y no en la tarde y noche, para evitar que produzca insomnio.
5. Siempre vigilar los efectos secundarios, como la anorexia y disminución de peso.

Se puede utilizar los neurolépticos tipo Haloperidol para frenar las conductas agresivas y disociales, así mismo los neurolépticos atípicos como la risperidona mejoran la conducta. El uso de carbamazepina y ácido valproico durante largo tiempo suele contribuir también a la modulación de la conducta.

Los antidepresivos tricíclicos se han mostrado también eficaces para mejorar la atención y la hiperactividad, los actuales inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como la fluoxetina pueden ser una buena perspectiva para conseguir estos efectos.

En el siguiente cuadro se puede observar como se puede realizar un entrenamiento en autoinstrucciones, para los niños con hiperkinesia, especialmente en lo que se refiere a trastornos de aprendizaje y trastornos de conducta:

| Fases del entrenamiento en autoinstrucciones | Fases del entrenamiento en autoinstrucciones |
|--|--|
| Modelado Cognitivo | Definición del problema: ¿Qué es lo que tengo que hacer?: Tengo que copiar el dibujo con sus diferentes líneas. |
| Guía externa manifiesta | Guía de la respuesta: Tengo que hacerlo despacio y con cuidado, bien trazando una línea hacia abajo, bueno, y luego a la derecha, eso es, ahora hacia abajo y un poco más a la izquierda, muy bien ... |
| Autoinstrucción manifiesta | Autoreforzo: Lo estoy haciendo muy bien |
| Autoinstrucción manifiesta atenuada | Autoevaluación y autocorrección: (esto va bien, incluso si cometo un error puedo continuar |

2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para enfrentarse tranquilamente en actividades lúdicas
5. Patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

G.3 IMPULSIVIDAD: (Al menos 1 síntoma durante 6 meses)

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas
2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las consideraciones sociales.

G.4 El inicio del trastorno no es posterior a los 7 años de edad

G.5 Los Criterios deben cumplirse en más de una ocasión

G.6 Los síntomas de G1 a G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

G.7 No cumple los criterios para Trastorno Generalizado del Desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

Etiología:

En estudios familiares se comprueba que el Trastorno es más frecuente en hijos de padres hiperkinéticos, pero se discute que esto puede ser una información sesgada de los mismos padres que ya conocen la condición de sus hijos. El Riesgo en los hermanos, es 3 veces mayor (Saffer, 1973).

También se encuentra relación con alcoholismo y trastorno disocial en los padres de niños hiperkinéticos y de personalidad histérica en las madres.

Los gemelos monocigóticos tienen mayor concordancia de hipercesnia que los dicigóticos, aunque siempre las muestras estudiadas han sido pequeñas.

Los estudios de genética molecular indican que hay 3 genes relacionados con la hipercesnia, 1 en el cromosoma 5 y 2 en el cromosoma 11.

En cuanto al daño cerebral implicado en este trastorno, se han descrito desde la famosa disfunción cerebral mínima hasta daños específicos en lóbulo temporal. En la actualidad se está focalizando los estudios hacia el lóbulo frontal, aunque se concluye en la mayoría de casos que los daños constituyen una vulnerabilidad y no necesariamente un factor causal. (Lou, 1984), Satterfield 1990).

En cuanto a los neurotransmisores implicados en el trastorno parecen tener importancia la norepinefrina, la dopamina, y la serotonina en ese orden. La dopamina debido a que la metilfenidato que es utilizado en este síndrome sería un medicamento que impediría la recaptación de dopamina a nivel sináptico facilitando así esta neurotransmisión. En cambio la clonidina (que es un agonista noradrenérgico) que también es eficaz para estos síntomas incrementaría la sensibilidad noradrenérgica postsináptica. Mientras que los antidepresivos serotoninérgicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina también son eficaces, ya que se ha probado la relación entre la baja de serotonina y la conducta agresiva e hiperactiva en animales.

Factores de riesgo preperinatal como el bajo peso al nacer, o el stress en este periodo también se los ha relacionado con el síndrome hiperactivo. Y en cuanto a los factores ambientales, se ha encontrado que niños con una tasa alta de plomo en la sangre tienen síntomas de hiperactividad.

Hay ciertos factores sociales que aparecen asociados a la hipercesnia como son la agresividad en los padres y ciertas desventajas como bajos ingresos, hogares rotos, familias numerosas, trastorno mental materno (Sandberg, 1980).

Características Clínicas más importantes:

Generalmente el cuadro aparece a los tres años o bien se identifica en la etapa preescolar, pero puede tener manifestaciones previas desde los primeros meses de vida. Como ya dijimos los síntomas nucleares son aumento de la actividad motora,

inquietud, inatención y distraibilidad, síntomas que parecen independientes de la cultura del niño y de su estrato social pero que no deben ser ocasionales sino un verdadero estilo de vida en el niño. O bien otros autores (Brakley 1982) hacen hincapié en la imposibilidad del control de impulsos y del gobierno de su conducta, así como de una atención significativamente deficiente. Los síntomas asociados son: desobediencia, dificultades en el aprendizaje, labilidad emocional, inmadurez, torpeza motora.

La relación entre síntomas primarios y asociados puede observarse en el siguiente cuadro:

| SINTOMAS PRIMARIOS | SINTOMAS ASOCIADOS |
|---------------------------|------------------------------|
| Actividad motora excesiva | Trastornos de Conducta |
| Déficit de Atención | Dificultades de Aprendizaje |
| Impulsividad | Problemas de relación social |
| | Bajo nivel de autoestima |
| | Alteraciones emocionales |

He comprobado personalmente, el siguiente criterio práctico de una colega cubana. Ella pregunta a la madre si el niño es capaz de mirar la televisión sin distraerse o levantarse antes de que termine un programa que le gusta. Si el niño se levanta, o no puede ver de corrido un programa que los otros niños lo miran atentamente, ese niño es hiperactivo

Tratamiento:

Como toda entidad compleja el tratamiento debe realizarse desde múltiples ángulos, y debe abarcar desde una terapia familiar, con el fin de lograr la colaboración y comprensión de la familia, Una terapia cognitivo conductual para síntomas específicos hasta el uso de psicofármacos, siempre de manera prudente, pues existe el criterio entre la gente de que esos psicofármacos como el metilfenidato son extremadamente peligrosos y además no se deben utilizar en niños pequeños pueden, según ese criterio, dañar el sistema nervioso.

El metilfenidato es el psicofármaco que mejor respuesta ha dado. Tanto para el déficit de atención como para la hiperactividad, según Benjumea y Mojarro (1995) debe utilizarse bajo los siguientes criterios:

También es necesario que el niño aprenda a relajarse y a controlar sus movimientos, para esto puede seguirse las instrucciones del siguiente cuadro:

| EJERCICIOS | MATERIALES | PROCEDIMIENTO | Mantenimiento y generalización |
|---------------------|--|--|---|
| Relajación | Colchoneta, Cronómetro, hoja de registro | Acostado en la colchoneta y siguiendo las instrucciones del adulto, el niño relaja los distintos músculos del cuerpo | Practicar el ejercicio acostado en diversas superficies: Manta, césped, etc. |
| Escuchar Música | Colchoneta, cronómetro, Equipo de música Discos, auriculares, Hoja de registro | Acostado en la colchoneta el niño permanece el mayor tiempo posible escuchando música sin moverse | Practicar con distintas composiciones musicales |
| Masaje | Colchoneta, cronómetro, Hoja de registro | Una vez que esta el niño acostado boca abajo, el terapeuta comienza a dar masaje en el cuello y hombros | Ampliar las zonas de masaje, ensayar con los padres para que ellos lo hagan en casa |
| Respirar Lentamente | Silla, Reloj con alarma Hoja de registro | Al niño sentado en la silla se le instruye para que contabilice el número de inspiraciones que | Contabilizar el número de inspiraciones e intentar reducir las |

Pronóstico:

Como ya citamos antes, el seguimiento a largo plazo tiene resultados contradictorios, para algunos autores la conducta hiperkinética se mantiene hasta en los 2/3 de los casos en la edad adulta, con la secuelas de conducta asocial y uso indebido de drogas, entre las mas graves. Para otros estas secuelas solo se producen cuando hay comorbilidad de la hipercinesia, por ejemplo con síntomas psicóticos o con personalidades francamente psicopáticas. Los cuadros de hipercinesia tendrían entonces una evolución favorable en la adolescencia y en la vida adulta en la mayor parte de casos.



**MANEJO DE LAS
FARMACODEPENDENCIAS
“EL BEBEDOR PROBLEMA”
Dr. Enrique Aguilar Z.**

PLAN PARA LOGRAR LA ABSTINENCIA O BEBER EN FORMA MODERADA:

Una vez que hemos identificado al bebedor problema, que es aquel paciente mayor de quince años que contesta 2 o más preguntas positivas en el Test EBBA, comenzaremos explicándole que este plan ha sido probado científicamente y que mediante él la mayoría de personas suspenden o reducen su consumo de alcohol a niveles que no les causan problemas en aproximadamente seis semanas, pero mantener la abstinencia o moderación es una tarea que requiere esfuerzo a largo plazo.

Para que el paciente cambie la forma de beber necesita por lo menos dos condiciones:

1. Tiene que tener buenas razones para querer cambiar la forma en que bebe
2. Tiene que sentir que es importante para su vida cambiar la forma en que bebe.

Objetivos: Nos proponemos con este plan:

1. Evitar o retrasar la aparición de la dependencia alcohólica
2. prevenir, tratar y reducir el impacto del consumo perjudicial

Generalmente estos pacientes identificados por el EBBA no tienen conciencia de estar en riesgo y de que su consumo de licor sea perjudicial, por lo que aprovecharemos otro motivo de consulta para hacer el diagnóstico, pero corremos el riesgo de que no regresen por lo que comenzaremos en esa misma consulta nuestra actividad preventiva. Siempre procuraremos que ellos mantengan un cierto grado de control sobre sus decisiones, pues esto ayudará a modificar sus hábitos:

¿Qué podemos hacer en la primera consulta?

1. Informe a su paciente que el resultado del EBBA arroja una alta probabilidad estadística que su forma de beber sea riesgosa o perjudicial
2. Infórmele sobre los hallazgos del examen físico o mental que corroboren esta hipótesis

6 Consultar páginas 8-11 del Manual "Manejo de los bebedores problema en los sistemas de atención primaria de salud"

ANTECEDENTES:

La extensión de la enfermedad alcohólica en el Ecuador se demostró desde el año 1984 en la Investigación Nacional de Prevalencia, 7,68% de los ecuatorianos mayores de 15 años eran alcohólicos, predominando claramente el sexo masculino 7,04% frente al femenino 0,64%, si unimos a este dato el de bebedores excesivos sin dependencia alcohólica que era de 8,73%, la suma de ambos datos nos indica que el 16,41% de los ecuatorianos se encontraba en el rango de Bebedores Problema.

Estudios del Consep en la década de los 90 confirman estos datos e incluso elevan a 20% el de los bebedores problema. En el año 2005 una encuesta en adolescentes del CONSEP revela que hay 61,6% de prevalencia de vida en el consumo de alcohol, y que la edad de inicio del consumo es en promedio de 12 años 6 meses. Así mismo consumen en exceso a los 11 años, 1%, a los 16 años 2,4% y a los 20 años 3,5 % de los entrevistados.

La Pregunta entonces es ¿Cómo desarrollar una estrategia que permita evitar que los bebedores problema lleguen al nivel de alcohol-dependientes, etapa en la cual el abordaje por parte de la Salud Pública ya no tiene eficacia pues se trata de un cuadro crónico irreversible?.

Para responder a esta pregunta nos planteamos que el personal de las áreas de atención primaria pueda recibir capacitación para identificar y manejar en forma sencilla los principales problemas de salud del Bebedor Problema, y a la vez hacer un diagnóstico diferencial con los alcohólicos, remitir estos últimos a los servicios de atención especializada, y recibir las contrareferencias de estos pacientes cuando puedan integrarse nuevamente a la vida familiar, laboral y social.

Definición de Bebedor Problema:

Es un Bebedor problema es que transgrede cualquiera de los siguientes parámetros que definen a un bebedor normal:

1. Tiene 16 años o más
2. Si es mujer: No está embarazada o en lactancia

3. Consume una dieta balanceada y normocalórica, y tiene un estado nutritivo normal
4. Ingiere bebidas alcohólicas aprobadas por las autoridades sanitarias
5. No presenta embriaguez atípica o idiosincrática
6. Ingiere alcohol sin consecuencias contingentes negativas para si mismos ni para otros y sin presentar problemas con la Justicia.
7. Consume bebidas alcohólicas sin perturbar la relación de pareja, ni la vida familiar, ni el rendimiento laboral.
8. No depende del alcohol para alegrarse, desinhibirse y comunicarse.
9. No presenta patologías que se agravan o descompensan con el alcohol
10. Si bebe, no se embriaga.

En otras definiciones, Marconi sostiene que es un bebedor problema el que consume alcohol en tal cantidad que cubra más del 20% de sus necesidades calóricas diarias.

Por su parte Rafael Velasco Fernández, 1994 da tres parámetros para su diagnóstico:

- a. El que bebe cantidades suficientes de alcohol para alcanzar moderada ebriedad varias veces a la semana, sería este el caso del sujeto que busca siempre nuevas oportunidades de beber con los amigos, en la oficina, etc.
- b. Beber lo necesario para alcanzar el estado de ebriedad una vez a la semana con regularidad, es decir el típico bebedor de fin de semana, muy frecuente en nuestro medio.
- c. Beber hasta llegar a la ebriedad completa en una larga jornada de consumo una vez al mes, o el que se “desquita” bebiendo lo que no ha podido beber en un mes.

A más de estas definiciones, con fines prácticos difundimos el Test EBBA que permite hacer un tamizaje epidemiológico de los bebedores problema en la consulta de los subcentros y centros de salud de las áreas, al aplicárselo a todas las personas mayores de 15 años que acudan por cualquier razón al mismo. De esta manera los que resultaren positivos de este Test pueden ser citados para una entrevista donde se pueda profundizar el diagnóstico tanto clínico como de laboratorio.

TEST EBBA: Escala Breve Para la Detección del Beber Anormal

| PREGUNTAS | SI | NO |
|---|----|----|
| 1. ¿Ha habido problemas entre Ud. y su pareja a causa del Trago? | | |
| 2. ¿Ha perdido amigos (as) o enamorados (as) por el trago? | | |
| 3. ¿Ha tenido ganas de disminuir lo que toma? | | |
| 4. ¿Le ocurre que en ocasiones sin darse cuenta termina tomando mas de lo que piensa? | | |
| 5. ¿Ha tenido que tomar alcohol en las mañanas? | | |
| 6. ¿Le ha ocurrido que al despertar después de haber bebido la noche anterior no recuerde parte de lo que pasó? | | |
| 7. ¿Le molesta que lo critiquen por la forma en que toma? | | |

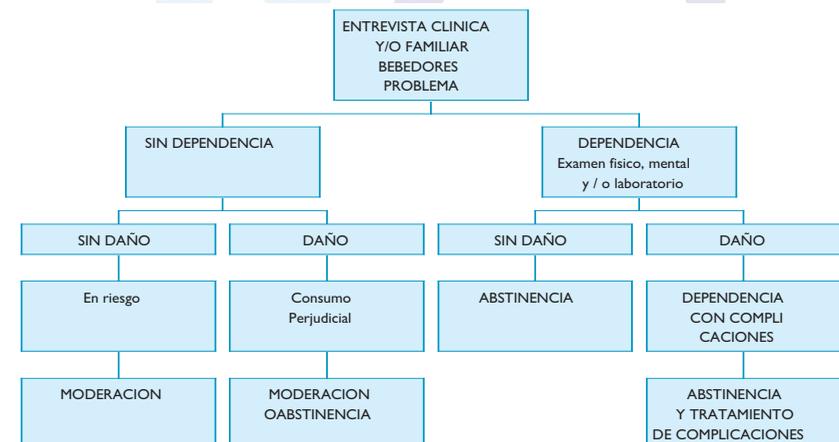
Un puntaje de dos o más respuestas SI indica una alta probabilidad de que se trate de un bebedor problema.

Como decíamos mas arriba, sugerimos la aplicación de este test a todo paciente mayor de 15 años que acuda al centro o subcentro de salud.

Este Algoritmo le permite identificar el tipo de bebedor; que puede ser dependiente o no y como debe conducirse con el paciente.

ALGORITMO PARA DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN DEL BEBEDOR PROBLEMA

Presente al grupo para que identifique las diversas formas de Intervención



El paciente deberá presentar su registro al médico en cada una de las consultas, de manera que el pueda evaluar los resultados del tratamiento, así mismo podrá aconsejar al paciente algunas medidas para mantenerse abstinentes o como bebedor moderado:

1. Medir las bebidas alcohólicas para saber cuantos tragos se toman
2. Evaluar las reacciones del cuerpo para saber cuanto trago realmente tolera sin alterar sus funciones
3. Comer mientras se bebe. Se trata de llenar el estómago y así hacer más lento el paso del alcohol a la sangre
4. Diluir con agua o bebida los tragos fuertes
5. Hacer durar el trago mínimo una hora, dándole tiempo al hígado para que metabolice el alcohol
6. Tomar bebidas sin alcohol. Acostumbrarse a quitar la sed sin usar bebidas alcohólicas.
7. Aprender a quererse tanto a uno mismo como a los amigos, sabiendo decir no cuando no se quiere beber más
8. No obligar a beber a los demás, la amistad no depende de que acepten o no nuestros tragos.
9. Disfrutar fiestas secas. Experimentar lo agradable de una fiesta sin trago.

Cuando el Servicio de Atención Primaria debe derivar a un Bebedor Problema a un Hospital : Como en todas las consultas médicas hay situaciones de emergencia que deben ser conocidas por el médico de atención primaria, con el fin de que tome la decisión de derivar a un bebedor problema a un hospital:

- Paciente en Coma
- Convulsiones repetidas:
- Delirio Severo
- Deshidratación severa
- Bradipnea o taquípea acentuadas, respiración estertorosa
- Hemorragia masiva
- Edema pulmonar agudo
- Dolor torácico o abdominal o cefálico brusco e intenso
- Taquicardia o bradicardia extremas (mas de 160 o menos de 40 por minuto)
- Presión sistólica menor de 90 mmhg o diastólica mayor de 150 mm Hg

3. Sugiera posibilidades de exámenes de laboratorio que reafirmen lo anterior⁶
4. Recomiende reducción de ingesta o abstinencia por dos semanas (hasta el próximo control) para reforzar positivamente la capacidad de autodominio
5. Informe y facilite condiciones para los próximos controles: horarios, días, personal a cargo, frecuencia, etc

¿Qué es un trago?, explicamos estas equivalencias al paciente con el fin de que aprenda a medir las cantidades que bebe.

Un trago contiene 12 a 13 gramos de alcohol puro, tiene importancia este valor porque el organismo elimina cada hora aproximadamente 30 cc de alcohol puro, es decir dos tragos.

En las bebidas alcohólicas comunes, un trago equivale mas o menos a las siguientes cantidades:

1. Un vasito de 40 ml. de aguardiente
2. Un vaso de 125 ml de vino
3. Un jarrón cervecero de cerveza o una botella de 300 ml.

¿Qué equivalencia tienen con los envases comunes?

CERVEZA:

| | |
|----------------------|----------|
| 1 lata | 1 trago |
| 1 botella 3/4 litro | 2 tragos |
| 1 botella de 1 litro | 3 tragos |

VINO:

| | |
|---------------|----------|
| 1 vaso chico | 1 trago |
| 1 vaso grande | 2 tragos |
| 1/2 litro | 4 tragos |
| 1 litro | 8 tragos |

BEBIDAS DESTILADAS: Aguardiente, Ron, Wisky.

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| 1 botella de aguardiente de 40 grados | 25 tragos |
| 1 botella de wisky de 42 grados | 35 tragos |
| 1 botella de ron 30 grados | 16 tragos |

¿Qué es Moderación?

Significa usar el alcohol de modo que no afecte la salud, los deberes, la seguridad personal o la de otros (su familia). En definitiva es beber sin riesgos.

Hay ocasiones en que uno o dos tragos nos ponen en riesgo. Por ejemplo antes de conducir vehículos o usar herramientas peligrosas, cuando tomamos ciertos medicamentos o durante el embarazo.

Las personas que toman moderadamente:

- ✓ No toman todos los días
- ✓ Hombres: no toman mas de cuatro tragos al día
- ✓ Mujeres: No toman mas de tres tragos al día
- ✓ Hombres y mujeres toman cuando máximo doce tragos por semana
- ✓ No toman en ocasiones en que saben que hay riesgo de sobrepasarse (por ejemplo en donde no pueden medir los tragos que consumen)

Inmediatamente enseñaremos al paciente a construir su plan de acción: para lo cual se fotocopiará la página siguiente:

CONSTRUYENDO MI PLAN DE ACCION:

1. El objetivo que deseo alcanzar es:

- Abstinencia
- Moderación
- Por qué prefiero este objetivo:

Las alternativas para lograrlo pueden ser:

1. Dejar de tomar inmediatamente
2. Disminuir el consumo poco a poco
3. Tomar con moderación desde un principio
4. Dos semanas de abstinencia antes de comenzar a tomar moderado.

Si su objetivo es beber moderado, trate de seguir la alternativa No. 4, los que siguen esta alternativa tienen más éxito que aquellos que siguen las alternativas 2 y 3. Si su objetivo es la abstinencia, puede seguir la alternativa 1 o 2.

2. Si su objetivo es tomar moderado, defina la forma en que lo hará:

- máximo número de días que tomará por semana
- máximo número de tragos que tomará por día
- máximo número de tragos por semana
- situaciones peligrosas, en que sabe que hay riesgo de tomar mas de la cuenta tomar con bajo riesgo consiste en una buena mezcla de días en que no toma y días en que toma moderado.

3. Anote todos los días y reporte al médico sus anotaciones:

Este es uno de los métodos que mas sirve para evaluar su progreso en forma objetiva, para reconocer situaciones peligrosas y descubrir mejores formas de enfrentarlas:

Hoja de registro:

Objetivo:

Abstinencia Moderación Máximo de tragos al día

Máximo de días por semana en los que tomará

Situación con peligro de tomar:

¿Cómo me dije que no?

| Bebida/Fecha | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|--------------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| Cerveza, 1 botella chica | | | | | | | |
| Vino _ vaso | | | | | | | |
| Aguardiente 1 vaso | | | | | | | |
| Total por semana | | | | | | | |

¿Cómo dije que no a los que me ofrecieron trago?

.....
.....

¿Qué hice en vez de tomar?

.....
.....

Producen embotamiento mental y sensación de euforia, su consumo crónico puede llevar a graves daños sobre el sistema nervioso. Pueden producir muertes súbitas por arritmias cardiacas o por sofocamiento. Es mas frecuente en niños de la calle y en la adolescencia temprana.

Drogas Vegetales: Como el San Pedro, la Ayahuasca, el Floripondio, sus efectos dependen de la composición de la planta, pero son generalmente alucinógenos, o producen cambios en las sensopercepciones, suelen consumirse en sitios preparados para el efecto, en grupo, y se combinan con el alcohol.

La Atención Primaria de los Farmacodependientes:

El paciente suele llegar al centro de salud en estado de intoxicación por lo que las primeras medidas que podemos tomar están destinadas a desintoxicarlo:

La desintoxicación tiene como objetivo eliminar la sustancia del organismo, esto no es siempre posible en forma inmediata, sea porque el consumo crónico dificulta este proceso o porque el farmacodependiente vuelve a consumir. Se recomienda las siguientes medidas:

- Apoyo emocional por parte del médico, la enfermera, el psicólogo
- Líquidos abundantes
- Un régimen alimentario balanceado y sano.
- Compañía permanente de su familia o un amigo-a
- Ambiente tranquilo, sin ruidos, sin muchos estímulos.
- Comodidad e higiene corporal
- Posibilidad de descanso y sueño
- Explicarle que lo que esta sintiendo es el proceso de salida de la droga de su organismo, que los síntomas son los esperados y no son graves.
- Comprensión: no lo regañe ni lo apure, mantenga la calma.
- Animo y refuerzo a su decisión de desintoxicarse
- Apoyar su confianza en dejar la droga, premiar afectivamente lo que está consiguiendo. (Tu lo estás logrando y eso te traerá mas tranquilidad)

¿Cómo ayudar a la persona dependiente de las drogas?

Casi siempre se nos plantea esta pregunta por parte de familiares y amigos de los

- Pulso filiforme
- Hipertermia (mayor de 41 o C) o Hipotermia (menor de 35 oC)
- Signos de irritación peritoneal o meníngea
- Signos de Hipertensión endocraneana
- Traumatismo encéfalo craneano agudo.

Evaluación:

El curso debe dividirse en 3 grupos , cada uno de ellos escogerá uno de los casos siguientes:

CASO 1: José de 60 años bebe desde los 14, pero desde hace 10 años al quedarse viudo bebe todos los días y se emborracha la mayoría de ellos. Le hicieron exámenes de laboratorio y encontraron blitrubinas altas y tranaminasas elevadas. Hace un año tuvo un episodio de delirium tremens. El test EBBA= 7 puntos.
¿Cuál es el Diagnóstico? ¿Que recomendaría el grupo en este caso?

CASO 2: Carlos de 28 años bebe todos los fines de semana, algunos de ellos se embriaga.
Se le realizaron exámenes de laboratorio y se reportaron normales, se le aplicó el test EBBA y tuvo 4 puntos.
¿Cuál es el Diagnóstico? ¿Que recomendaría el grupo en este caso?

CASO 3: María de 34 años comenzó a beber a partir de su divorcio hace 3 años, la mayoría de las veces lo hace sola en su casa y se embriaga, está por perder su empleo de enfermera por las faltas a las guardias. Se hizo exámenes y encontraron una hepatitis. El test EBBA dió 5 puntos.
¿Cuál es el Diagnóstico? ¿Que recomendaría el grupo en este caso?

OTRAS DROGAS PSICOTRÓPICAS:

Epidemiología:

Según la encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media 2005 (CONSEP, 2006), la prevalencia de vida de cualquier droga, es decir los estudiantes que han consumido al menos una vez en su vida, es de 12,8%, esto representa una elevación franca frente a la anterior encuesta realizada en 1998. La edad de inicio del consumo de drogas también ha disminuido, la mas baja es para

los inhalables, que en promedio comienzan a consumirse a los 12,6 años, mientras que la marihuana es la mas tardía, con un promedio de edad de inicio de 14,1 años. Las prevalencias de vida pueden observarse en la siguiente tabla:

| DROGA | % PREVALENCIA |
|------------------|---------------|
| Marihuana | 7% |
| Inhalables | 5% |
| Cocaína | 2.4% |
| Drogas Vegetales | 2.1% |
| Extasis | 2.1% |
| Otras | 2.0% |
| Base de Cocaína | 1,6% |
| Heroína y otras | <= 1% |

Han aparecido nuevas drogas en el espectro del consumo de los Ecuatorianos como son El Extasis, la Heroína, las dos drogas sumamente peligrosas. El Extasis es una anfetamina que se produce en los países europeos como Holanda y pese a su alto costo, se exporta a nuestros países y se consume en las discotecas una sola dosis a veces ha resultado mortal. La Heroína es el mas potente derivado de los opiáceos, se administra por vía IV y por lo tanto el joven se expone a contaminación de VIH y Hepatitis B o C. Adicionalmente la introducción de esta droga en un país aumenta problemas sociales como la delincuencia, especialmente los asaltos a personas, pues el adicto hace cualquier cosa con tal de conseguir dinero para comprarla.

Algunas definiciones Importantes:

Uso Indevido de drogas: Es el consumo de cualquier sustancia que contenga un principio activo⁷, en forma crónica generalmente, y que causa daños importantes al Sistema nervioso, al organismo en general, a la familia del consumidor, o a su vida .

Dependencia A las Drogas: Puede ser Psíquica o Física.

Dependencia Psíquica: Es la apetencia de la droga a tal nivel que hay un deseo incontrolable de consumirla, a veces una verdadera compulsión a buscarla e ingerirla para experimentar placer o evitar el malestar que se asocia a la abstinencia.

⁷ Por ejemplo el principio activo de la Marihuana es el Delta 9 Tetrahidrocannabinol.

Dependencia Física:

Sucede cuando tras un consumo repetido la droga pasa a formar parte del metabolismo del individuo, casi como un alimento mas, por lo tanto cuando se interrumpe su ingesta, aparecen los signos típicos de síndrome de abstinencia, como pueden ser; ansiedad, calambres, sudoración profusa, delirios y convulsiones.

Tolerancia:

Es la necesidad que tiene el consumidor de aumentar progresivamente la dosis de la sustancia para obtener los mismos efectos, puede llevarlo a veces a sobredosis tóxicas y hasta mortales.

TIPOS DE DROGAS:

Cannabicos: Marihuana, Hashish

Son drogas que producen transformaciones en la percepción, como por ejemplo las sinestias, es decir unir dos o mas percepciones, los jóvenes suelen decir que pueden ver o palpar la música. Producen generalmente dependencia psíquica pero a la larga causan graves transformaciones en la vida del sujeto hasta llegar al abandono de tareas y valores. Son la puerta de entrada de drogas mas fuertes.

Depresores del SNC: Opio, Heroína, Morfina , Psicotrópicos y otros.

Deprimen la corteza cerebral, muchas veces liberando las manifestaciones emocionales del sujeto por lo que pueden dar la sensación de euforia (Igual sucede con el alcohol que es otro depresor del SNC) En dosis altas esta depresión puede llevar al coma y hasta al paro cardiorrespiratorio. Producen una fuerte dependencia física, al punto que los adictos cometen todo tipo de delitos con el fin de comprar la droga. Estos adictos terminan viviendo en la calle, por y para la droga y abandonan toda actividad laboral.

Estimulantes del SNC: Cocaína, Anfetaminas (Extasis), PCP y otros

Producen un mayor estado de alerta, sensación de bienestar, de aumento de la fuerza física y la destreza mental. A la vez hay irritabilidad, agresividad y estado paranoide, el sujeto se siente vigilado, perseguido, acelerado, no le es fácil conciliar el sueño y puede descompensarse desde el punto de vista psíquico y emocional.

Inhalables Volátiles: Cemento de Contacto, Gasolina, Tiñer y otras sustancias que tienen hidrocarburos en su composición.

- actividades en su tiempo libre que no se asocien al consumo de drogas
- Puede ser una parte muy importante de este proceso el lograr engancharlos en un grupo de autoayuda (Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, ALANON, etc).

Adonde se puede referir pacientes que no pueden ser tratados en el nivel primario de atención:

- Areas de salud que dispongan de Psicólogos o Psiquiatras
- Hospitales generales con servicio de salud mental: aquí pueden ser tratados problemas emocionales severos, depresión. Ideas de suicidio, psicosis, alucinaciones, ideas delirantes causadas por las drogas. Se pueden hacer desintoxicaciones del alcohol o de benzodiazepinas
- Servicios de urgencia: para síntomas de privación severos, como estado de shock, intentos de suicidio, convulsiones, infecciones agudas, traumatismos, agresividad descontrolada

Comunidades terapéuticas:

Para personas con dependencia severa o de muchos años, fracasos en intentos de dejar de consumir, trastornos severos en la vida personal y/o familiar:

Actividades comunitarias que pueden realizarse en el nivel primario para combatir el uso indebido de drogas:

Los programas donde promovemos la salud mental y comprometemos a toda la población para que participe en ellos son los mas convenientes, este involucramiento de la comunidad, médicos, líderes, educadores, sacerdotes, comerciantes, amas de casa, jóvenes, usuarios de drogas, familiares, etc. Son los que mejor resultado dan.

Organicemos una red local de apoyo que a su vez dependa de la red provincial y nacional, que pueda recibir información permanente y planificar acciones promocionales y preventivas.

Consigamos un local e donde se puedan realizar las reuniones y que pueda servir también para las sesiones de los grupos de autoayuda que se organicen.

Eduquemos a la población para evitar los factores de riesgo hacia el consumo,

adictos, la primera respuesta es que todos podemos ayudar, siempre y cuando tengamos una buena disposición para ello.

El primer obstáculo a vencer es la falta de conciencia de la persona farmacodependiente de que se trata de una grave enfermedad, que abarca su vida física, psicológica y social, que le ha producido problemas con su familia, con el trabajo, con el estudio. Llega a tal nivel la falta de conciencia que un autor planteaba que el farmacodependiente es como una persona psicótica, sigue consumiendo la sustancia que sabe que a larga lo va a matar.

Aprendamos primero a escuchar lo que la persona con problemas de drogas quiere decirnos, acompañémoslo en su problemática y brindémosle nuestro apoyo.

Si continúa su resistencia a recibir ayuda, contactemos con personas que integran grupos de autoayuda AA o NA, ellos suelen nombrar a un “padrino” que entrevista al farmacodependiente y poco a poco lo va llevando hacia algún tipo de ayuda. Igual labor puede cumplir a veces un sacerdote, un pastor u otro lider religioso.

Contacte también con los servicios de salud que ya tienen experiencia en este campo. Un médico, Odontólogo, Enfermera, Psicólogo, ha veces ya ha recibido entrenamiento para tratar estos casos.

Sistematice su ayuda: Enséñele a la persona afectada a comunicar su problema focalizando la conversación en aquello que es importante para el. Demuestre siempre interés, transmita calma y escuche sin criticar, juzgar.

Favorezca una buena empatía:

Algunos la definen como ponerse en los zapatos del otro, pero tal vez mas fácil es definirla como una forma de simpatía en la cual nos preocupamos genuinamente por el otro y tratamos de engancharlo afectivamente con el fin de iniciar el proceso de ayuda.

Recuerde que siempre debemos procurar sacar las iniciativas del paciente, potencializando los esfuerzos que él ya haya realizado para librarse de su problema.

Evite las siguientes circunstancias y obstáculos:

- Emitir juicios positivos o negativos , criticar, descalificar
- Explicaciones muy racionales sobre las causas de consumo, puede generar sentimientos de ignorancia.
- Actitud muy consoladora: puede transmitir la sensación de incapacidad e incomprensión.
- Ponerse como ejemplo: despierta sentimientos de inferioridad
- Centrarse en la propia curiosidad: genera sentimientos de confusión.
- Establecer alianza con la familia de la persona consumidora, puede dar la idea de que quieren vigilarlo a través de ellos.
- desanimarse tempranamente. Es una carrera de resistencia, no de velocidad y los resultados no pueden ser inmediatos

El proceso de motivación o cambio tiene 5 partes⁸:

La persona no considera que tiene un problema, ni busca ayuda porque considera que no la necesita “ No tengo problemas... No me digas nada”

La persona considera que tiene un problema y piensa que hará algo más adelante. Sus soluciones están en los pensamientos pero no pasan a la acción: “..Quizas... Si Pero..”

Si la persona se encuentra en alguno de estos casos, es necesario acogerla, sin darle charlas ni tratar de convencerla. Hay que escucharla tranquilamente y ayudarla a que ella misma cuente los problemas que está teniendo, sin juzgarla. Se le puede dar información acerca de las drogas o del alcohol si él o ella quiere saber. Es útil entregarle algún folleto o un test para autodiagnosticarse. Sirve que otras personas puedan transmitirles su propia experiencia de rehabilitación.

La persona está consciente de tener problemas asociados al consumo. Ya ha hecho algunos cambios, pero por lo general estos son superficiales y no duran mucho tiempo: “Ya no puedo seguir así... tengo que controlarme”.

En esta etapa es conveniente que conozca las distintas alternativas de tratamiento para que opte por una de ellas. Para mantener y aumentar la motivación, se recomienda realizar actividades que le ayuden a conocer otras experiencias, y expresarse a sí mismos, tales como teatro, composición de canciones, reuniones de grupo, grupos focales, etc.

La persona está convencida de que tiene problemas y busca una manera de solucionarlos solicitando ayuda. Está consciente que salir de esta situación le va a tomar tiempo y sabe que tendrá que hacer un esfuerzo personal junto con quienes lo ayuden:

“estoy mal iré a la Iglesia... o a la consulta... se me va a hacer difícil”

Si la persona se encuentra en esta etapa del proceso de motivación es conveniente entregarle apoyo e información clara y precisa. Sitios donde puede consultar o recibir tratamiento: direcciones, números de teléfono, aunque siempre respetando su ritmo y motivación individual.

La persona lleva un tiempo en tratamiento y ha logrado algunos cambios profundos en su vida (trabajo, pareja, familia, estudio). Tiene un proyecto para su vida y las que realiza son coherentes con las metas que se ha planteado. Además ha logrado mantenerse sin consumir la droga por lo cual consulta.

“Es impresionante como ha cambiado, parece otra persona”

Prevenir las recaídas:

Desafortunadamente en farmacodependencia las recaídas antes que la excepción son la regla, por lo tanto debemos prepararnos para la frustración que pueden producirnos y reemprender en el menor tiempo posible el proceso terapéutico, a veces tenemos que empezar nuevamente de cero, no nos desanimemos y transmitamos esta conducta positiva al usuario.

Por otra parte recordemos que en el proceso de recuperación el solo hecho de no consumir no es suficiente.

Es necesario seguir manteniendo ciertas normas como por ejemplo el que salga acompañado de una persona responsable, no portar más que dinero necesario para pasajes, evitar los lugares o personas con quienes consumía.

Se recomienda:

- reforzar constantemente a la persona, mostrándole los logros alcanzados
- acompañar a sus controles y actividades de rehabilitación, motivar a la persona a realizar

18. Se siente cansado todo el tiempo? SI () NO () 18.
19. Tiene sensaciones desagradables en su estómago? SI () NO () 19.
20. Se cansa con facilidad? SI () NO () 20.

Puntuación de las preguntas 1-20

21. Siente Ud. que alguien le persigue para causarle daño? SI () NO () 21.
22. Es Ud. una persona que posee poderes especiales? SI () NO () 22.
23. Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? SI () NO () 23.
24. Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír? SI () NO () 24.
25. Ha tenido convulsiones, ataques, o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento? SI () NO () 25.

Preguntas adicionales sobre el alcoholismo

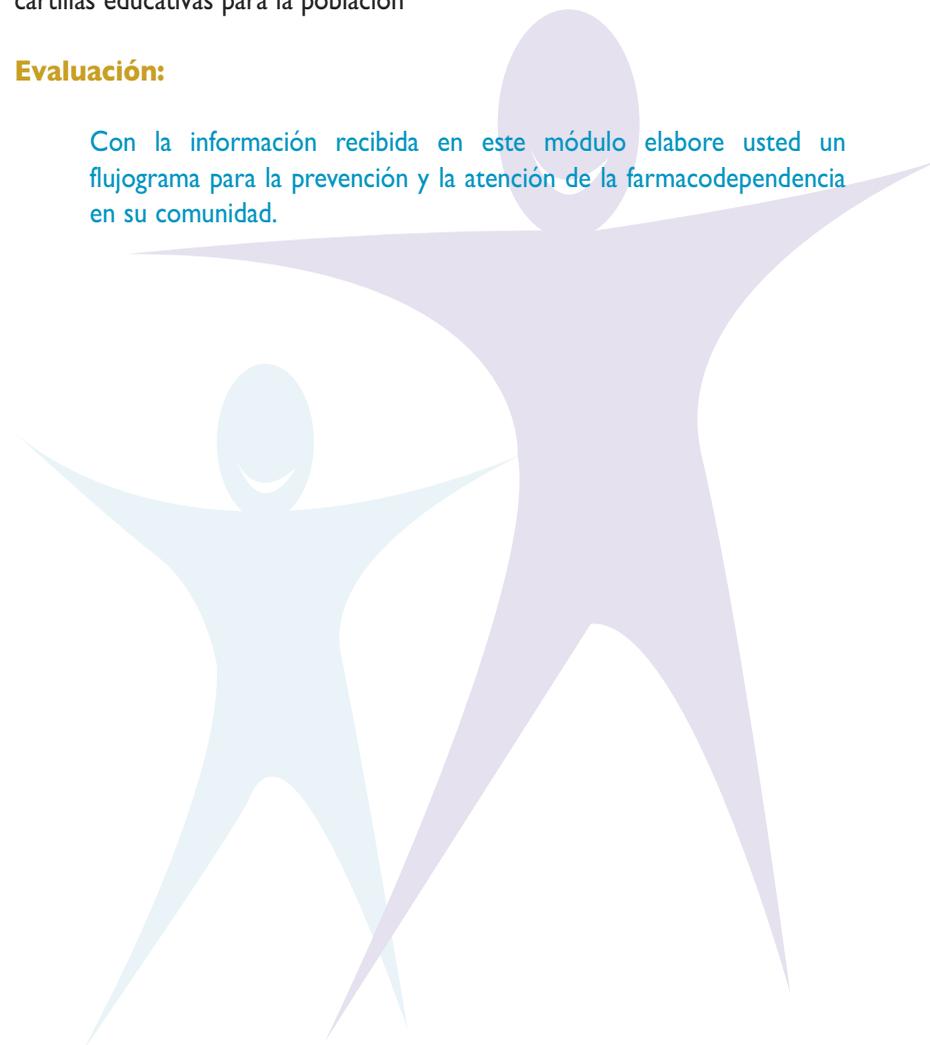
26. Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico, o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado licor? SI () NO () 26.
27. Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? SI () NO () 27.
28. Ha tendido alguna vez dificultades en el trabajo, estudio a causa de la bebida, como beber en el trabajo, colegio y faltar a ellos? SI () NO () 28.
29. Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? SI () NO () 29.
30. Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado? SI () NO () 30.

enseñémosles a distinguir y fortalecer los factores protectores.

Publiquemos y utilicemos de rutina test de tamizaje como el EBBA, elaboremos cartillas educativas para la población

Evaluación:

Con la información recibida en este módulo elabore usted un flujograma para la prevención y la atención de la farmacodependencia en su comunidad.



BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Newsletter. Psiquiatría. L. Herrero Velasco, F. Sabanés Magriña, E. Payes Avellí. Hoechst Ibérica, S.A. Barcelona – 1983.

Stephen M. STAHL. MD. PHD. Psicofarmacología de los Antidepresivos – Cortesía de Organon. 1997.

Dr. Sheldon H. Preskorn. Farmacología Clínica de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina. Professional Communications. n.c.A Publishing Corporation 1996.

DSM-III-R. Libro de Casos. Tercera edición. Robert L. Spitzer M.D., Mirian Gibbon, M.S.W. Andrew E. Skodol, M.D., Janet B.W. Williams, D.S. W. Michael B. First M.D. Ed. Marson, S.A. 1991.

Dr. Ricardo González Menedez, Psiquiatría para Médicos Generales. Editorial Científico Técnica, La Habana 1998.

Cadri Gómez Restrepo, Guillermo Hernandez Bayona, Alejandro Rojas Urrega, Hernán Cruz Oleas, Miguel Uribe Restrepo. Fundamentos de Psiquiatría Clínica; Niños, Adolescentes y adultos. Editores Académicos. 2002.

Delirium, Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos, Navarro Marcela, Gómez Carlos, capítulo 53, 2002, Pontificia Universidad Javeriana, Editores Académicos, pag. 495-502.

Psiquiatría para Médicos Generales, González Ricardo, 1988, Editorial Científico-Técnica, La Habana, Cuba, pag. 38-52.

Síndrome Cerebrales Orgánicos, Fundamentos de Psiquiatría, Caso Muñoz Agustín, capítulo 38, tercera edición, pag. 1109-1132.

Benjumea, P, Mojarro M.D. El Síndrome Hipercinético. Psicopatología del Niño y del Adolescente. Universidad de Sevilla, 1995 pp 723-765.

Ajuriaguerra, J.: Manual de Psiquiatría Infantil. Toray masson. 4ta ed. 2da reimpresión, Madrid, 1980.

Moreno García I.: Hiperactividad. Pirámide. Madrid. 1998.

Aguilar, E.: Manejo de los bebedores problema en los sistemas de atención primaria de salud, MSP, OPS, Quito, 2001.

OMS.: CIE 10, Trastornos mentales y del Comportamiento, 1992.

CONSEP: Segunda Encuesta Nacional sobre consumo de Drogas en estudiantes de enseñanza media, 2005, Quito, Abril del 2006.

Howard H. Goldman. Psiquiatría General. Manual Moderno. Quinta Edición, 2000.

Aguilar E.: ¿Qué es la Salud Mental? Ed. ABYA YALA, Quito, 2005

ENCUESTA PARA DIAGNÓSTICO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS - SRQ

Datos de Identificación: (Jefa , jefe de hogar o representante mayor de edad).

Nombre: Edad: años

Sexo: M () F () Estado Civil:

Instrucción: Ocupación: Lugar de Nacimiento:

Manzana N°: Casa N°: Código:

- | | | | |
|-----|---|---------------|-----|
| 1. | Tiene frecuentes dolores de cabeza? | SI () NO () | 1. |
| 2. | Tiene mal apetito? | SI () NO () | 2. |
| 3. | Duerme mal? | SI () NO () | 3. |
| 4. | Se asusta con facilidad? | SI () NO () | 4. |
| 5. | Sufre de temblor de manos? | SI () NO () | 5. |
| 6. | Se siente nervioso, tenso, aburrido? | SI () NO () | 6. |
| 7. | Sufre de mala digestión? | SI () NO () | 7. |
| 8. | No puede pensar con claridad? | SI () NO () | 8. |
| 9. | Se siente triste? | SI () NO () | 9. |
| 10. | Llora usted con mucha frecuencia? | SI () NO () | 10. |
| 11. | Tiene dificultad de disfrutar de sus actividades diarias? | SI () NO () | 11. |
| 12. | Tiene dificultad para tomar decisiones? | SI () NO () | 12. |
| 13. | Tiene dificultad en hacer su trabajo? | SI () NO () | 13. |
| 14. | Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? | SI () NO () | 14. |
| 15. | Ha perdido interés en las cosas? | SI () NO () | 15. |
| 16. | Siente que ud. es una persona inútil? | SI () NO () | 16. |
| 17. | Ha tenido la idea de acabar con su vida? | SI () NO () | 17. |